

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

16 DE DICIEMBRE DE 2020 (mañana)

PLENARIO DE COMISIONES

- BANCA DE LA MUJER
- JUSTICIA Y ASUNTOS PENALES
- SALUD

Reunión por sistema remoto mediante videoconferencia

–A las 10:04 del miércoles 16 de diciembre de 2020:

Sra. Presidenta (Durango).- Buenos días a todas y a todos.

Vamos a comenzar con la reunión plenaria de las comisiones de la Banca de la Mujer, de Justicia y Asuntos Penales y de Salud, luego del cuarto intermedio al que pasamos ayer alrededor de las 18:30.

La dinámica para los expositores que no estuvieron ayer es la siguiente: cada expositor va a tener siete minutos. Cada seis expositores haremos un bloque de preguntas de las y los senadores y el tiempo de que disponen los expositores para responder las preguntas –esto quiero remarcarlo– es de tres a cuatro minutos, no más, porque ayer se extendieron algunos hasta diez minutos y queremos hacer ágil la dinámica de la reunión y ver si podemos terminar alrededor de la una como lo tenemos pensado.

Se disponen dos bloques de exposiciones: la primera jornada de las 10 a las 13, y la segunda de las 15 a las 18, aproximadamente; por supuesto que si lo necesitamos, nos quedaremos un poco más.

Si están dispuestos, comenzamos con la primera expositora.

La doctora Stella Manzano es médica ginecóloga, especialista en Medicina Legal del Hospital Zonal de Trelew, Chubut.

Doctora Manzano, tiene la palabra.

–Luego de unos instantes:

Sra. Presidenta (Durango).- Abra su audio, por favor.

Sra. Manzano.- Ahora así.

Buenos días.

Quiero agradecerles muchísimo, nuevamente, por haberme invitado a participar en estas audiencias del Senado, sobre todo a la senadora Nancy González de mi provincia.

–Durante su exposición, la doctora Manzano hace una presentación en PowerPoint.

Sra. Manzano.- Este año quiero hablar, otra vez como médica, de los motivos para garantizar abortos.

Pasemos a la segunda: el motivo más importante es que no se pueden salvar las dos vidas, porque un aborto a cualquier edad gestacional es menos peligroso que un parto. Lo dice la guía de “Aborto sin riesgos” de la Organización Mundial de la Salud, y se puede ver en las estadísticas del Ministerio de Salud de cualquier país del mundo. ¿Por qué es así? Porque es imposible evitar la aparición de las enfermedades que el propio embarazo causa en el tercer trimestre. Ayer, una expositora no médica dijo que era posible evitar la hipertensión. Esto es falso, y si fuera médica hasta podría ser juzgada por falsas promesas.

La siguiente. Ninguna persona debe ser obligada a sacrificar su vida para salvar la vida de otro. Legalizar el aborto salva vidas de niñas que fueron embarazadas por violación, al evitar que lleguen al parto. Ellas triplican el riesgo de morir en un parto con respecto a las más grandes. También, la legalización evita secuelas de por vida por complicaciones de embarazo y parto; secuelas como hipertensión, insuficiencia renal, diabetes. También evita el sufrimiento psíquico que nos causa haber sido forzadas a tener hijos contra nuestra voluntad. Ya sea que las madres se los queden o los den en adopción, todas definen esto como eventos altamente traumáticos.

La siguiente. ¿Por qué es importante la ley que se está debatiendo ahora?

¿Por qué que sea voluntario hasta cierto plazo? Porque muchos profesionales no respetan la soberanía de las mujeres y niñas para decidir cuánto peligro quieren correr para llegar hasta un parto, y niegan abortos por causales como las que tenemos hoy. Incluso, muchas personas enfermas –no solo con riesgo de enfermar– son forzadas a parir año tras año en nuestro país. Lo he visto en mujeres con cánceres, con insuficiencia renal, con cardiopatías.

Otro motivo es que muchos profesionales se continúan negando a realizar abortos cuando la niña, la mujer, lesbiana, varón trans o persona intersex fueron violadas.

La siguiente. Como el año pasado me pedían cifras, quiero contarles unas pequeñas cifras de mi ciudad, Trelew, donde este año se realizaron 140 abortos de primer trimestre: 96 de estas mujeres no tenían obra social. Esto quiere decir que se trataba de mujeres desempleadas o precarizadas que accedieron a un aborto gratuito gracias a que era en el hospital.

Pasemos a la siguiente. Ayer escuché preguntar mucho qué cantidad de abortos hay. A mí me interesa más otra pregunta: saber si nacen menos niños o no. Y les cuento que desde el 2005-2006 mantenemos la cifra total de partos. Esto quiere decir que todos los abortos que hoy se hacen en el hospital son los que antes se hacían clandestinos. Y que el 58 por ciento de las mujeres que abortaron – porque fueron todas mujeres o adolescentes– tenían una edad de entre 21 y 29 años. Solo un 1 por ciento fueron menores de 15; un 2 por ciento, mayores de 40. Ambos grupos, son grupos de alto riesgo que triplican el riesgo de morir en un parto, y un 23 por ciento fueron mujeres de entre 30 y 39 años y un 16 por ciento tenía de 15 a 20 años.

Legalizar el aborto es importante, porque negar abortos por causales es tortura. Nuestro país suscribió a este tratado y dice que la tortura la ejercen siempre funcionarios públicos, con algún motivo. Es violencia que ejerce alguien que está en una situación de poder a otra, o para obtener confesiones con el fin de disciplinar y castigar ciertas acciones que no están bien vistas, aun socialmente.

El relator especial contra la tortura dijo que forzar a parir cuando el embarazo es producto de violación, cuando el feto porta deficiencias o cuando continuar un embarazo pone en peligro la vida o la salud de la persona gestante, es tortura.

Como médica legista, no puedo evitar preguntarme y preguntarles a ustedes, los legisladores y las legisladoras, si un Estado puede sancionar leyes que habiliten la tortura.

Por último, quisiera contar que los objetores no solo tienen derecho: tienen deberes.

El artículo 19 de la Constitución Nacional dice que las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados.

Negar abortos nos perjudica a todas las personas gestantes y, en nuestro país, según nuestra Constitución, primero está respetar al prójimo y después la obediencia a Dios, quienes crean en algún Dios.

La Ley de Derechos del Paciente nos permite no atender a algunas personas, es cierto. Pero dice que solo nos podemos eximir del deber de asistencia cuando, efectivamente, dejamos a estas personas en manos de un profesional competente. No dice que solo sea ante pacientes graves o que requieran atención urgente. De modo que una ley que permita algo menos, es una...

–Se interrumpe la conexión.

–Luego de unos instantes:

Sra. Presidenta (Durango).- Apagó el audio, doctora.

Doctora... Está muteada, doctora.

Ahora sí.

Sra. Manzano.- Con esto redondeo.

La próxima diapositiva, número 10, es para contarles que en Estados Unidos...

¿Por favor, pueden pasar la diapositiva?

Sra. Presidenta (Durango).- Por favor, vayamos terminando.

Sra. Manzano.- Bueno, es solo pedirles a ustedes protección, en mi nombre y en el de todos los compañeros y las compañeras que garantizamos abortos y en el de quienes se volvieron objetores, en todos estos años, porque no pudieron tolerar el agotamiento y la violencia extrema que padecemos día a día.

No queremos vivir amenazadas ni ser asesinadas, como ocurre en Estados Unidos, por garantizar derechos, debido a que se sancionan leyes que dicen a la población que somos inmorales y que los torturadores son los éticos y morales.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora.

Vamos a seguir con los expositores.

Le toca ahora el turno a la doctora María De Urraza, médica especialista en tocoginecología. Trabaja en el hospital de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.

Doctora De Urraza, le doy la palabra.

Sra. De Urraza.- Buen día. Estimados senadores, ante todo gracias por la invitación. Voy a, otra vez, ser clara sobre lo que sucede en los hospitales públicos para poner, desde mi humilde lugar, algo de luz sobre el tema que tratamos.

Este proyecto trata una ley que tiene varios objetivos: promover el aborto eugenésico; legitimar los que ya realizan en los hospitales –el aborto a libre demanda y sin límite de edad gestacional–; ampliar la cobertura del aborto irrestricto a todo el país; aumentar la cantidad de abortos; amedrentar a los médicos que todavía nos resistimos a obrar en contra de las leyes de la humanidad y en contra de nuestra conciencia, y garantizar el acceso al aborto en las clínicas privadas para que las mujeres de mayor poder adquisitivo no tengan que pasar por la situación de internarse en hospitales públicos.

En los hospitales de la provincia de Buenos Aires el aborto es libre, es decir, accesible, y cualquier mujer que quiera hacerse un aborto se acerca a un centro de salud, pide un aborto, firma una declaración jurada con alguna causal y aborta. Es gratuito, porque se realiza en hospitales públicos, y es seguro, según el Ministerio de Salud, que directamente no se interesa en contabilizar las complicaciones existentes en los hospitales, con la misma lógica del abortismo hacia determinados seres humanos: lo que no quiero ver, no existe. Es decir, no hubo complicaciones en los hospitales porque no las registraron. Y vuelvo a decir en esta exposición, las dramáticas complicaciones de los abortos en los hospitales sí existen; abortos tardíos que, más bien, son partos inmaduros, en los que los neonatos nacen vivos y generan una situación tremenda para el personal; abortos tardíos en las chatas o en los inodoros; fetostomías, es decir, tener que desmembrar fetos; laparotomías, histerectomías, transfusiones sanguíneas, etcétera.

Con respecto a la accesibilidad, claro que la cobertura no es completa, de la misma manera que no es completo el acceso al tratamiento de niños con cáncer. Pero el esfuerzo por garantizar el aborto fue especial. Así que, mientras las embarazadas, durante la pandemia, presentaron una grave amenaza al acceso a

los controles, aumentaron las internaciones en la terapia por complicaciones graves de embarazos mal controlados, para las ILE se reservó cama. Yo, personalmente, fui a la sala a buscar cama para una puérpera que estaba en la camilla, y había una habitación bloqueada, con dos camas vacías, reservadas para abortos.

Con respecto a la adherencia de los profesionales –esto ya lo hablé–, como expliqué en mi exposición en Diputados, en los centros de atención primaria, que tienen solo uno o dos ginecólogos, tienen un 10 por ciento de adherencia al protocolo del aborto. En los hospitales públicos, los cargos de los directorios son políticos. Con el cambio de gobierno, los nuevos directores vinieron a imponer la modalidad del aborto irrestricto en la mayoría de los hospitales. Y está claro para todos los médicos que los que mandan en los hospitales públicos son los abortistas, calculadamente puestos en todas las direcciones de los hospitales para amedrentarnos.

Un jefe de servicio de años de carrera que no esté de acuerdo con el aborto tiene la obligación de garantizar abortos a cualquier edad gestacional. O renuncia o trata de hacer lo que puede desde su lugar, aceptando no interferir con los encargados directos de dirección, a hacer los abortos. Estas personas inician los abortos y reciben palmadas de dirección, y los médicos de planta –mal pagos, sobrecargados de trabajo, la mayoría objetores– terminan el trabajo sucio, teniendo que hacer los raspados en su guardia.

Y hoy celebro que ya están presentando la renuncia médicos encargados de hacer abortos porque las presiones para hacer abortos tardíos llegaron a un límite en que, directamente, no les da el estómago, señores, ni el corazón, para terminar embarazos de veinte semanas que, si nacen vivos, tienen que dejar gaspeando hasta morir en una chata o en una bolsa de basura.

En la exposición anterior, a algunos les pareció gracioso que haya advertido que hay fetos de veinticuatro semanas que son abortados, y que a esa edad gestacional lloran. No es gracioso. Es un horror. Es absolutamente verdadero. Pasa en los hospitales.

Con respecto a los abortos producto de violaciones quiero aclarar algo. El Estado lo único que le garantiza a la mujer violada es el aborto. De mi propia experiencia en el hospital afirmo con certeza que existen mujeres que tienen la perimetral, las exparejas las rompen sistemáticamente, las violan sistemáticamente, las golpean sistemáticamente y tienen que abandonar su hogar, con tres o cuatro chicos, para no ser maltratadas. Y si se embarazan, el Estado les hace el aborto, les da dos, tres o cuatro cajas de pastillas anticonceptivas para que por dos, tres o cuatro meses no se embaracen de la violación. Entonces, que usen de manera utilitaria a estas mujeres, como tildes, como porotos, para legalizar el aborto en las clínicas privadas me parece una hipocresía vergonzosa.

Con respecto a la protección de las mujeres en situación de pobreza, también para ellas la solución es el aborto. Desde un Estado que pareciera que carece de ideas nuevas para proteger a la mujer y para generar trabajo, que la solución a su pobreza sea que aborten..., ahorrándose una Asignación Universal por Hijo, es vergonzoso. Y que usen a las mujeres pobres, que ya están estigmatizadas y maltratadas por embarazarse, porque son pobres, que abrazarían a sus hijos si encontraran una pizca de contención, para que otras aborten cómodamente en hospitales privados, es una vergüenza.

El plan del Estado de aumentar los abortos en el país se está llevando a cabo con éxito. Este año, el Ministerio de Salud de la provincia duplica los abortos. De todos los abortos, 3 por ciento fueron por violación. El resto por razón social. Ser

pobres. "No queremos que las mujeres aborten", nos dicen, pero presentan orgullosos sus escalofriantes resultados, que ni se entiende a quién van dirigidos, como un logro de la salud pública. De 5700 mujeres que entraron en el embudo de consejería, solo 15 no abortaron, pareciera como que corrieron más rápido. Pareciera que no están nada al tanto de que en nuestro país, para el año 2001, teníamos alrededor de cien muertes por aborto y para 2019 tuvimos diecinueve sin ley. Entonces, que del ministerio nos quieran explicar que es necesaria la legalización para disminuir las muertes por aborto, es una vergüenza.

Con respecto a la objeción de conciencia, con esta ley los médicos no podemos, de ninguna manera, tratar de disuadir a la paciente de lo que, como mínimo, representa un suicidio emocional, porque sería obstaculizar un aborto.

Que a los médicos argentinos, que estamos en el ranking de los peores pagos del mundo, sin vacaciones, sin aumento, que tuvimos que enfrentar la pandemia poniendo el cuerpo, que vimos a colegas morir, y, –en este contexto–, a los que seguimos respetando nuestro juramento, nos digan que es importante la ley del aborto para seguir amedrentándonos en nuestras convicciones más íntimas, convirtiéndonos en cómplices necesarios del aborto, también es vergonzoso, senadores.

Senadores: por favor, no se inclinen hacia la cultura de la muerte y del descarte; muéstrenle al mundo que en la Argentina los únicos privilegiados son los niños.

Gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora. Le agradezco, profundamente, que haya respetado el tiempo, también.

Seguimos con la licenciada Sonia Tarragona: economista, directora de la Maestría de Farmacopolíticas, docente e investigadora, subsecretaria de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Nación.

Sonia: te doy la palabra.

Sra. Tarragona.- Hola. Buenos días a todos, a todas.

Voy a compartir mi pantalla, que supongo que la están viendo ahí.

–Durante su exposición, la licenciada Tarragona hace una presentación en PowerPoint.

Sra. Presidenta (Durango).- Sí, la estamos viendo.

Sra. Tarragona.- Perfecto.

Un poco la idea de la presentación –tuve la oportunidad de hacerlo en Diputados y, en 2018, en el debate en Senado, también– y el trabajo que hicimos para estimar los costos de la legalización del aborto tiene que ver con, por lo menos, arrojar luz respecto de alguna mala información que puede tenerse y que puede contribuir a la toma de decisiones, y que tiene que ver con el argumento de quién va a pagar esta ley o quién va a pagar las consecuencias de la legalización del aborto.

Lo que nosotros hicimos –es un trabajo que está publicado, que se publicó en 2019, y lo hemos actualizado para esta oportunidad– fue hacer una estimación de cuánto hoy le está costando al sistema atender las complicaciones de los abortos, que se hacen fuera del sistema, comparado con cuánto le costaría al sistema si se pudiera ir por la legalización del aborto.

En todos los casos, tanto en los costos en que hoy está incurriendo el sistema de salud como en los que podría incurrir frente a la legalización, hay algunos costos que no vamos a poder cuantificar, que son todos los costos asociados a la práctica, que tienen que ver con las consecuencias psicológicas, sociales, emocionales, los daños permanentes que se generan por la

morbimortalidad asociada. Hay una cantidad de costos difíciles de cuantificar, y solo nos hemos concentrado en los costos privados, que son en los que incurren quienes desean realizarse un aborto, y los costos del sistema de atención en uno y en otro caso: hoy y en la situación de legalización.

En los costos que nosotros estimamos –acá hago un paréntesis– nosotros no quisimos entrar en la discusión de cuánto es el número de abortos, porque en cualquier caso, sea cual sea el número de abortos, que por supuesto no es un tema menor, pero sí un tema desconocido todavía, las diferencias son las mismas. Porque, sean más o sean menos, la diferencia entre los costos actuales y los costos de acceso a la práctica de manera legal sería la misma. Con lo cual, nosotros sí hemos hecho una estimación en base a un trabajo nuestro, publicado en 2019 en la revista *Salud Colectiva*, que hace una estimación de los números de abortos, pero no es la discusión central de este trabajo.

Del total de abortos que se realizan fuera del sistema, se entiende o se estima, en función de varios artículos que hemos revisado y a documentación de la Organización Mundial de la Salud, que aproximadamente un 75 por ciento de los abortos tiene contacto, igualmente, con el sistema de salud. ¿Esto qué significa? Que si bien la práctica se hace fuera del sistema, porque es ilegal, el resto de las atenciones que requieren las personas que se hacen un aborto terminan siendo atendidas en el sistema de salud, sea para hacer seguimiento, para control, para terminar un aborto incompleto; por supuesto, para las perforaciones, las hemorragias, las sepsis, los problemas más graves. Pero la verdad es que la mayor parte de los abortos extrasistema llegan al sistema para una consulta, para una ecografía, para cuestiones que no son costosas, pero que sí requieren y hacen que las personas se contacten con el sistema.

En ese sentido, nosotros hicimos, con un conjunto de profesionales de distintas áreas, especialistas en atender estas cosas, en su momento, una estimación de cuánto costaría la atención de un aborto incompleto; esto es, las prácticas asociadas a ese aborto incompleto que se hacen en el sistema de salud: foco séptico, sepsis, hemorragias, perforaciones, *shock* séptico. No hemos cuantificado la muerte por cuestiones obvias, y porque, además, técnicamente es difícil y cuestionable. Solo hemos hecho el costo de atención de las complicaciones en tres escenarios: de costos mínimos, medios y máximos.

Lo que ustedes ven ahí es la estimación de cuánto costaría cada caso de perforación, de *shock* séptico, de sepsis, etcétera, como mínimo y como máximo. ¿Por qué estos dos valores? Porque nosotros no tenemos un costo único en el sistema de salud: un costo es el que ocurre en el sector público, otro es en el sector privado; uno en la seguridad social nacional, otro en la seguridad social provincial, y otro en las empresas de medicina prepaga. Hemos hecho un abordaje de todo eso y calculado distintas variantes.

Solo por citar un ejemplo, un *shock* séptico puede costar casi un millón de pesos, como máximo, y 548.000 pesos, como mínimo; un aborto incompleto, entre 35.000 y 86.000 pesos por cada caso; y así las distintas opciones.

Si nosotros agregamos ese valor y suponemos un total de 457.000 abortos, que es la estimación más conservadora del trabajo que está citado ahí abajo, que está publicado –como les decía, hay distintas estimaciones, pero no hace a la diferencia en términos del objetivo de este estudio, pero por supuesto que sí en términos de la práctica–, tenemos tres escenarios –máximo, medio y mínimo– del costo total de esos abortos. Si comparamos ese costo actual, lo que ustedes ven ahí, en la barra fucsia, es el costo medio de las prácticas actuales de aborto: son

51.900 millones de pesos al año.

Hemos comparado ese costo con el costo en que incurriría el sistema de salud frente a esos cuatro distintos escenarios: o todos se hacen con medicamentos, o todos se hacen con AMEU, o mitad y mitad, o mitad con medicamentos y 25 y 25 con legrado y AMEU. Incluimos, también, el costo de aprendizaje del sistema y las fallas de cada método, que también las tiene por más que sean mínimas o no tan mínimas, las hemos incluido. Aun en ese contexto y considerando el precio de la droga, del misoprostol, al valor del precio de mercado, que es el más caro que podríamos tener, la diferencia es indiscutible: hoy estamos gastando mucho más por no hacer los abortos en el sistema legal que haciéndolos fuera del sistema.

Lo que ustedes, finalmente, ven ahí son las comparaciones de esos distintos escenarios con lo que hoy se gasta. Finalmente, la conclusión es que hoy el sistema de salud, en su conjunto, gasta entre 2,6 y 10,2 veces más que lo que gastaría si se decidiera avanzar en la legalización.

Con independencia de la decisión que finalmente tome nuestro Congreso, y ustedes, como senadores, el argumento del costo no debiera ser un argumento para oponerse a avanzar a esta práctica porque, ciertamente, no sería real. Es falaz creer que nos va a costar más caro como sistema. Por supuesto que el argumento del costo no debiera ser el único argumento, sin ninguna duda, pero tampoco debiera ser un obstáculo para avanzar hacia la legalización.

Esas son solo algunas conclusiones: a cuánto es equivalente el costo...

Sra. Presidenta (Durango).- Vamos terminando...

Sra. Tarragona.- Sí, es el último *slide*.

Si nosotros, además, usáramos medicamentos más baratos, como lo han mencionado ya el ministro y otras participantes, si nosotros pudiéramos producirlo públicamente –estamos muy cerca de terminar ese proceso con un laboratorio santafecino– y si pudiéramos comprar el medicamento mucho más barato, los ahorros serían todavía mucho más significativos.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muy bien. Le vamos a dar la palabra a Evelyn Rodríguez, docente universitaria. Tiene una maestría en Educación de la Universidad de Córdoba, fundadora de "0-800-PROVIDA, Red de Contención de las Mujeres con Embarazos Vulnerables".

Tiene la palabra Evelyn. No la veo.

Sra. Rodríguez.- Aquí estoy.

Sra. Presidenta (Durango).- Muy bien; bienvenida.

Tiene la palabra.

Sra. Rodríguez.- Muy buenos días: muchísimas gracias, estimados senadores, por esta oportunidad.

Voy a comenzar mi exposición con un video. Así que espero a los compañeros. Muchas gracias.

–*Luego de unos instantes:*

Sr. Fiad.- No se escucha; ¿verdad?

Sra. Presidenta (Durango).- No escuchamos. Le decimos a Informática que tome las medidas porque no escuchamos.

–*Luego de unos instantes:*

Sra. Presidenta (Durango).- ¿Doctora Cosone?

Sra. Directora General de Comisiones (Cosone).- Estoy hablando con Informática, ya nos van a explicar, Norma.

Responsable del Soporte Técnico.- Buenos días.

El video en este momento se está reproduciendo con audio. Se oye el audio, pero no hay forma de que pueda hacer que ustedes oigan el audio. No sé si será un problema de transmisión de video, pero en este momento está saliendo con audio.

Sra. Presidenta (Durango).- Evelyn: ¿podrás sustituir el video con tus palabras?

Sra. Rodríguez.- Sí, cómo no.

Sra. Presidenta (Durango).- Disculpe, es la primera vez que nos pasa.

Sra. Rodríguez.- Si todavía lo pueden poner, yo estoy aquí.

Quisiéramos invitarlos en esta mañana, estimados senadores, a que, despojados de cualquier pensamiento previo, puedan escuchar lo que les voy a contar.

Creo que todos los que estamos aquí amamos la vida y, por eso, quiero comentarles, con muchísima alegría, el trabajo concreto y sostenido que se está realizando desde hace casi dos años en todo el país para acompañar a toda mujer que atraviesa un embarazo inesperado desde cualquier punto de la Argentina a través de la línea nacional gratuita 0-800-333-1148.

Lamentablemente, parece que esta información no le interesa a los medios y, por eso, no la difunden. Pero entiendo que ustedes son gente de bien, estimados senadores, que quieren representar el sentir de sus provincias.

Esta mañana quiero contarles lo que se está realizando desde cada una de sus provincias, de sus lugares.

Estoy aquí, en esta mañana, en representación de más de 350 instituciones voluntarias que trabajan cada día acompañando a la mujer que atraviesa un embarazo inesperado y nos pide ayuda desde Tierra del Fuego hasta Salta, Jujuy o Misiones. La red es absolutamente federal, se sostiene con recursos propios y abraza a toda mujer que nos pida ayuda, hasta en los lugares más remotos del país.

Esta red nació inspirada en mi propia historia familiar. Hace más de 30 años, mi esposo y yo, adoptamos un bebé recién nacido. Su mamá biológica era una jovencita que estaba en una situación desamparada, pero que, sin embargo, tuvo una familiar que la acompañó durante su embarazo. Y así, Cristian pudo nacer.

Esta mamá no podía criarlo, pero buscó protegerlo permitiendo que tuviera una familia. Y, entonces, lo dio en adopción. El juez que tomó intervención nos llamó a mi esposo y a mí, que estábamos en lista de espera desde hacía tres años, y así llegamos a la vida de Cristian, yendo a buscarlo al hospital con 15 días de vida.

Esta historia nos marcó para siempre como familia y como responsables de una fundación que sigue a personas en situación vulnerable; porque nos mostró cómo el acompañamiento a la mujer que atraviesa un embarazo inesperado, por la razón que sea, hace la diferencia entre la vida y la muerte.

Cristian expuso hace dos años en la Cámara de Diputados de la Nación y allí contó cómo buscó a su mamá para agradecerle por haberle permitido nacer. Hoy, las hijitas de Cristian le dicen "abu" a esa mamá que, como en una novela, nunca pensó volver a ver a ese bebé que dio en adopción.

La historia de Cristian, que fue tomada durante su exposición en la Cámara de Diputados por un canal de noticias y visitado por YouTube por miles y miles de personas, muestra cómo una historia dramática puede tener un increíble final feliz.

Esa maravillosa oportunidad es la que ofrecemos desde la red de acompañamiento a toda mujer que se encuentre en una situación similar, porque consideramos que la vida de esa mujer es valiosa y también la vida que está gestando.

En nuestros primeros 20 meses de vida se ha casi duplicado la cantidad de instituciones voluntarias que están en la red, llegando a cerca de 400 en la actualidad. Y este aumento de instituciones nos ha permitido acompañar, sin más recursos económicos que los que podemos aportar cada uno, a más de 1000 mujeres que nos han pedido ayuda desde diferentes partes del país, lo que ha posibilitado que más de 420 bebés hayan podido nacer y tantos más se encuentren en gestación. Eso gracias a una red que trabaja absolutamente a pulmón. Porque la mujer que atraviesa un embarazo inesperado no necesita un aborto, necesita acompañamiento. Y lo vemos cada día cuando un porcentaje altísimo de las mujeres que nos consultan, cuando son acompañadas, continúan su embarazo.

Si en tan corto tiempo, y con una difusión prácticamente artesanal, de uno en uno, como decimos nosotros, a veces a través de una fotocopia en blanco y negro que una mujer ve pegada en una parada de colectivos, se ha podido acompañar a tantas mujeres y apoyar el nacimiento de tantos bebés, ¡cuánto más podríamos hacer como sociedad si en esta difícil pandemia que vivimos la maternidad fuera considerada como esencial y no el aborto!

Cada día veo algunas de las fotos de los bebés que van naciendo de las voluntarias que nos las envían de alguno de los 54 grupos de trabajo por WhatsApp de la red y, a la vez, con mucha indignación recibimos denuncias en todo el país de embarazadas que no consiguen turnos médicos o para realizarse ecografías para controlar a sus bebés de embarazos que quieren llevar adelante, pero que los conseguirían de inmediato si fueran para realizarse un aborto. Embarazadas que son manipuladas de diferentes maneras para que aborten a sus hijos, generándoles miedo por su salud y su futuro, ofreciéndoles las mal llamadas consejerías, que solo brindan información sobre cómo usar el Misoprostol. Esto está pasando en nuestro país estimados senadores. Y ahora no permiten nuestros carteles en muchos de los hospitales. Además, muchas mujeres piensan que no tienen opción, que están solas y otras nos llaman confundidas, no saben qué hacer. Esto lo vivimos a diario.

Es un deber del Estado garantizarle a la mujer toda la información y alternativas para que pueda decidir realmente con libertad. Es incomprensible que, en medio de una pandemia mundial, en la que la sociedad tomó conciencia del valor de la vida, se esté priorizando el aborto, despreciando la maternidad de la mujer y subestimando el derecho de nacer de los más indefensos.

Sra. Presidenta (Durango).- Vaya terminando.

Sra. Rodríguez.- Este nuevo proyecto presentado por el Ejecutivo es cruel, permite el aborto casi sin restricciones hasta el noveno mes de gestación, condena a los médicos que quieran aconsejar a sus pacientes que tienen alternativas, prohíbe a terceros, entre ellos a nosotros, las instituciones que trabajamos a favor de las dos vidas, que podamos brindar una palabra de orientación a la embarazada en su dilema sobre qué decisión tomar frente a un embarazo no planificado. Propone el aborto como primera opción y presenta un pobre e inconsistente proyecto de cuidado de la mujer y el bebé como moneda de cambio para intentar convencer a más legisladores para que aprueben esta terrible ley de aborto, porque es una realidad que vivimos hoy.

Sra. Presidenta (Durango).- Por favor, Evelyn, está pasada de tiempo.

Sra. Rodríguez.- Estoy terminando. Sí, cómo no.

Para terminar, quiero dejarles dos frases. Pero primero quiero agradecerle a la senadora García Larraburu y al senador Alberto Weretilneck por su apoyo a todo el trabajo en beneficio del 0-800.

Y termino con dos frases que dijo una luchadora tremenda, la mujer quizás más empoderada del mundo –como se dice ahora–, que trabajó incansablemente acompañando a los más vulnerables, la madre Teresa de Calcuta. Ella dijo: "Si aceptamos que una mujer mate a su hijo, ¿cómo podremos decirle a otros que no se maten?"

Y la última frase: "El país que acepta el aborto no está enseñando a su pueblo a amar, sino a aplicar la violencia para conseguir lo que se quiere."

Gracias, queridos senadores.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias.

Le pido al resto de los expositores que, por favor, respeten los 7 u 8 minutos porque si no, no estamos siendo justos y equitativos con todos.

Tiene la palabra ahora la doctora Mariana Romero, médica epidemióloga, investigadora de CEDES-CONICET.

Doctora Romero: tiene la palabra.

No la veo.

Sra. Romero.- Aquí estoy.

Buenos días. Muchísimas gracias por la invitación.

Voy a sacar la cámara y a poner mi presentación.

–Durante su exposición, la doctora Romero hace una presentación en PowerPoint.

Sra. Romero.- Quiero comenzar agradeciendo a las señoras senadoras y a los señores senadores la invitación y la posibilidad de compartir con ustedes información, así como algunas reflexiones para estimular el debate. Para mí es un honor, a la vez que una gran responsabilidad, compartir este espacio.

Estas reflexiones acerca de por qué la legalización del aborto es un tema de salud pública parten de mi lugar como médica, como investigadora y como profesional que acompaña a equipos de salud garantes de la ley, a implementar servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y, en especial, servicios de interrupción legal del embarazo.

Hay tres relaciones que quiero analizar que inscriben la legalización del aborto en el campo de la salud pública. La primera es la relación entre legalización y mortalidad materna por aborto. La segunda, la relación entre legalización y los abortos provistos por el sistema de salud. Y la tercera, la legalización y la puesta en práctica de servicios a la altura de los avances del conocimiento científico.

Respecto de la relación entre legalización y mortalidad materna por abortos inseguros, la evidencia internacional nos dice que, a medida que se amplían las causales para acceder a un aborto legal, la mortalidad materna por aborto disminuye.

Veamos, entonces, este gráfico. En el eje vertical están las tasas de mortalidad materna por aborto. En el eje horizontal, las causas de despenalización, desde las más restrictivas, como sería salvar la vida de la persona, hasta el requerimiento de la mujer como la causal más amplia. Cada país es un punto en el gráfico.

Vemos que los países con causales restrictivas tienen tasas de mortalidad materna por aborto más altas, mientras que los que permiten el aborto por requerimiento de la mujer están concentrados en los valores más bajos de la mortalidad materna.

¿Por qué esperaríamos un comportamiento diferente en la Argentina? Las muertes por abortos inseguros son todas evitables y sabemos que la legalización contribuye en este sentido.

En segundo lugar, quiero referirme a la relación entre legalización y la cantidad de abortos provistos por el sistema de salud. Pongamos el ejemplo de Uruguay, que es la tabla que ustedes ven ahí, donde dice que la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo es de 2012 y, a partir de ahí, la implementación de los servicios.

Vemos en las dos filas que están al final de la tabla que, luego de instalados los servicios y al cabo de 2 años, el número de abortos provistos se mantiene estable. No vemos un crecimiento desmedido o desmesurado, como ha sido la hipótesis de algunos ponentes. Alcanza la cobertura hasta que alcanza la demanda latente de servicios y, luego, el número de IVE se ameseta.

Vemos otro ejemplo de la región, la Ciudad de México. Desde la despenalización del aborto en la Ciudad de México en el año 2007, la Secretaría de Salud provee servicios gratuitos a todas las mujeres que así lo soliciten.

Lo que se observa en estos casi 13 años de experiencia es la meseta que ya vimos para los datos de Uruguay. Y luego, a partir del año 2015, un descenso.

¿Qué hipótesis podríamos tener para este descenso? Por un lado que existía una demanda que no se satisfacía, que se prestaron servicios de aborto para dar respuesta adecuadamente y que no solo se dio acceso a ILE, sino también, como está propuesto en el proyecto de ley que están discutiendo, se dio acceso a consejería, a la posibilidad de iniciar un método anticonceptivo de preferencia y a la información sobre derechos sexuales y reproductivos.

Estas estrategias combinadas disminuyen los embarazos no intencionales y, por ende, los abortos.

¿Por qué Argentina tendría una experiencia diferente a la de los dos países de la región que despenalizaron o legalizaron el aborto?

Finalmente, la relación entre legalización y la puesta en práctica de servicios a la altura de los avances del conocimiento científico. De nuevo, la evidencia internacional es contundente.

Este gráfico nos muestra tres grupos de países. El grupo 1, los países donde el aborto está permitido para salvar la vida o la salud física de la mujer. El grupo 2, los países que permiten el aborto por riesgo en la salud mental o razones socioeconómicas. Y el grupo 3, los países que permiten el aborto por requerimiento de la mujer.

Para cada grupo de países, las barras muestran la proporción de abortos seguros, menos seguros e inseguros. En los países donde las personas pueden voluntariamente decidir la interrupción del embarazo –el grupo 3–, 9 de cada 10 abortos son seguros. A medida que se restringe el acceso, la proporción de abortos menos seguros, que es la barra celeste, y de inseguros, que es la barra roja, aumenta.

Este resultado es el que esperamos ver en Argentina a partir de la sanción de esta ley.

En la misma línea, regular la interrupción voluntaria del embarazo nos va a permitir que se fortalezca la estandarización de servicios, promoviendo prácticas seguras y de calidad acordes a los últimos avances del conocimiento científico; que se incorpore efectivamente la atención de la ILE a la atención en salud sexual y reproductiva, con los mismos parámetros de calidad de cualquier otra práctica de salud, y en todo el territorio nacional; que las mujeres lleguen cada vez más temprano, porque hemos removido obstáculos y estigma...

Sra. Presidenta (Durango).- Doctora: le queda poco tiempo. Le pido que vaya más rápido.

Sra. Romero.- Estoy terminando, muchas gracias.

Que se registren las tecnologías necesarias, como la mifepristona, para disponer de las opciones posibles dentro de los estándares de oro para el tratamiento; que progresivamente baje el número de abortos, como lo muestra la experiencia de los países, y que contemos con información confiable, oportuna, que nos permita evaluar y tomar decisiones para hacer los ajustes necesarios que las políticas públicas en salud requieren cuando se ponen en marcha.

Para cerrar, la experiencia de acompañar equipos de salud que garantizan los abortos que hoy están comprendidos en las normas muestra que saberse del lado de la ley permite la expresión cabal de los principios de profesionalismo y bioética que rigen el accionar de los profesionales de la salud, potencia las acciones que benefician a las personas, morigera los potenciales daños y promueve los derechos y la justicia social.

Sabemos que la legalidad nos permite una relación entre pacientes y equipos de salud de respeto, confianza y empatía; de acompañamiento profesional y comprometido; de toma de decisiones informadas y responsables.

¿Por qué Argentina no sería así?

Por eso, les pedimos que sea ley.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora Romero.

Pedimos a Informática que nos vuelva a poner la pantalla con todos los legisladores. Muchas gracias.

Bueno, antes de dar la palabra a la doctora María Lourdes González Bernardi, quiero decir a las senadoras y a los senadores que vayan preparando las preguntas, en lo posible por sistema, porque luego de la palabra de la doctora Bernardi vamos a comenzar la ronda de preguntas

La doctora María Lourdes González Bernardi es médica ginecóloga, obstetra, de Uruguay, a cargo del área de Obstetricia en el Hospital Público de Montevideo.

María Lourdes: tiene la palabra.

No la veo.

Sra. González Bernardi.- Buenos días. Es un honor estar acá. Les agradezco enormemente poder dar una visión de la experiencia desde Uruguay.

Las exposiciones previas me dan pie para tratar de mostrarles en cinco puntos cómo es nuestra realidad.

Voy a compartir pantalla y voy a tratar de ser muy breve.

–Durante la exposición, la doctora González Bernardi hace una presentación en PowerPoint.

Sra. González Bernardi.- Quería presentarme. Vivo acá, en Montevideo. Trabajo en la asistencia pública y, además, soy profesora agregada de Bioética.

Voy a tratar de hablar en cinco puntos y de ser muy concreta.

Vamos a hablar sobre el aborto en Uruguay en cinco puntos. Voy a hacer mención respecto de la mortalidad materna, el número de abortos, la clandestinidad, la objeción de conciencia y el aborto como prioridad sanitaria.

Punto número uno. La legalización, el aborto provocado, no ha modificado la mortalidad materna en Uruguay. ¿Por qué? Porque ya venía descendiendo drásticamente. Acá, ven la mortalidad materna. Saben que es por causas obstétricas durante el embarazo. El aborto provocado es una causa más. Pero, fundamentalmente, es por otras causas que no son de aborto provocado.

En Uruguay, la mortalidad materna, en general, venía disminuyendo. Esta tabla nos demuestra que, en los cuatro años previos a la legalización del aborto en

nuestro país, que fue en el año 2012, teníamos mortalidad materna por aborto provocado, cero.

Punto número dos. La legalización del aborto provocado no disminuye su práctica. Acá, a diferencia de la percepción de las colegas que me precedieron, vemos en gráficos que partíamos, poslegalización, en una cifra de unos 7.000, y terminado el año pasado, 2019, tuvimos una cifra de 10.300 abortos. Es decir, el aumento ha sido notorio.

Estoy hablando de los abortos provocados registrados. A su vez, también tenemos, como bien dijo la colega que habló inicialmente, los partos prematuros, que han sido voluntarios, es decir, interrumpidos voluntariamente, los cuales no se consideran como abortos, Así que esos registros no entran en estas cifras.

Esto lo quiero decir enfáticamente. En Uruguay, el acceso a métodos anticonceptivos es universal e irrestricto. Por lo tanto, diría que en nuestro país el aborto debería ser cero. Porque, a su vez, tenemos planes de educación sexual universales.

Así que educación sexual y métodos anticonceptivos disponibles nos deberían dar aborto provocado cero.

Seguimos. Tercer punto. Su legalización no eliminó la clandestinidad. Acá dicen distintas organizaciones feministas, fundamentalmente, que son las que han seguido y las que han procurado su legalización, que la brecha existente entre aquella cifra que se mencionaba –33.000– terminó siendo de 10.000, lo que nos habla de que existe una clandestinidad que es mantenida. A su vez, esa clandestinidad también nos habla de que mujeres, por fuera de los plazos legales, terminan su embarazo también por fuera del sistema de salud. No lo digo yo. Lo dicen las organizaciones que se dedican al tema. Basta un pequeño paneo buscando en Internet, que lo hice hoy tempranito, para ver que en Uruguay existe todavía un mercado negro de misoprostol. Hay una página que me llamó muchísimo la atención que dice "misoprostol en el Uruguay", la cual invita a las personas a que se asesoren. Uno dice: "Con los diversos servicios universales que existen en nuestro país, accesibles para todas las usuarias, ¿cómo es posible que sea necesario que exista una oferta de servicios fuera del sistema sanitario?"

Acá dice muy claramente que, a partir del año 2012, que el aborto se transformó en nuestro país en legal, el mercado paralelo de misoprostol no ha terminado. Es bien claro eso.

Hemos solicitado innumerables veces registros en el Ministerio de Salud, para ver cuál es la venta de misoprostol en farmacias y no nos lo han otorgado,

Punto número cuatro, y ya estoy cerrando. Son cinco puntos. No se respeta el derecho de la objeción de conciencia en el equipo de salud, en especial, en los médicos ginecólogos. En nuestro país, el 40 por ciento de los ginecólogos planteó objeción de conciencia.

¿Por qué digo que no se respeta? Porque el mismo Ministerio que solicita el registro de los objetores de conciencia plantea hacer una lista de objetores. Eso lo hizo posdespenalización y después del recurso que hemos hecho para poder objetar en todas las instancias del proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

Así que una lista de objetores y, a su vez, se discrimina por parte de las instituciones de salud. Discriminan a los objetores. Esto es bien sencillo. Esto ha sido público. Está en un recorte de prensa. Abajo se ve un llamado de una prestigiosa institución prestadora de salud de nuestro país, una de las más grandes, que plantea específicamente que solicita ginecólogos que no presenten objeción de conciencia.

Punto número cinco, y voy cerrando. Se prioriza el aborto por encima de otras prestaciones, antes y durante la pandemia de COVID-19. No es solo este año, el nefasto 2020. Previamente, ya era considerado una urgencia. Ya lo han comentado las colegas que hablaron. Tenemos innumerables pacientes que se tienen que hacer estudios, embarazadas o no, pacientes oncológicas para las cuales se posterga su atención. Pero, sin embargo, el IVE es considerado una urgencia sanitaria.

Acá lo ven, también, como les comentaba. Es un servicio esencial que durante la pandemia no se alteró. Se alteraron todos, lo saben tan bien como nosotros. Se alteraron todos, pero éste no se alteró.

Para finalizar, hay diversas organizaciones que utilizan sus redes sociales legítimamente, pero encontré esto: “Con o sin cuarentena, seguimos abortando y estamos juntas.”

Es decir, ninguna mujer quedó sin atención.

Para finalizar, entonces...

Sra. Presidenta (Durango).- Vamos terminando, doctora, por favor.

Sra. González Bernardi.- Es la última. En suma, en Uruguay, con la legalización del aborto, la mortalidad materna no disminuye; el número de abortos, aumenta; la clandestinidad, no se elimina; la objeción de conciencia, no se respeta, y el aborto es considerado una emergencia sanitaria.

Muchas gracias por la atención.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias a usted.

Ya tengo dos pedidos de la palabra. Vamos a empezar con la ronda de preguntas. El primer senador que me ha pedido la palabra es el senador Luenzo.

Senador Alfredo Luenzo tiene la palabra.

Sr. Luenzo.- Gracias, presidenta.

Esta pregunta va dirigida a la profesional médica que creo que es de la provincia de Buenos Aires. No recuerdo su nombre. Si usted me la puede identificar, presidenta, porque va dirigida puntualmente a ella.

Creo que fue la segunda expositora. Discúlpeme, no tomé nota.

Sra. Presidenta (Durango).- Sí. María De Urza.

Sr. Luenzo.- Perdón. No la escuché bien, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- María De Urza.

Sr. Luenzo.- María De Urza, sí. ¿La pueden identificar para poder dirigirme a ella?

Sra. Presidenta (Durango).- Sí, sí. Haga su pregunta que, después...

Sr. Luenzo.- Sí, me escucha. Perfecto. Gracias, presidenta.

La doctora ha hecho un relato desgarrador de lo que significa enfrentar situaciones de atención de abortos –por momentos, fue un relato macabro–, muy centrado, obviamente, en el rol del profesional frente a estas circunstancias tan difíciles y, también, con algunas caracterizaciones de la situación sanitaria en el marco de un posicionamiento hasta, diríamos, de carácter político. Pero, realmente, el relato donde describe qué es lo que ocurre cuando una mujer llega a la necesidad de realizarse un aborto, por diferentes motivaciones, fue, insisto, muy fuerte.

Sin entrar en consideraciones de cada una de sus apreciaciones, quiero decir que esta ley legaliza el aborto y nada más que eso. No lo promueve –y esto creo que hay que repetirlo una y mil veces–, nadie lo promueve, sino más bien lo que se busca es promover más vida y que las mujeres no se mueran.

Por lo tanto, si esto, que es el eje central del debate que estamos dando, se utiliza con otra intencionalidad, ya sea para desprestigiar la ley o para emitir las

calificaciones que ya hemos escuchado –y no voy a entrar en ese terreno–, me gustaría que la profesional me diga por qué entiende que esta ley va a profundizar todo ese relato desgarrador que ocurre en los hospitales públicos, en este caso, de la provincia de Buenos Aires.

¿Por qué cree que esto va a empeorar la situación y no es una posibilidad para mejorar todo lo que acaba de describir? Esta es mi consulta. Insisto, no quiero entrar en otras consideraciones que, tal vez, sería oportuno hacerlas porque, realmente, han sido muy fuertes.

En consecuencia, le pediría que me explique por qué cree que esta ley va a empeorar todo lo que usted acaba de describir sobre lo que pasa en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Es esta mi consulta, presidenta.

Sra. De Urraza.- Sí. Gracias, senador.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senador. Un minuto, doctora. Vamos a darles la palabra a tres senadores y, después, responde todas las preguntas juntas.

Tiene la palabra la senadora Catalfamo.

Sra. Catalfamo.- Muchas gracias, presidenta. Muy buenos días a todos y a todas.

En primer lugar, me gustaría hacerle una pregunta a la doctora Manzano...

–Se interrumpe la transmisión.

Sra. Catalfamo.-...considera que es imposible salvar las dos vidas. Ella lo anunció en su alocución.

En verdad, en las exposiciones de ayer y, también, en las que hemos escuchado hoy, quienes no están de acuerdo con este proyecto que tiene media sanción de la Cámara de Diputados dicen que buscan salvar las dos vidas; pero en ese salvar las dos vidas –al menos es lo que yo veo–, aquellas mujeres que quedan en la clandestinidad, lamentablemente, pierden su vida.

En ese sentido, lo que viene a proponer este proyecto –o, al menos, yo lo entiendo de esta manera– es cuidar a esas mujeres, proteger sus vidas y, también, resguardar su capacidad reproductiva. Digo esto porque si no es ahora la decisión de ser madres, si no es en este momento, que puedan tener la posibilidad de tener hijos más adelante. Esa es la pregunta para la doctora Manzano.

Por otra parte, quiero hacer una pequeña aclaración respecto de lo que decía la doctora De Urraza sobre la objeción de conciencia. El artículo 10 de este proyecto de ley habla de la objeción de conciencia y permite resguardar esas cuestiones personalísimas. El o la profesional de salud podrá mantener esta objeción de conciencia y no llevar adelante la práctica. Pero, por supuesto, deberá tratar de derivar –o derivar de buena fe– a las personas que decidan practicarse un aborto para que puedan realizárselo con otros profesionales.

Después, tengo una consulta para la *magister* Evelyn Rodríguez. Quisiera saber si ha podido leer el proyecto de los Mil Días y qué opina al respecto, ya que ella dice que con este proyecto el Ejecutivo está promoviendo los abortos. Como bien decía recién el senador Luenzo, creo que es fundamental aclarar que de ninguna manera este proyecto obliga a las mujeres o a las personas gestantes a abortar. ¡Para nada! De hecho, el Poder Ejecutivo promueve este proyecto de los Mil Días, que viene a acompañar –al menos yo lo entiendo de esa manera– a las mujeres que desean continuar con sus embarazos.

Entonces, quiero consultarle qué opina respecto del proyecto de los Mil Días. También me gustaría saber si, a través de esta red de la que forma parte, se atiende a niñas, a adolescentes, a jóvenes; saber qué se les dice a esas jóvenes cuando

llegan a esta red; qué edades tienen esas jóvenes; qué cantidad de jóvenes atiende esta red.

Simplemente, quiero conocer un poco cómo trabaja, particularmente, con las niñas, las adolescentes y las jóvenes argentinas. Muchísimas gracias.

Sr. Mayans.- Presidenta...

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senadora.

Tiene la palabra la senadora Elías de Perez.

Sí, senador Mayans. Lo veo.

Sr. Mayans.- Gracias, presidenta. Muy amable.

Sra. Presidenta (Durango).- Senadora Elías de Perez, tiene la palabra.

Sra. Elías de Perez.- Gracias, presidenta.

Mi pregunta es para la doctora María De Urza. Quiero su opinión sobre el artículo 4° inciso b) del proyecto, que posibilita que se lleve a la práctica el aborto – ahora ya de manera legal– después de la catorceava semana, cuando estuviera en peligro la salud integral de la persona gestante. Y ya sabemos que en salud integral se engloba todo: físico, psíquico, social; todo.

Entonces, quisiera saber, en este caso, cómo se debería llevar adelante la interrupción y si hay riesgo para la mujer, aunque se lo haga en un hospital.

Tengo otra pregunta para la doctora De Urza. Quisiera saber si para ella, actualmente, todas las maternidades de la Argentina, en las que ella trabaja y demás, cuentan con todas las condiciones obstétricas y neonatales seguras para atender no solamente el tema del aborto, sino, también, el parto seguro.

Por último, qué opina del artículo 15 del proyecto, que penaliza a los médicos, incluso, a aquellos que no sean objetores de conciencia, en el caso de que haya alguna dilación en la práctica.

Y una pregunta para la doctora, creo que era Bernardi... Bernacci.

Sra. Presidenta (Durango).- Bernardi, sí.

Sra. Elías de Perez.- Bernardi, y gracias a todas las doctoras que hoy están participando.

Doctora Bernardi: quisiera que me cuente si en Uruguay se penaliza al médico o al personal de salud que dilate la práctica del aborto y cómo regulan allí la práctica en menores de dieciséis años, es decir, si tiene que llevar a alguno de sus padres o no. Quisiera que me cuente cómo lo manejan en Uruguay.

Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Muy bien. Entonces, le vamos a dar la palabra ahora a la doctora De Urza. Les pido que respondan...

Sr. Mayans.- Presidenta...

Sra. Presidenta (Durango).- Senador Mayans, lo tengo anotado. Deme, por favor, la posibilidad de que respondan a estos tres senadores.

Sr. Mayans.- ¿Pero no me puede incluir en la respuesta? Porque quiero hacerle una sola pregunta a la doctora González Bernardi.

Sra. Presidenta (Durango).- Bueno, pero tengo también el pedido de palabra de la senadora Tapia, de la senadora Nancy González, del senador Taiana...

Sr. Mayans.- ¡Ah, pero va usted por tanda! Correcto. Está perfecto. Discúlpeme, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Sí, sí. Lo tengo anotado, no me olvido de usted senador Mayans.

Sr. Mayans.- No me discrimine. (Risas.)

Sra. Presidenta (Durango).- Le vamos a dar la palabra la doctora De Urza, que tiene varias preguntas. Le pedimos que sea sintética.

Sra. De Urraza.- Muchas gracias.

Senador, yo estoy hablando en base a mi propia experiencia en los hospitales. Y lo que digo es que las mujeres que consultan en los consultorios de consejería, prácticamente, son empujadas a la situación del aborto porque, en nuestro país, a la mujer que cursa un embarazo vulnerable se la estigmatiza mucho.

Los que trabajamos en hospitales públicos lo sabemos. Cuando una mujer tiene más de dos o tres hijos y es pobre, entonces, en el mismo parto, le dicen: "Bueno, ya no tengas más hijos". "Bueno, este es el último". A las mujeres que tienen dos cesáreas, le dicen: "No podés quedar embarazada, porque te podés morir". Yo misma vi a pacientes que me han dicho: "Me dijeron que si no aborto me puedo morir porque tengo, por ejemplo, hipertensión". O he tenido que hacer raspados de pacientes que se hicieron el aborto en la salita, que le dieron el misoprostol en los CAP, y que después del raspado, en privado, me han dicho: "A mí me dieron la pastilla y no me dijeron que esto iba a pasar". Entonces, yo digo que esta ley va a profundizar toda esta situación del aumento de abortos. Digamos, los datos están en los informes del Ministerio de Salud de la Provincia. En relación al año pasado duplicaron los abortos, y eso lo muestran con orgullo porque aumentaron la cobertura.

Entonces, digo que sí creo que va a profundizar porque lo que hace la ley es legitimar lo que ya están haciendo los hospitales. Los médicos que trabajamos en los hospitales públicos vemos cómo vertiginosamente están aumentando las ILE.

Les digo con sinceridad: hay muchos pacientes que por el hecho de estar en la pobreza y no tener oportunidades buscan el aborto. Y yo siempre digo lo mismo: ¡Qué terrible que es que una mujer tenga que eliminar a su descendencia para salvar su propia existencia! Eso no es libertad.

Lo que digo es que los abortos en los hospitales están aumentando, lo vemos todos los días. Y, además, son cada vez a edades gestacionales más avanzadas. Esa es una realidad; no es un relato, es una realidad. Y el mismo Ministerio de Salud de la Provincia, en su informe de gestión de enero a junio de los ILE realizados en la provincia, dice que el 42 por ciento de los abortos fueron en el hospital. ¿Cuáles son los abortos en el hospital? Los complicados de la salita o los que son más de doce semanas, del segundo trimestre.

Entonces, sí creo realmente que esta situación se va a profundizar.

Sr. Luenzo.- ¿Me permite, presidenta, hacerle una consulta más? Muy breve... Perdóneme. No la escuché, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Evitemos entablar diálogos, pero le permito por única vez, por favor.

Sr. Luenzo.- Muy brevemente.

Doctora: usted dice que de acuerdo con las políticas públicas que se establecen a partir de ahora en la provincia de Buenos Aires, la cantidad de abortos que se atienden en hospitales públicos es mayor, se ha duplicado. ¿Usted no cree que esos eran abortos que se permitían y se daban en el mundo de la clandestinidad y que ahora tenemos la posibilidad de que la salud pública pueda atender a esas mujeres y por eso se duplica y que es una clara demostración de que lo estamos sacando de la clandestinidad?

En todo caso, lo que tendríamos que mejorar es la calidad de atención sanitaria. Digamos, estamos visibilizando; hay una política que visibiliza lo que antes se ocultaba.

Si no cree que es una obligación del Estado atender a esa marginalidad que antes se hacía en otras condiciones. Es la pregunta que le hago, porque si no queda

como que el Estado está promoviendo el aborto, y yo creo que no es lo que estamos haciendo con esta ley ni tampoco en provincia de Buenos Aires. Lo que estamos haciendo es poner blanco sobre negro; es transparentar lo que está ocurriendo en nuestra sociedad. Simplemente esto. Muchas gracias, presidenta, por esta interrupción.

Sra. Presidenta (Durango).- Doctora De Urraza.

Sra. De Urraza.- Senador: yo creo que lo que está pasando con las ILE es que se está visibilizando que las mujeres no tienen oportunidades para gestar y para parir.

¿Usted sabe que –por lo menos mi experiencia en el hospital de Florencio Varela– la cultura de la maternidad en los sectores humildes está claro que está muy asentada, muy arraigada en las mujeres que están en situación de vulnerabilidad en barrios humildes?

Vuelvo a decir: no es un logro en la salud pública si se estigmatiza el embarazo y si no se dan oportunidades para poder gestar y parir. Porque –repito– en plena pandemia las mujeres no se pudieron controlar bien los embarazos y tuvimos complicaciones graves de embarazos mal controlados. Sin embargo, se guardaron camas por si caía algún aborto. Entonces, me parece que, claramente, está direccionada la gestión hacia los abortos. De hecho, una expositora antes que yo dijo que era más seguro abortar que parir. Si eso no es tener ganas de hacer abortos, ¿qué lo es? Esa es mi apreciación sobre el tema.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias. No sé si tiene todas las respuestas dadas. Le vamos a dar la palabra...

Sra. De Urraza.- Con respecto... Sí, a ver, yo fui anotando lo que pude ir escuchando.

Con respecto a la objeción de conciencia...

Sra. Presidenta (Durango).- Por favor, sea breve, doctora.

Sra. De Urraza.- ¿Sí?

Sra. Presidenta (Durango).- Sea breve, le pido, por favor, doctora.

Sr. De Urraza.- Sí. ¡Voy a leer lo que dice la ley!: el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o la salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

¿Esto qué significa? La salud –otra vez volvemos con esta cuestión de la salud integral– es el completo estado de bienestar físico, síquico y social. Entonces, de repente, una paciente viene a mi consultorio y yo trabajo en un pueblo alejado y estoy sola como ginecóloga y viene la paciente y me dice: "Si yo no aborto, me voy a suicidar porque estoy muy mal, muy alterada porque no quiero tener a mi hijo", y yo le digo: "Con 18 o 20 semanas, mirá es un embarazo avanzado. Vos vas a poder. Vamos a buscarte ayuda", y esa mujer tiene finalmente su bebe, puede venir, de repente, una diputada proaborto y hacerme una denuncia porque obstaculicé el aborto, como le pasó al doctor Leandro Rodríguez Lastra, que ni siquiera la paciente le hizo la denuncia; la hizo un tercero.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, doctora.

Tiene la palabra la doctora Manzano.

Sra. De Urraza.- Con respecto a –perdón– más allá de las catorce semanas: sí, la ley claramente dice que... A ver: la diferencia entre las catorce y las catorce uno, porque además criminaliza la ley, por un lado, a la mujer que se hace un aborto con catorce semanas uno, cuando se supone que los que hacen esta ley no quieren criminalizar a la mujer. Pero después dan el guiño de: "Bueno, si están las causales, después de la catorce uno, sin límite de edad gestacional, pueden hacerse el

aborto." Y lo dice la ley: cuando entran en las causales riesgo de salud social –por ejemplo, ser pobre–, pueden hacerse el aborto más allá de las catorce semanas. Lo dice explícitamente la ley. La única diferencia es que antes de las catorce no hace una declaración jurada y después de las catorce hace una declaración jurada, es decir, le dan un papel que ya está escrito y ella lo firma, nada más.

Con respecto...

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, doctora.

Sra. De Urraza.- Me hicieron varias preguntas más, ¿eh? Las puedo contestar, si quiere.

Sra. Presidenta (Durango).- A ver.

Sra. De Urraza.-... que penaliza a los médicos, lo dice en la ley, en el artículo 15: penaliza al médico que obstaculice. Además, nosotros tenemos obligación de ofrecerle el aborto a cualquier mujer que sea pobre, por ejemplo, porque dentro de las causales de salud social, si está en la pobreza, tenemos la obligación, en el protocolo, de ofrecerle el aborto a cualquier mujer que va a controlarse su embarazo. Una violencia obstétrica tremenda.

En relación a las condiciones obstétricas que están dadas en los hospitales, vuelvo a decir: ahora, en este año de pandemia, que fue un año terrible para los médicos, tuvimos mayor número de mujeres embarazadas internadas en terapia intensiva por complicaciones graves del embarazo por falta de controles.

Digo: realmente, no estamos en condiciones de favorecer de esta manera tan inusitada...Perdón. Se me corta.

Sra. Presidente (Durango).- Muchas gracias.

Tiene la palabra la doctora Manzano.

Sra. Manzano.- A la pregunta de la senadora sobre por qué digo que es imposible salvar las dos vidas, no lo digo solo por las muertas por aborto clandestino.

Ayer varios oradores en contra de este proyecto de ley dijeron como que sola, naturalmente, y porque sí, había comenzado a bajar la mortalidad por abortos en el país. La verdad es que en nuestro país desde el año 2007, que se hizo la primera guía de aborto no punibles, comenzamos a respetar a más mujeres que les correspondía un aborto por riesgo para salud de la vida o por violación. Durante veinte años teníamos cien muertas por año por aborto clandestino. Logramos bajar a 33 muertas en 2012; y a 40, 43; 50 muertas el año en que más murieron. Esto no fue magia; fue debido a un trabajo médico y a políticas públicas en salud.

Por otro lado, garantizar abortos también disminuye la cantidad de muertas en partos. Pero esto la mayoría de la gente no lo ve, porque la relación causa-efecto queda más lejana.

Cuando hoy yo hablé enojada por una mentira –porque no es ni falacia, es mentira– de una oradora que ayer dijo que se podía evitar la hipertensión causada por el propio embarazo con controles temprano; es falso. No hay ninguna medicación que le permita a una embarazada evitar la hipertensión al final. No tenemos cura contra eso ni hay fármaco alguno que permita evitar la muerte por una embolia de líquido amniótico en el posparto inmediato.

¿Qué puede pasar acá? Que la mujer cardíopata, a la que le negaron el aborto, muera al séptimo mes o quede discapacitada, como pasó con una mujer en Paraná. Creo que se acuerdan, porque salió en los diarios. Había pedido un aborto, un cardiólogo católico entró y dijo que los iba a denunciar a todos, le niegan el aborto, va a parar al Hospital Posadas, tiene una hemorragia cerebral y ahora está en sillas de ruedas; y ya tenía un hijo con discapacidad. Estas cosas no se ven como consecuencia de un aborto negado, pero pasan.

En Chubut, que siempre fue una provincia que estaba por encima de la media país en cuanto a mortalidad materna, en 2018 la mortalidad materna total, tanto por partos como por abortos, fue de 10 en 100 mil habitantes. Y en mi ciudad, desde que hacemos abortos legales, ninguna, ninguna, ninguna ha muerto.

También quiero decir que es mentira que haya fetos que nacen llorando. ¡Por favor! Salen muertos. El misoprostol quita oxígeno y salen muertos. Y esto se lo pueden escuchar decir a un médico antiderechos de Jujuy, que lo dijo en YouTube. Ellos decidieron operar a la niña de once años, porque sabían que el misoprostol da hipoxia y el feto no sale vivo. Y por eso la operaron, no por pedido de la niña. Fue algo consensuado entre todos los médicos del Hospital de Jujuy. Gracias por su tiempo y perdón.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, doctora.

Tiene la palabra la magister Evelyn Rodríguez.

–Luego de unos instantes:

Sra. Presidenta (Durango).- Está muteada, Evelyn.

Sra. Rodríguez.- En primer lugar, creo que tenía una pregunta de la senadora Catalfamo. ¿Puede ser?

Sra. Presidenta (Durango).- Exactamente.

Sra. Rodríguez.- El proyecto del aborto expresamente prohíbe que a las mujeres se les brinde otra alternativa al aborto. Incluso, se le prohibiría el acompañamiento que brinda nuestra red de casi 400 instituciones. Se prohíbe al médico darle otra opción que el aborto.

¿Cómo no voy a decir que este proyecto promueve el aborto? Si a los médicos, que se han preparado, justamente, para salvar vidas, se les obliga a callarse y a no poder bien orientar a una mujer, bajo pena de ser castigados por hacerlo; como lo mencionó la doctora recién. Y habla de la injerencia de terceros. Lamento que no se hayan podido ver los videos, pero los invito a que puedan ver nuestro Facebook –Red de Acompañamiento a la Mujer– y puedan ver la cantidad de mujeres a las que se ayuda en todo el país, porque nos llaman y nos piden ayuda.

Entonces, ¿qué van a hacer con nosotros? No sé. ¿Van a clausurar nuestra línea 0800-333-1148? ¿Qué van a hacer con nosotros, los que ayudamos a las mujeres que nos piden ayuda? ¿Cómo no vamos a decir que están promoviendo el aborto si nos quieren obligar a callarnos? No lo van a lograr. Nos meterán en la cárcel, pero no vamos a dejar de ayudar a toda mujer que nos pide ayuda.

No me acuerdo otra pregunta.

Sra. Presidenta (Durango).- No, no. Era esa sola. Gracias.

Sra. Rodríguez.- Perdón.

Respecto al Programa de los Mil Días –que tengo entendido que no está siendo tratado en este plenario–, lo que puedo decir es que llega tarde, porque si a una mujer no se le puede hablar más que del aborto –no puede hablar el médico y no pueden hablar las instituciones que estamos ayudándolas–, ¿qué es lo que recibe esa mujer que está confundida?

Quisiera que alguno de ustedes pudiera estar en nuestra línea 0800 para escuchar a la mujer que nos llama pidiendo ayuda, diciendo que no sabe qué hacer. Está necesitando a alguien que la abrace y que la ayude; no a alguien que le diga que tiene la alternativa de abortar, que puede abortar y no le explica ni le dice que tiene otras alternativas.

El diputado David Schlereth presentó un proyecto hace dos semanas, que me encantaría poder mencionar, respaldado por un grupo de diputados nacionales,

que se llama "el derecho al acceso a la información y al acompañamiento en el embarazo."

Con mucha indignación estamos viendo que a la mujer se le niega toda información. No saben que existimos. No saben que existimos; y no saben que nuestras manos están tendidas para ayudarlas en todas las provincias del país. Y cuando nos piden ayuda de un pueblo, pedimos ayuda y ayudamos a toda mujer que nos pide ayuda.

Sra. Presidenta (Durango).- Entendemos lo que está diciendo. Gracias. Les pedimos a todos que respondan sintéticamente.

Creo que me queda, solamente, darle la palabra a la doctora Bernardi, que tuvo una pregunta de la senadora Elías de Perez.

Sra. González Bernardi.- Rápidamente, entonces, le respondo a la senadora Perez. Punto número uno: nuestra legislación nos habla de menores de 18 años, de adolescentes menores de 18 años, con los cuales hay que mantener la confidencialidad y tienen que concurrir acompañadas de un adulto responsable, los padres.

Acá tenemos dos cosas: la ley y la reglamentación. En la reglamentación, luego, eso se relativiza y, en realidad, entramos en una zona entre los 16 y 18 años, en la que es posible acceder a una interrupción voluntaria del embarazo o a un aborto sin el consentimiento de los padres. En los menores de 16 años eso no corre; tienen que concurrir con un adulto.

Les voy a decir la verdad: mi experiencia habla de que, en general, los padres no se oponen. Es más; muchísimas veces son los que concurren con su hija embarazada. Y, en tal caso, si hay una discrepancia, pasa al juez; como tantas circunstancias que ocurren en la asistencia.

El segundo punto, y termino, es el tema de la objeción de conciencia de los médicos ginecólogos. A diferencia de ustedes, que hablan de profesionales de la salud –lo leí con mucho detenimiento en el proyecto de ley–, en nuestro caso, se habla de un acto médico hecho por un ginecólogo sin valor comercial. Hay un artículo específico. Los ginecólogos somos la mano ejecutora y tiene pasos la interrupción voluntaria, como ustedes ya lo habrán visto. Se plantea un plazo de reflexión de 5 días y muchos grupos interdisciplinarios atienden a esa mujer que plantea un aborto.

En el caso de los ginecólogos, supuestamente por la ley estamos protegidos, pero luego la reglamentación no nos protegió. Por lo tanto, tuvimos que recurrir al Tribunal en lo Contencioso Administrativo, que nos dio la razón en un fallo histórico y podemos objetar todo el procedimiento. No solamente la entrega de misoprostol, que es lo que se llama el IVE 3, que era la entrega. Nos permitió objetar a los ginecólogos y a otro personal de la salud interviniente. De hecho, no se cumple. ¿Por qué? Porque genera –como les comentaba– presiones de las instituciones sobre los profesionales que se niegan y terminan provocando muchas veces la renuncia de ese profesional, porque le hacen la vida imposible.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora.

Le voy a dar la palabra a tres senadoras y senadores: a la senadora Tapia, a la senadora Nancy González y al senador Jorge Taiana.

Empezamos con la senadora Belén Tapia.

Sra. Tapia.- Gracias, presidenta.

¿Me escucha bien?

Sra. Presidenta (Durango).- Perfecto.

Sra. Tapia.- Bueno.

Presidenta: le agradezco nuevamente la forma en la que usted está llevando adelante la reunión, pero no puedo dejar pasar el comentario que hizo la doctora Manzano, atribuyéndole al médico jujeño la palabra "antiderecho", porque actuó de una manera diferente a la que ella hubiera actuado.

Dijimos que no nos íbamos a agredir. Entonces, que ella hable de esa manera, no me parece. Me gustaría que usted lo vuelva a poner en claro, porque evidentemente parece que no se va a respetar.

Tengo una pregunta para la magister Evelyn Rodríguez. Tenía dos, pero con la reflexión que hizo recién respecto de lo que es el proyecto, ya me respondió. Quería saber si pensaba que este proyecto sentaba las bases para que una mujer en estado de vulnerabilidad o en un embarazo vulnerable tuviera respuestas. Pero, bueno, con su opinión ya me deja claro que no.

Quería saber cómo se financia la línea 0800, si reciben ayuda del Estado y en cuántas provincias trabajan.

Por otro lado, a la doctora de Uruguay, González Bernardi, le quería preguntar, ya que ella un poco explicó –como acá también sabemos, los promotores del proyecto del aborto se basan en el número de 500.000 abortos clandestinos, de lo que se carece de evidencia científica–, cuál era en Uruguay el número inicial que estimaban de abortos, de esta manera, y cuál fue el número de abortos legales, una vez que este proyecto se legalizó; cuál fue el número de abortos legales, como para saber cuál es la diferencia entre un número y el otro.

Y, por otro lado, también veíamos en sus gráficos que, antes de que se legalizara esta ley, la mortalidad materna había bajado. Entonces, yo quería saber qué medidas tomó el gobierno de Uruguay como para lograr esto: que la mortalidad baje. Muchísimas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senadora.

Le doy la palabra a la senadora Nancy González.

Sra. González, Nancy.- En primer término, le quería hacer una pregunta a la doctora De Urza. La doctora habló de la eugenesia. Me gustaría saber si a ella no le parece que este proyecto viene a regular eso.

Por otro lado, la doctora dijo que los abortos son una realidad. Así que, la verdad es que, ¿por qué no darle un marco normativo a esos abortos, que ella dice que son una realidad?

Además, ella dijo algo sobre "reservar camas". ¿No le parece que está haciendo lo correcto reservando camas? Porque la ILE, en nuestro Código Penal, está regulada desde 1921. Entonces, es su obligación reservar camas. Si no reservara camas sería ir contra nuestro marco normativo. Y tampoco creo que tengan que agradecer porque están reservando camas, respetando nuestro Código Penal.

También la doctora habló de las consejerías y dijo que fue menor la cantidad de mujeres que decidieron continuar con sus embarazos, en vez de abortar. Yo le pregunto, por más que vayan a las consejerías –y que esté estipulado en este proyecto de ley que estamos tratando–, cuando las mujeres tienen decidido no seguir adelante con su embarazo, no siguen adelante, por más consejerías que pueda haber y que puedan aconsejar. Entonces, no es que nadie les va a promover el embarazo; que las que estamos a favor de este proyecto somos aborteras por naturaleza. No, la mujer decide por sí misma. Quiero preguntarle a la doctora si está de acuerdo.

Después le quiero preguntar a la doctora Stella Manzano, porque he escuchado mucho y creo que he escuchado confundir conceptos. Si me puede explicar qué diferencia hay entre un parto y un aborto.

Y le quería hacer otra pregunta a la doctora Stella Manzano. Cuando en el segundo trimestre se debe hacer un aborto, por problemas de salud de la madre, y el bebé nace vivo, ¿qué pasa con ese bebé?

Estas son las preguntas que tenía para hacerles. Gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Le doy la palabra al senador Jorge Taiana.

Sr. Taiana.- Sí, muy brevemente, porque ya el senador Luenzo y la senadora González hicieron varias de las preguntas o comentarios que yo quería hacerle a la doctora De Urreza, que la verdad es que me sorprende un poco.

Yo soy senador de la provincia de Buenos Aires, y la afirmación de que hay una gran libertad para realizar abortos en las instituciones públicas de la provincia de Buenos Aires parece un poco contradictoria con una serie de informaciones y de denuncias y de cosas que uno recibe, acerca de las limitaciones.

Lo que sí me parece es que se está aplicando el fallo "F.A.L." en la provincia de Buenos Aires, lo que normalmente tiene que significar un aumento de las causas de interrupción legal del embarazo, que se contemplan desde 1921 en la Argentina y que la Corte ha actualizado.

Porque la verdad es que, en ese sentido, creo que la doctora De Urreza nos confundía un poco con la información, con la idea de que estaba todo abierto y que cualquiera podía abortar como se le ocurriera en la provincia de Buenos Aires.

Pero creo que ya los comentarios del senador Luenzo y de la senadora González han respondido esto y nos han dejado en claro. Así que me doy por satisfecho.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senador Taiana.

Le voy a dar la palabra a la doctora Manzano, que tiene dos preguntas.

Sra. Manzano.- La primera pregunta que me hizo la senadora Nancy González fue que describiera la diferencia entre parto y aborto.

Hay dos definiciones; una jurídica, en la que un aborto lo que busca es que muera el producto de la concepción. Hay una definición médica, en la que aborto es la expulsión del producto de la concepción antes de que acabe la viabilidad fetal. Este plazo, al día de hoy, en Europa, en Inglaterra, es la semana 24. En Inglaterra quisieron bajarla a la semana 22, en 2009, y no se permitió. Hasta se debatió en el Parlamento. Porque no son viables los de 22 y 23 semanas.

Entonces, por un lado, médicamente hablando, hablamos de parto a partir de las 24 semanas, que son los 5 meses y medio; no los 6. Los 6 meses son 26 semanas.

La senadora me preguntó si hacemos un aborto, en realidad, el segundo trimestre, por peligro para la vida o la salud de la mujer, si el feto nace vivo.

Tengo que aclarar que en el segundo trimestre no son viables; no lo son. Si estamos hablando de esta cosa muy fea que han estado diciendo, que vamos a hacer abortos del tercer trimestre. No los hacemos. Esta es una ley que tiene cien años; no es lo que estamos debatiendo ahora.

Pero si una mujer está grave, por ejemplo, el sexto mes, porque tiene una preeclampsia grave o un Síndrome de Hellp, sabemos que si no operamos urgente y terminamos ese embarazo, vamos a tener dos muertos: la madre y el feto. Entonces, lo que hacemos ahí es operar urgente a la mujer ¡y poner al feto en una incubadora! ¿En qué beneficiaría a la mujer enferma que matemos el feto?!

Ayer escuché decir que a los nueve meses, a veces, se hacían abortos para salvar la vida de una madre. ¡¿Por qué lo haríamos?! ¡Nunca lo vi! Y soy vieja, ¿eh?, tengo 59 años. No sé si antes de que hubiera anestesia. Qué se yo qué había. Nunca, nunca lo vi en un libro de Medicina. A los nueve meses, si hay una mujer grave, bueno, se intenta ir a parto. Y si no podemos ir a parto, operamos y ese bebé ya está absolutamente maduro para vivir solo.

No sé si esto era todo lo que me preguntaron.

Sra. Presidenta (Durango).- Sí, muchas gracias, doctora Manzano.

Sra. Manzano.- ¡Ah, una cosa más, por favor! ¿Puedo desmentir algo? Porque se habló de 40 por ciento de abortos del segundo trimestre. Esto no es verdad. Luciana Sánchez ya habló de un cuarto.

Y en mi ciudad, Trelew, también son bajísimos. Porque la mayoría de las mujeres quiere abortar temprano. No quiere alargar esto. Las pocas que pasan algunas semanas más, son en general niñas violadas que no se animan a contar que su padre o padrastro o abuelo, a quien aman, las violó. Y creo que son las que merecen más protección. No andamos sacando fetos vivos y que lloran. No espantemos con engaño. Gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, doctora. Le doy la palabra a Evelyn Rodríguez que tiene una pregunta de la senadora Tapia.

Le pido que sea breve, por favor.

Sra. Rodríguez.- Sí. Cómo no.

La pregunta tiene...

Sra. Presidenta (Durango).- Perdón.

Quiero decirles que les estoy pidiendo que sean breves no para coartarles la exposición, sino porque estamos muy tarde ya.

Le doy la palabra, Evelyn.

Sra. Rodríguez.- La pregunta es: ¿cómo se financia la red de acompañamiento? La red se originó hace dos años, cuando surgió todo el tema del aborto; y en Buenos Aires fuimos invitados a participar de la primera marcha nacional por la vida, donde dimos nuestro testimonio, con Cristian. Luego, en la Cámara de Diputados de la Nación.

La historia de Cristian –como comentaba– se viralizó muchísimo, porque fue tomada por un canal de televisión; y eso creó un montón de conexiones con un montón de instituciones que no nos conocíamos, de todo el país, muchas de ellas que estaban trabajando a favor de la vida hacía muchísimos años, pero como hormiguitas, sin que nadie lo supiera. Eso hizo que nos fuéramos juntando, que nos fuéramos organizando.

Tuvimos la posibilidad de contactarnos –yo, personalmente– con la ministra de Desarrollo Social de ese momento, la doctora Stanley, que me derivó al secretario de Niñez, Adolescencia y Familia, Gabriel Castelli. Con él trabajamos durante nueve meses en un convenio para trabajar juntos, el Estado con toda esta red, que se estaba conformando.

Trabajamos mucho –yo estuve varias veces en su despacho; después, con sus asesores–. En diciembre de 2018 se firmó este convenio, en marzo hicimos la presentación formal en la Cámara de Diputados de la Nación, e inmediatamente, menos de una hora después, comenzó a sonar mi teléfono, justamente con este funcionario diciéndome: Evelyn, ¿sabe qué? Vamos a tener que hacer algo más.

Conclusión, nos presionaron –me presionaron, personalmente–, para que firmáramos un anexo; me dijeron que fuera al otro día a firmar un anexo. ¿En qué consistía? En algo que estaba contra nuestros principios: en que nosotros teníamos

que hablarle a la mujer que llamara al 0800 de su derecho a la ILE. Nunca lo íbamos a hacer, porque la ILE es una palabra mentirosa, porque no existe la interrupción del embarazo –el embarazo o se continúa o se termina– y porque no existe en nuestro país, gracias a Dios, y hasta el momento, el derecho al aborto, sino que el aborto es un delito.

Por lo tanto, no firmamos este anexo extra, y se rescindió automáticamente nuestro convenio; el convenio que ya habían firmado con nosotros. Nos habían dicho que esto era no negociable. Nosotros nos mantuvimos firmes en nuestros principios. Y ya nos habían enviado la mitad de los fondos de este convenio, entonces, así como llegaron, los devolvimos.

Y toda la gente que comenzó a sentirse indignada por esta realidad, se acercó a nosotros y me dijo: Evelyn, nos ponemos la camiseta del 0800; la vamos a sostener entre todos. Y así ha sido en estos veinte meses.

En ese momento éramos 200 instituciones...

Sra. Presidenta (Durango).- Discúlpeme, Evelyn...

Sra. Rodríguez.-... a más de 350.

¿Cómo nos mantenemos? Con donaciones, en forma privada; y esto nos da una autonomía maravillosa, porque nadie nos puede presionar.

Sra. Presidenta (Durango).- Perfecto. Muchas gracias.

Le voy a dar ahora la palabra al senador Mayans; después a la senadora Almirón; y después a la senadora Blas.

Sra. González Bernardi.- Estaba yo. Disculpe, senadora. Estaba yo, que tenía dos preguntitas.

Sra. Presidenta (Durango).- Es verdad, la doctora González Bernardi tenía una respuesta para dar.

Sra. González Bernardi.- Dos preguntitas.

Sra. Presidenta (Durango).- Discúlpeme, por favor.

Sra. González Bernardi.- No, por favor. Muchas gracias.

Rápidamente, para tener como una situación. En Uruguay tenemos 3.200.000 habitantes, de los cuales mujeres que están en edad fértil, 450.000 –muchas, por supuesto, que son estériles o muchas usan métodos anticonceptivos–, de las cuales 38.000 nacimientos han descendido abruptamente en diez años, de los cuales, entonces, se desprende esa cifra que se planteaba en los diversos proyectos de ley de IVE que rondaba entre los 33.000 y los 150.000. Finalmente, de 2012, 2013 a la fecha, en promedio, son 10.000 abortos por año registrados. Esa es una pregunta.

La otra pregunta era: ¿cómo se disminuyó la mortalidad materna? La mortalidad materna ya era baja, notoriamente baja, la cual se disminuyó –como les mostré en los gráficos–, prácticamente a cero, o uno, o dos casos por año. ¿Por qué? Porque se atendieron absolutamente y se mejoró la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, institucionalizando prácticamente el ciento por ciento de los partos. Así pudimos bajarla. Gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muy bien. Muchas gracias.

Creo que me quedan dos preguntas para la doctora De Urza. ¿No es cierto, senadora González? Nancy...

Estás muteada.

Sra. González, Nancy.- Sí, Norma.

Sra. Presidenta (Durango).- Perfecto.

Entonces, le doy la palabra a la doctora De Urza.

Sra. De Urza.- Sí. Fueron varias las preguntas que me hicieron.

Con respecto a la eugenesia, considero que la ley es eugenésica porque no

hay desde el punto de vista médico una explicación de por qué el punto de corte son las 14 semanas. No hay una diferencia entre un feto de 13,6 y uno de 14,1; ninguna diferencia.

Entonces, entiendo que como el punto de corte para realizar este *screening* de trisomías es la semana 13,6, es el punto de corte para hacer aborto voluntario en caso de que el chico tenga síndrome de Down.

Estoy en contra de eso, claramente, porque me parece que es enseñarles a nuestras jóvenes que pueden elegir un hijo a medida: hoy empezamos con un Down y después vemos por dónde seguimos.

¿Por qué no darle marco normativo a la realidad del aborto? Lo que estamos discutiendo es qué soluciones le damos a una mujer desesperada, pobre, humilde, que no tiene manera de sostener a sus hijos, entendiéndolo que...

–Contenido no inteligible.

Sra. De Urraza.–... ¿por qué no les damos otras soluciones? Esa es la pregunta.

Con respecto a reservar las camas para las ILE, y me hablan de la ley, que es de 1991...

–Contenido no inteligible.

Sra. De Urraza.– Hay alguien que no está muteado.

En cuanto a reservar las camas para las ILE, senadora, sinceramente, teniendo una puérpera en camilla, tener que respetar dos camas vacías –dos camas vacías– y dejar una puérpera en camilla, eso va a criterio de cada uno.

Con respecto a la ley, y me dicen mucho de la ley de 1991, yo no soy abogada; yo puedo hablar, simplemente, de lo que sé de Educación Cívica de la secundaria, y yo sé que los poderes están separados; yo sé que las leyes se hacen en el Legislativo y que la ley del aborto no punible está enmarcada en el Código Penal; y que dice que es un delito hacerse el aborto, pero que a la mujer no se la penaliza en determinadas situaciones. Una de ellas es el riesgo de vida que no puede ser evitado por otros medios. Eso dice la ley.

Después, con el protocolo y el fallo "F.A.L." –poder separado, Poder Judicial–, dicen: Las causales: riesgo de salud integral, completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Es decir, cualquier cosa puede habilitar el aborto.

Con respecto a las consejerías, yo creo que –voy a dar un ejemplo claro y fuerte– si una mujer viene y me dice "Yo me quiero suicidar", bajo ningún punto de vista voy a procurarle que el suicidio sea más digno.

Para mí, el aborto en una mujer, mínimamente –como mínimo–, es un suicidio emocional. Pero además es un riesgo para la salud de la mujer. Como médica, hacer un aborto en una mujer sana, con un hijo que está sano, es exterminar a su hijo y poner en riesgo su vida.

Por eso estoy en contra de que las consejerías vayan en dirección a que las mujeres no tengan otras alternativas. La mujer no decide por su cuerpo solo; hay un bebé.

Con respecto a los partos, yo quiero hacer una aclaración importante, porque estuvimos hablando de técnicas para realizar feticidios con cloruro de potasio para que la muerte sea intraútero. No pasa eso en los hospitales públicos. En los hospitales públicos se induce el trabajo de parto, se cruzan los dedos y se espera que ese bebé nazca muerto, producto de la hipoxia y del estrés del trabajo de parto. Por lo general, cuando son muy prematuros mueren en el proceso, pero no siempre sucede eso y es verdad que nacen vivos; y cuando nacen vivos se dejan gaspeando en la bolsa de basura o en la chata. Esto es una realidad de los hospitales. Cualquier ginecólogo que trabaja en un hospital público puede aseverar que lo que

digo es cierto. Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Bien.

Quiero decirles algo: tengo seis pedidos de palabra para hacer preguntas, pero también tengo seis expositores en la lista de espera desde las diez de la mañana; algunos médicos que tienen que volver a sus lugares de trabajo.

¿Qué les parece si, primero, escuchamos a los expositores y, después, hacemos todas las preguntas juntas? Consulto.

¿Senador Mayans?

Sr. Mayans.- No, presidenta. Terminemos este ciclo, cortito, y después seguimos con las...

Sra. Presidenta (Durango).- Sí, pero tengo seis. Bueno, cortito. Estoy de acuerdo.

Por favor, preguntas cortas...

Sr. Mayans.- En primer lugar, un comentario, nada más. Ayer, cuando estuvo hablando uno de los expositores, justamente, le había preguntado si esta ley no tendería hacia la eugenesia. Y él entendió eutanasia, por eso me dijo que debía tener un permiso, un acuerdo del bebé. O sea, entendió mal. Nada más que no quise volver a intervenir. Le dije sobre la eugenesia.

Con respecto a la legislación de Uruguay, esta pregunta es para la doctora González Bernardi, que hizo su exposición sobre cinco puntos. Dice que la legalización del aborto en Uruguay, primero, no disminuye la mortandad materna; segundo, no disminuye la cantidad de abortos; tercero, no elimina la clandestinidad; cuarto, discrimina a los objetores de conciencia –esa es la experiencia que tiene Uruguay– y, quinto, el IVE como urgencia sanitaria.

Acá en la Argentina es la causal de muerte número 74. ¿Verdad? Entonces, el Estado prioriza, como urgencia sanitaria, el IVE, teniendo en cuenta la emergencia y teniendo en cuenta otras prioridades como ser la lucha contra el cáncer, enfermedades que son coronarias, hipertensión, diabetes, diálisis.

Entonces, ¿cómo afectó esta decisión de que sea urgencia sanitaria, con respecto a las otras prestaciones, con respecto a las otras prácticas que son verdaderamente urgencias, teniendo en cuenta el nivel que tenemos de urgencia o, por ejemplo, de la muerte que, en este caso es la causal número 74? Esa es mi pregunta.

Sra. González Bernardi.- Rápidamente...

Sra. Presidenta (Durango).- No, perdón.

Le vamos a dar la palabra a la senadora Almirón.

Sra. Almirón.- Gracias, presidenta. Quiero felicitar a cada una de las expositoras; me alegra que sean mujeres debatiendo sobre los derechos de las mujeres.

La verdad es que quiero preguntarle a la doctora Mariana Romero, entiendo que en parte de su alocución también ha mencionado la experiencia de Uruguay; y a diferencia de lo que menciona la doctora González Bernardi, que también entiendo que son datos no oficiales, puesto que ella lo ha mencionado recién en su alocución, que nos profundice la doctora Mariana este impacto que tuvo la interrupción voluntaria del embarazo y su implementación espejo para dar seguridad en la Argentina y para la reducción de la mortalidad materna.

Y, como segunda pregunta, me gustaría preguntarle, como médica, el rol que tienen los equipos de salud, los equipos sanitarios, el rol empático y activo que deben tener para garantizar la aplicación de este derecho. Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias.

Tiene la palabra la senadora Blas.

Sra. Blas.- Gracias, presidenta.

Buenos días a todos y a todas; muchas gracias a quienes hoy nos acompañan aquí, tratando de despejar nuestras dudas.

La verdad es que, en primer lugar, quiero excusarme, porque entré un ratito después a esta reunión y no retuve el nombre de la panelista o disertante que realizó una ponencia referida a estadísticas.

Quería preguntarle, porque no me quedó claro, o reafirmar el concepto, si esas estadísticas se basan en casos que ingresan a los nosocomios de salud o si fueron tomados de artículos de prensa; creo haber entendido algo así.

Y si puede, discriminarlos y contarnos: ¿a qué pertenecen? ¿Qué alcance tienen? ¿A qué ciudades, a qué provincias? Yo tengo, la verdad, que una gran preocupación con el tema del número de casos, porque creo que en el tema del requerimiento del aborto y la muerte por abortos –aunque soy consciente de que la muerte de una única mujer, así fuese una sola, como consecuencia de un aborto inseguro, es realmente lamentable y doloroso– veo que existe una gran disparidad.

Y yo quiero que alguien me cuente: ¿cuáles son las estadísticas provincia por provincia? Y, ¿cuáles son las fuentes? Yo cuento con las propias fuentes de mi provincia. Gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senadora Blas. Le doy la palabra a la senadora Giacoppo.

Sra. Giacoppo.- Gracias, señora presidenta.

En el mismo sentido, quiero pedir disculpas, porque ingresé tarde. Pero no quería dejar de preguntarle a la doctora Mariel González, de Uruguay, si puede compartir con nosotros, las experiencias de haber bajado a casi una mortalidad cero y cómo han crecido las estadísticas de los abortos, más allá de haber disminuido. O sea que, se me fue la idea en su exposición. Quería pedirle, si puede en un breve lapso explicarme eso.

Y, a la doctora Estela Manzano, si ella puede constatar el hecho de que cuando se produce un aborto después del segundo trimestre, el niño o la persona por nacer –como abogada sería la expresión concreta– no sigue latiendo en una chata de un hospital. Porque lo que uno ve o lo que uno lee, no creo que sea algo inventado, sino que hay constataciones y hay testimonios de ello. Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias.

Senador Mera, tiene la palabra. Le voy a dar la palabra a todos, para que después se les conteste a todos juntos.

Senador Mera.

Sr. Mera.- Gracias, senadora.

Primero, sobre la consejería, la verdad ha ido tomando una dinámica extraordinaria. Ayer apareció una nueva forma de consejería, alguien que decía que estaba a favor de esta ley, que busque dos sacerdotes que lo acompañen para votar para animarse a votar en contra. Así que van teniendo un dinámica realmente muy particular.

Pero la doctora Manzano creo que aclaró que es mentira que lloran los embriones, los fetos, a las 14 semanas porque los matan por asfixia. Que no lloran, algo así escuché.

Le quería preguntar a la doctora María De Urraza, que veo que está en la atención permanente en un hospital, en la trinchera: cuando se produce un aborto, a las 14 semanas, ¿qué sale del vientre de la persona gestante? ¿Cómo lo podría describir? ¿Qué es lo que sale y qué es lo que se hace son eso?

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senador.

Le doy la palabra al senador Matías Rodríguez y luego a la senadora Sacnun, ya para cerrar.

Sr. Rodríguez.- Gracias, presidenta.

Presidenta: en realidad quería dirigirme a usted, de manera hiperrespetuosa. Primero, para felicitarla por cómo está llevando usted el debate adelante. Pero quiero volver a resaltar que intentemos mantenerlo dentro de parámetros de discusión y respeto.

Recién, una de las expositoras, durante toda su exposición, habló de la persona gestante como madre, cuando: no hay niño y no hay madre; y es una cuestión que habíamos saldado.

También apeló a cuestiones netamente emocionales, llegó a decir que la persona gestante que decidía interrumpir el proceso de embarazo era una madre que generaba –cito lo que dijo– un “suicidio emocional”. Además, insistía en hablar de bebé, cuando sabemos que es todo un proceso de cigoto, embrión y, luego, pasa a la estación fetal.

Entonces, apelar a este tipo de palabras como “suicidio emocional” en una exposición donde está escuchando todo el país, no creo que sume al debate.

Simplemente eso, presidenta. Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senador.

Ahora sí, para terminar, la senadora Sacnun.

Sra. Sacnun.- Gracias, presidenta.

Esta es una pregunta para la doctora Stella Manzano.

Me pareció muy interesante el abordaje de la doctora en cuanto a que negar abortos por causales, estamos hablando de las causales establecidas oportunamente en el Código Penal, ya en el año 1921, es tortura. Y me gustaría preguntarle para que ella pueda ampliar esta cuestión, pero también con la perspectiva de niñas con embarazos a las que se les ha privado, a las que se les ha negado –en la gran mayoría son víctimas de abuso sexual, claramente– la práctica. ¿Cómo influye esto en una niña tanto desde el punto de vista emocional –diría yo– como de su salud integral?

Y también quiero preguntarle, ya que están apelando a algunas cuestiones emocionales, como decía recién el senador Matías Rodríguez, cómo es la agonía de una mujer que se practica un aborto en la clandestinidad y que muere a raíz de ese aborto mal practicado. Porque me parece que nos estamos olvidando de lo significativo, de lo impactante que es.

He tenido la oportunidad de hablar con médicas y con médicos que me cuentan en qué estado reciben a las mujeres que se han practicado un aborto en la clandestinidad, a través de métodos que no solamente ponen en riesgo sus vidas sino también su salud sexual y reproductiva para el resto de sus vidas, en caso de que no mueran a causa de ese aborto mal practicado. Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senadora.

Vamos a empezar por dar la palabra a la doctora González Bernardi, que tiene una pregunta del senador Mayans y otra de la senadora Giacoppo.

Sra. González Bernardi.- Muchas gracias.

Con relación a la pregunta que me hizo la senadora, decía en la exposición, respecto de la mortalidad materna por IVE, que en los 4 años previos a su legalización en 2012 fue cero. Y 20 años antes eran cifras menores de 20 en cuanto a mortalidad materna global. En lo que es mortalidad materna por aborto, era siempre menos de 10. El año que hubo un pico fue 2001, postcrisis social y económica en nuestro país; y fue un poco superior.

Pero luego descendió y prácticamente ahora hay una o dos muertes maternas por IVE también postlegalización, porque son mujeres que están por fuera del sistema sanitario; en general, más allá de los plazos de las 12 semanas.

¿Cómo es que disminuimos la mortalidad materna globalmente? Con atención, con asistencia, con un sistema de salud robusto y universal que llega a todo el país.

Esa es una. La otra... Discúlpeme, se me pasó. No me acuerdo de la otra.

Sr. Mayans.- La otra la había hecho yo, doctora.

Sra. Presidenta (Durango).- El senador Mayans.

Sr. Mayans.- Era por el tema de que la IVE está declarada como emergencia sanitaria. Teniendo en cuenta que es la causal de muerte número 74 en el país, ¿cómo impactó en la emergencia, considerando el cáncer y otras enfermedades? ¿Cómo afectó a la prestación?

Sra. González Bernardi.- Gracias, porque medio que me confundí.

Le cuento. Lo que planteé en la exposición es por un tema de inequidad. No digo de ninguna manera que no se asista. Por supuesto que sí. Pero en la ley misma y en su reglamentación la interrupción voluntaria del embarazo no es considerada una urgencia. Y sin embargo, luego, en la reglamentación y en los hechos, ocurre que sí.

Entonces, por atender muchas veces IVE –muchísimo más–, uno ve esa inequidad que tiene, por ejemplo, solicitar una ecografía para una mujer que está cursando un embarazo, etcétera. Y no tiene hasta dentro de dos meses. Y sin embargo, es considerada una urgencia sin serlo, es decir, sin que esté escrito, sin que esté reglamentado, sin que las prioridades nos lo digan. Yo lo encuentro como una inequidad. Por eso lo manifiesto.

Y permítame, señora presidenta, decir una cosita nada más que me quedó. En Uruguay, donde tenemos todo registrado, el 95 por ciento de los fetos con diagnóstico de trisomía 21 son abortados. Lo digo por lo que ustedes comentaban sobre la eugenesia. Es el 95 por ciento. Y siempre decimos que los que nacen –son cada vez menos los portadores de síndrome de Down– es porque no tienen diagnóstico prenatal, o porque solamente de un 2 a un 3 por ciento de los que tienen diagnóstico prenatal, sus padres deciden que nazca. Esas son cifras oficiales ciento por ciento.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora.

Sra. González Bernardi.- Con mucho gusto.

Sra. Presidenta (Durango).- Vamos a dar la palabra ahora a la doctora Mariana Romero, que tiene preguntas de la senadora Almirón y de la senadora Blas.

Sra. Romero.- Muchísimas gracias. Trataré de ser breve.

Me gustaría responder a las preguntas de la senadora Almirón respecto de Uruguay. No quiero entrar en una controversia con la doctora González Bernardi. Sin embargo, les pediría que por favor escuchen la presentación que hizo el doctor Leonel Briozzo tanto en la Cámara de Diputados como en la Cámara de Senadores en 2018.

El doctor Briozzo es –para no faltar a la verdad– médico ginecólogo, profesor de Clínica Ginecotológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Es jefe de la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en Montevideo, e integrante del Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de la FIGO. Y fue viceministro de Salud del Uruguay.

Durante su gestión se inició la implementación de los servicios de ILE. Y lo que él en su presentación mostró –creo que lo pudo hacer muy cabalmente– es que

las políticas implementadas disminuyeron la mortalidad, la morbilidad materna – estoy citando lo que él dijo– y los casos que llamamos *near miss*, que son, en la jerga –disculpen la terminología–, casi muertas. Son mujeres que estaban al borde de la muerte y se lograron salvar.

Disminuyeron la mortalidad infantil y la prevalencia de los abortos. Disminuyeron los embarazos no planificados y el estigma social de un tema tabú que podría afectar a cualquier mujer, como lo hemos visto aquí.

También ha mejorado la formación profesional y no ha tenido un mayor efecto en la tasa de fecundidad.

Estas afirmaciones las hizo el doctor Briozzo; y sobre todo hizo énfasis en que el descenso de la mortalidad materna que se vio en Uruguay previo a la sanción de la ley respondió, en gran parte, a lo que se llamaron medidas sanitarias para la prevención de los abortos en condiciones de riesgo.

¿Qué se hizo? Lo que este país empezó a implementar de forma más activa son las consejerías pre y postaborto. La obligación que tenemos los profesionales de la Salud de dar información precisa, veraz, adecuada y oportuna a toda mujer que manifieste que va a interrumpir su embarazo en condiciones de riesgo.

Entonces, me parece que no mencionar ese descenso de la mortalidad materna y de la mortalidad materna por aborto en el Uruguay, atado a una política pública, no sería tener el escenario completo y preciso respecto de lo que ocurrió.

La senadora Almirón también me preguntó acerca del rol de los profesionales. Y aquí me gustaría llamar a que cada uno de ustedes se posicione en los momentos en los que va a una consulta médica con su profesional. ¿A ustedes les parece, o tenemos tan poca consideración respecto del profesional que tenemos enfrente, que faltamos a la verdad, que obligamos a las mujeres a abortar?

Las consejerías son espacios de consulta, de opciones. Nadie obliga a nadie. No estamos diciendo que una mujer aborte. No estamos obligando a continuar con un embarazo. Estamos ofreciendo información de calidad.

Lo que nos dice el protocolo es que nuestro deber es el de transparencia activa. ¿Qué significa? Dar información adecuada –no inundar de información–, precisa y oportuna a una mujer sin que ella lo solicite. ¿Por qué? Porque muchas veces –y por favor, pensemos en las situaciones en las que transcurren las consultas médicas– hay situaciones donde nos sentimos intimidadas frente al profesional, o no tenemos la seguridad de qué preguntas tenemos que hacer. Y como profesionales de la salud, trabajamos en esa comunicación adecuada.

Entonces, les pido, por favor, que no menosprecien el sentido de profesionalismo y de ética médica que guían cada una de las prácticas que llevamos adelante.

La senadora Blas, muy brevemente, preguntó de dónde había citado las estadísticas. Mi trabajo habitual es en la investigación. Uso fuente que están todas validadas. ¿Qué significa esto? O vienen de fuentes oficiales, producidas por Ministerios de Salud, o por artículos que son publicados en revistas científicas, que tienen revisión de comités de pares. No es que yo puedo escribir un artículo y rápidamente se publica. Eso pasa no solo por el editor de las revistas científicas, sino también por un comité de pares.

Y, en particular, cuando me refiero a estadísticas de la Argentina, la Argentina tiene muy buenas estadísticas en Salud. Son estadísticas que se recogen a través de dos vías, básicamente. Una es la de los certificados de nacimiento y defunción. El Registro Civil remite una parte del certificado a Salud, donde se procesan nacimientos y muertes de acuerdo con una serie de categorías. Y la otra vía es la de

los egresos y consultas de lo que se llaman efectores públicos u oficiales, que procesan una serie de indicadores que tienen que ver con el desempeño, entre esos, los diagnósticos de egresos.

No tengo ningún inconveniente en remitirle a la senadora Blas la información. No es que la haya procesado yo, sino que fue solicitada oportunamente al Ministerio de Salud. Con mucho gusto, la podemos compartir.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias.

Le voy a dar la palabra a la doctora Manzano, que tiene dos preguntas de las senadoras Giacoppo y Sacnun.

Sra. Manzano.- Respecto de la primera pregunta que era sobre si los fetos del tercer trimestre lloran, no lo sé. Nunca hemos hecho abortos de tercer trimestre. Hacemos partos y mandamos a la incubadora, porque respetamos este derecho progresivo a la vida.

Quiero contestarle al senador Mayans, aunque le preguntó a otra doctora que no contestó, si los fetos de 14 semanas lloran; a partir de las 13 semanas, los abortos los hacemos internados y con pastillas. Los fetos de 13 semanas todos pesan 30 gramos. Los pesamos en un hospital público, médico y enfermera. A las 14 semanas, todos pesan 50 gramos. No tienen los pulmones formados. Todos salen muertos. Y ninguno, ninguno, ninguno llora.

Algo que dijo la doctora González Bernardi creo que es muy útil para ustedes de por qué mantener las causales. Dijo que, en Uruguay, solo han muerto un par de mujeres por aborto, porque tenían más de 12 semanas y ya no quedaron comprendidas en la ley de aborto voluntario.

Y sí, aunque son muy pocas, aunque son un 10 por ciento del total, esas que abortan después de las 13 semanas, son las más vulnerables. ¿Deberían morir porque llegaron a las 13 o 14 semanas? Creo que no. En general, son niñas. Son las que tuvieron menos acceso, las que estaban en lugares llenos de objetores.

A la senadora Sacnun, quiero agradecerle su pregunta porque me parece muy hermosa. Lo que dije fue a partir de un informe del relator especial contra la tortura, Juan Méndez, el 5 de enero de 2016. Se puede leer en Internet.

Él habla de tortura en ambientes sanitarios y habla de tortura hacia toda la comunidad de LGBTQI, porque no está muy de acuerdo con normas sociales ya establecidas; y hacia mujeres y niñas cuando quieren correrse del paradigma de la maternidad obligatoria. Entonces, contó que se tortura de muchas maneras. A veces, para obtener una confesión; a veces, negando anestesia. Y lo vi.

Yo tenía un promedio de más de 9 en la Universidad de Córdoba. Gané un concurso para la Residencia de Tocoginecología en Córdoba y no la hice porque ahí se torturaba. Vi legar a una mujer sin anestesia. Cuando le pregunté a la residente por qué lo hizo, me dijo que eran órdenes del director, porque si no todas iban a ir a que se les completara el trabajo.

Yo no pude terminar de ver ese legrado. Casi me desmayo. Alcancé a salir y quedé tirada afuera del quirófano. Era el año 1983; tenía 22 años y todavía no había terminado la dictadura. Y cuando ella me contestó tan tranquila que era por órdenes del director, yo le contesté: Pero, eso es tortura. Y era apenas una joven de 23 años...

–Contenido no inteligible.

Sra. Presidenta (Durango).- Doctora Manzano, la perdimos.

Sra. Manzano.- Pensé que se había cortado.

Le contaba que me di cuenta de que eso era tortura. A parte, ella explicó los motivos: castigo, que le duela, y disciplinamiento a las demás, para que no vengan a que terminemos el trabajo.

El relator especial contra la tortura explicó muy bien que forzar a parir cuando el embarazo es producto de violación es tortura. Y cuando, además, piden que nos quedemos con el hijo, que lo amemos o que lo demos en adopción y nos olvidemos... Somos primates evolucionados. Miren cuando a una gorila se le arrebatara un bebé, cómo sufre la gorila. Somos mucho más que gorilas.

Además, cuando se hacen cesáreas para sacar un feto vivo, como vimos ocurrir en estos dos años en que no se legalizó el aborto, desgraciadamente, hubo niñas violadas –sin lugar a duda, porque tenían 11 y 12 años– a quienes maduraron el pulmón fetal dos días para garantizarle la sobrevivencia, demoraron hasta las 24 semanas, le hicieron una incisión de diez centímetros que puede afectar su fertilidad futura, sin importarles el trauma que estas niñas... Conocí a la niña de Jujuy y me contó que el día de la Pachamama lleva ofrendas para su hijito muerto. Ella nunca debió ser madre ni obligada a estar llorando un hijo muerto.

Sra. Presidenta (Durango).- Doctora, vaya terminando, por favor.

Sra. Manzano.- Entonces, termino. Para la senadora Sacnun que me pregunta por qué lo digo o experiencias personales: son estas. Después de ver morir a mujeres con cánceres porque se les negó un aborto que les habría salvado la vida. Una fue por un cáncer de cuello uterino, acá en Trelew: estadio 1 y 90 por ciento de posibilidades de sobrevivencia, madre de seis hijos. Se le negó el aborto y a los cuatro meses del parto, estaba muerta. Seis hijos huérfanos. Tres de ellos los fui a ver como médica legista, porque el padrastro los violó.

De esas historias también tenemos que hablar. Ese es nuestro dolor y sufrimiento. Mujeres que quedan un mes y medio en hemodiálisis. Son cosas que en la Argentina no queremos ver más.

Les ruego a todos los senadores que voten también mirando al prójimo, no solo a su religión. Y les agradezco, nuevamente, esta oportunidad.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, doctora.

Por último, le voy a dar la palabra a la doctora De Urreza, para comenzar con la segunda ronda de expositores. Les hemos dicho que a la una íbamos a terminar y están esperando desde las diez.

Así que, doctora De Urreza si sintéticamente puede contestar la pregunta del senador Mera.

Sra. De Urreza.- Sí, creo que el senador confundió la edad gestacional. Yo hablo de que un bebé llora cuando está de 24 semanas. Un bebé de 14 semanas está totalmente formado, claramente, porque terminó su período embriológico. Es un feto que está todo formado y por supuesto que nace muerto. Un bebé de 24 semanas, no.

Estoy hablando de que a mí me llaman jefes de servicios de otros hospitales y me dicen: "Contá que sacamos un 24 semanas vivo". Imagínense lo amedrentados que están los jefes de servicios de distintos hospitales que me dicen: "No digas que es mi hospital, contalo".

Un feto de 24 semanas, efectivamente... Se han sacado fetos de 24 semanas y esos fetos de 24 semanas, si nacen vivos, pueden llorar. Eso es así.

Un feto de 14 semanas, no, no llora.

Con respecto al término "bebé", yo no quiero ofender con esta palabra a nadie. Disculpe, senador, pero estoy usando un lenguaje coloquial porque entiendo que acá no todos son médicos. Hasta las nueve semanas, es un embrión. A partir

de las nueve semanas, es un feto que está formado y le resta crecer y madurar. A las catorce semanas –lo que está demarcado en esta ley– el feto ya está todo formado.

El término "bebé" es un término coloquial que no pretende ofender a nadie. Disculpen si los ofendí, pero es un término que me dicen, por ejemplo, las pacientes cuando van a atenderse al consultorio. Ellas no me hablan de su feto que se va a llamar Juan; me hablan de su "bebé". De la misma manera que cuando voy a la verdulería, no pido un óvulo de gallina: pido un huevo.

Sr. Rodríguez.- Presidenta...

Sra. De Urraza.- Por lo tanto, es un término muy coloquial –con todo respeto lo digo–, pero no es para ofender a nadie.

Sr. Rodríguez.- Tengo una pregunta para la oradora. Yo me dirigía a usted, presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Por favor, por favor. Vamos a seguir con los expositores, que me están diciendo que tienen que irse. Discúlpeme, senador Rodríguez.

Le vamos a dar la palabra ahora a la doctora Analía Messina, médica toco ginecóloga, jefa del Servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez, consultora de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación.

Analía, le damos la palabra.

Sra. Messina.- Muchísimas gracias.

Es un honor para mí es para acá. También soy integrante de REDAAS, la Red de Acceso al Aborto Seguro. Muchas gracias por esta oportunidad.

Hace treinta y dos años que acompaño procesos reproductivos. Escucho e intervengo buscando garantizar el acceso a la salud de las mujeres y de las personas gestantes; garantizar el derecho a sus derechos reproductivos, comprendido dentro del marco de los derechos humanos.

Soy médica egresada de la UBA, residente del sistema público de Salud, de donde nunca deserté. Cuando ingresé, nunca me explicaron el sentimiento de crueldad feroz, la brutalidad con la que los integrantes del servicio de Salud somos atravesados por un drama, como es el de ver a una persona morir por embarazo forzado. La negación del aborto es eso: un embarazo forzado.

No se puede ser liviano con el tema ni reducirlo a un número, o a una razón estadística, cuando una persona es sometida en razón de su edad, su sexo, o la localidad en la que vive, a prácticas inseguras que la conducen a la muerte o a severas discapacidades, porque –cabe recordar aquí– por cada mujer fallecida, existe una proporción mucho mayor de mujeres que padecen complicaciones que ponen en riesgo su vida.

Las estimaciones calculan que por cada muerte hay entre treinta y cien casos de morbilidad severa. También podemos aportar otro dato escalofriante: cuando una mujer fallece, quienes más sufren son sus niños. Sus hijos sobrevivientes tienen tres a diez veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes a la muerte de su madre. Asimismo, estos niños tienen menos probabilidades de acceder a la salud y a la educación durante su desarrollo.

Hace un año, el 12 de diciembre de 2019, tuve el enorme honor de ser invitada a un evento inédito hasta ese momento: el de acompañar al ministro de Salud, el doctor Ginés González García, en el anuncio de aprobar, por primera vez, la resolución que respalda el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. La Resolución 1/ 2019.

Este protocolo, que acompañé en su formato de resolución ministerial, ordena las ideas. Está basado en los estándares internacionales de derechos humanos y recomienda prácticas seguras basadas en las mejores evidencias científicas; y también se ocupa de la anticoncepción inmediata, post evento obstétrico, para evitar la repitencia del aborto. Brinda herramientas para los equipos de salud como garantes del derecho de salud, incluyendo todos los parámetros establecidos en el fallo "F.A.L." de la Corte Suprema de Justicia.

Sin embargo, en la práctica, adolece de algunas dificultades. Para empezar a describirlas, quisiera enumerar algunas de las complejidades en las que nos vemos involucrados los equipos de salud en el marco de una regulación respectiva del aborto. Me refiero a cuando la práctica está acotada, exclusivamente, a los permisos excepcionales.

A las médicas y a los médicos se nos confiere el doble rol de intérpretes y certificadores, además de ser quienes los llevan adelante en la práctica. De la misma manera que no queremos revictimizar a las mujeres, cuya capacidad de argumentación frente al equipo de salud determina o no su acceso a la interrupción legal, tampoco es deseable ni posible estigmatizar a los equipos que la garantizan.

Así, como un espejo, pedimos escucha activa, pero luego se desconfiaba. Se desconfiaba de los equipos que acceden a la solicitud, como ya ocurrió con el caso de la doctora Ousett y el doctor Gigena en caso "Lucía", en Tucumán; y se desconfiaba de la capacidad de las mujeres para decidir.

Es necesario, una vez más, invocar el principio de autonomía, que consiste en respetar los valores y las opciones de cada persona en aquellas decisiones básicas que le importan.

El desafío para quienes tenemos a cargo la atención es brindar información simple, clara, comprensible y verdadera, que contribuya a fortalecer las capacidades de las personas para tomar decisiones libres, informadas y alineadas con sus propias convicciones.

Así, omitir las necesidades de salud específicas de las mujeres, de las niñas y de las personas con capacidad de gestar, las margina aún más en las decisiones que les atañen y que definen su presente y su futuro.

Romantizar la maternidad forzada en niñas y adolescentes no es más que subestimar el abuso sexual y relativizar el daño a la salud mental, emocional y física que produce la superposición de maltratos sobre los cuerpos de estas niñas y adolescentes cuando se les niega el derecho.

No es lo mismo decidir que pedir o rogar que te concedan una práctica que es tan válida como otras y que, por lo tanto, debe ser garantizada con respeto y atención adecuada por el Estado, a través del sistema de Salud. No es lo mismo que el aborto esté ligado a la salud de una persona o que lo solicite y condicione su muerte.

El estigma lo estudian mucho mejor los científicos sociales, aunque lo padecemos por igual mujeres y equipos; y opera en forma clave. Nadie en su sano juicio quiere cargar con etiquetas. ¿Quién quiere ser llamado abortista, abortadora, asesino? ¿Quién acepta esa etiqueta? No es lo mismo que la percepción sobre el aborto sea la de una práctica legítima y legal, como otras en el imaginario colectivo, que las puede inscribir en el marco del derecho a la salud, a que continúe alimentando ese estigma para quienes lo solicitan y de quienes lo realizan en el sistema de Salud, protegiendo, entonces, un mercado clandestino que solo y usualmente enriquece a quienes se oponen enérgicamente a la legalización.

Esto es clave para las personas y para los equipos porque, como bien lo han anunciado el doctor Daniel Teppaz en una nota que se difundió hace muy poco por los medios. Dijo: "Replantearme el aborto a costa del sufrimiento de las mujeres es para mí vergonzoso". Hago más sus palabras; y mi homenaje a sus palabras y a su compromiso.

Por último, a toda lucha parece que le hace falta sus mártires. Ojalá algún día esto no sea necesario. Pero si quisiera pensar en invocar un nombre y un apellido, para no seguir engrosando la lista de NN, empezaría por convocar aquí la memoria de Ana María Acevedo. Ella fue mamá adolescente, le diagnosticaron un cáncer y estaba embarazada. Sufrió dolores físicos indescriptibles. Le pedían que aguante en nombre de un embarazo que no buscó; solo le sucedió como una consecuencia más de la falta de acceso oportuno a la ESI y a los métodos anticonceptivos. Solicitó la ILE y se la negaron. También le negaron un tratamiento paliativo. Murieron ambos.

Entonces, por Ana María, por sus hijos, por todos los estudios científicos que conocemos, y los que vendrán, que nos explican que solo por ser portadoras de un mandato biológico se nos somete a riesgos y padecimientos sin oportunidad de elegir; por cada muerta; por cada persona con derecho a pensar y a resignificar su propia existencia; por comprensión histórica y por decisión política, esta es la oportunidad del cambio, de la transformación profunda. Que sea ley.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora Messina.

Le vamos a dar la palabra, ahora, al doctor Gabriel Flores Ciani, que es médico terapeuta de CABA, especialista en Bioética, especialista en neurociencias aplicadas a la psicoterapia. Teólogo, pastor evangélico.

Tiene la palabra, doctor Ciani.

Sr. Flores Ciani.- Muchas gracias, señora presidenta.

Yo quiero referirme desde el punto de vista de la neurociencia, que es la ciencia que estudia el desarrollo de la mente humana.

Todos conocemos que cuando se une el espermatozoide con el óvulo, en ese momento se produce la vida y se forma una nueva célula, que se denomina cigoto. Inmediatamente, cuando el cigoto se forma, envía señales al cerebro de la mamá. E, inclusive, el cerebro de la mamá –sus neuronas– registra que hay una nueva vida, produciéndose un entrelazamiento entre la madre y el embrión. Quiere decir que esa mamá va a llevar por toda su vida la sensación, el recuerdo, de que existió esa vida por nacer en su vientre. Esto es muy importante.

El cerebro humano, la mente humana –hablamos de neurodesarrollo–, es un proceso en el cual la mente se va a armando. La mente humana de la mamá, el sistema biológico de la mamá, la genética de la mamá, está preparada para ser una persona gestante. Es decir, la evolución biológica ha preparado...

–Contenido no inteligible.

Sr. Flores Ciani.- Hay cambios neurofisiológicos en el cerebro de la mamá que la hacen y la preparan para ese desarrollo de su gestación.

Otra cuestión interesante que aquí se ha mencionado es si el niño llora – perdón, les hablo coloquialmente también–, si el niño gestante –no sé cómo le dicen– llora o no. Lo que sabemos hoy en día es que el embrión tiene ya neuronas en la quinta semana del embarazo. Quiere decir que hay sistema nervioso central. Esto significa que el embrión puede y guarda sensaciones, no emociones. El embrión no guarda emociones, porque recién el cerebro humano puede sintetizar emociones tres semanas después de haber nacido. Por eso se habla de un tiempo en el que el bebé llora, y en las 24 semanas llora. Porque, justamente, hay sensaciones que está elaborando el bebé.

Otra cuestión más. No hay una diferencia –desde la neurociencia–, en cuanto a la estructura síquica de una mujer, entre un aborto legal y un aborto ilegal. Las consecuencias a nivel psicológico y de la estructuración de la psiquis de la mujer se va a ver dañada de la misma manera. No es solamente la consecuencia de una muerte clandestina, porque también puede ser una muerte en un hospital público. Es prácticamente la misma situación. No cambia demasiado, no cambia esto. Pero lo único que tenemos que tener en cuenta, más allá del lugar donde se practica el aborto, es que la mujer va a tener, sustentar, daños profundos emocionales. ¿Por qué? Porque el cerebro está preparado para aceptar la maternidad.

Una cuestión con respecto a las niñas y adolescentes –se ha mencionado aquí– que van a buscar el aborto. Es lo mismo: el neurodesarrollo de un niño, de un púber, de una púber, no está preparado, el cerebro de una púber no está preparado para tomar una decisión de la magnitud de abortar. No está preparada; no hay cerebro en la púber, en la adolescente, fundamentalmente. Entonces, es empujada por el entorno. Esto queda clarísimo, porque no hay capacidad de elaboración a esa altura de la vida. El lóbulo frontal, que es el lóbulo encargado de la razón, del pensamiento, de la moral no está mielinizado, no está completamente armado. Entonces, un púber, un adolescente está apenas conectado neuronalmente en su sistema emocional. De tal manera, entonces, que una púber, una joven, no está preparada, no tiene la capacidad para tomar esa decisión.

Y por una cuestión muy importante. Muchas veces se dice que cuando nace el recién nacido, la mamá va a quedar esclavizada, va a quedar torturada por haber dado a luz a ese niño. De ninguna manera. En el momento en que se pone al recién nacido en el regazo de la mamá, cuando la mamá huele su cabecita, a través de las feromonas –que registra la mamá por el olfato– se produce una liberación de oxitocina –un neurotransmisor del cerebro de la mamá– que prepara a la mamá para amar a su recién nacido.

Es decir que, biológicamente, más allá de que tuvo una violación, de que fue un embarazo no deseado, la psiquis de la mamá, el cerebro de la mamá, está preparado para amar a su hijo, para querer. Y esto es biológico; esto es totalmente biológico.

Obviamente, si llega a sobrevivir el que intentaron abortar, va a tener daños psicológicos profundos que lo pueden llegar el día de mañana a convertir en un adicto, en una persona con distintos problemas psicológicos y psiquiátricos. Esto yo lo veo en la práctica médica permanente.

Quisiera simplemente terminar con esto. El cerebro está “cableado” para creer en Dios. No se puede matar a Dios, no se puede hacer la dicotomía de ciencia y fe. No se puede hacer la dicotomía de que Dios entra, en un aspecto, en la conciencia del hombre, en la política, en el comercio o en la religión. La mente humana, el cerebro humano, desde los orígenes de la evolución –desde que es homínida–, ha sido un ser espiritual.

Por eso, esta dimensión espiritual existe en la mamá, en la persona gestante, desde el momento en que registra en su cerebro que hay un nuevo ser en su vientre. Pero también registra en las profundidades de la espiritualidad de ella misma. No lo podemos negar: la neurociencia claramente afirma que hay una dimensión espiritual. Y esto no es religión de ninguna manera. Entonces, hay un entrelazamiento emocional entre la persona gestante y el recién nacido.

Simplemente, termino con esto: hay un salmo precioso en el Antiguo Testamento que lo escribió el rey David, que dice: Mi embrión vieron tus ojos. En el vientre de mi madre fui formado. Un libro de sabiduría de la Biblia, un libro tan lleno

de secretos espirituales, ya nos habla de una dimensión espiritual dentro del vientre de la mamá. Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctor.

Le damos la palabra ahora a la licenciada Noelia Vega Ruiz-Herrera: secretaria de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género de España; licenciada en Periodismo por la Universidad Complutense de Madrid; máster en Periodismo de la Agencia EFE.

Sra. Vera Ruiz-Herrera.- Hola, qué tal. Buenos días.

Señoras senadoras y señores senadores: les hablo en calidad de secretaria de Estado de Igualdad del Gobierno de mi país, pero también lo voy a hacer como feminista y como madre. Por tanto, irremediamente, como firme defensora de la vida y de la libertad a la que aspiramos las mujeres para poder decidir sobre nuestros propios cuerpos y sobre nuestras propias vidas.

Quería empezar sumándome hoy con esta intervención, humildemente, pero sumándome con convicción a todas esas verdes voces, y moradas aquí también. Pero, sobre todo, a las verdes que están en todos los rincones de la Argentina reivindicando ese derecho a decidir sobre sus cuerpos, reivindicando una maternidad libremente decidida y, sobre todo, una vida sexual plena y también libre.

Yo creo que esto, bajo mi punto de vista, no es un debate solo o exclusivo sobre si se deben o no interrumpir los embarazos o cómo debe llevarse a cabo esta práctica –obviamente también–, sino que es un debate sobre los derechos humanos y sobre los derechos de las mujeres, sobre cuáles son las mejores políticas públicas que pueden blindar esos derechos. Y la legalización del aborto es una cuestión de ciudadanía, es la puerta a otra serie de elementos que son indispensables para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, que es una tarea central de cualquier feminista, pero diría que también de cualquier demócrata y defensor de los derechos humanos.

Yo creo que como feministas aspiramos a que todas las mujeres tengan derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, a hacer todo lo posible por mejorar la salud sexual de toda la ciudadanía, garantizando el mejor acceso posible a la anticoncepción, a las formas más novedosas y efectivas de la anticoncepción, por supuesto. Así como también a una educación sexual que sea de calidad, que sea efectiva, que se convierta, en definitiva y de una vez por todas, en la mejor herramienta para la igualdad entre hombres y mujeres, en la mejor vacuna contra todos los tipos de violencia machista. Tendríamos que plantearnos también qué son violencias machistas cuando estamos hablando de esto y dando este debate.

Nuestros cuerpos son nuestros y nosotras decidimos.

Hoy, señorías, quería animarlos a decidirse por la igualdad, por la libertad, pero, sobre todo, por la vida. Y lo digo claramente en defensa de la vida, y haciendo memoria por todas aquellas mujeres que han perdido su vida por abortar en la clandestinidad. Creo que hay que decirlo abiertamente: cuando hablamos de esto, también estamos defendiendo, evidentemente, la vida.

Para acompañarlos en este debate –que sé que es tan crucial–, quería aportarles un poco de la experiencia que hemos tenido en España. Ya saben que aquí lleva en vigor una década –diez años– la ley de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo. Se aprobó en el 2010, y se enfrentó, desde el principio, a un debate absolutamente intenso como el que estáis viviendo todas vosotras allí. Se calificó a las mujeres que querían interrumpir voluntariamente su embarazo de asesinas; se afirmó que la aprobación de esta ley iba a suponer el fin de lo que consideramos como la “familia clásica”. Y quería compartir con ustedes

algunos datos, porque diez años después, haciendo la lectura, ha pasado justamente lo contrario. Es más, hay que seguir avanzando en ensanchar esos derechos.

Esa ley que aprobamos en el 2010 defiende, exactamente, que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de la procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad. Y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales. En concreto, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. Porque la decisión de tener hijos y cuándo los vamos a tener constituye, posiblemente, uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas van a afrontar a lo largo de sus vidas. Y, con la aprobación de esta ley, España se comprometió a no interferir en ese tipo de decisiones. Pero también a establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisaran servicios de atención sanitaria, de asesoramiento o de información que, por supuesto, también tiene que estar ahí.

Y nos sirvió, además, para adecuarnos a los estándares internacionales: las Naciones Unidas, a través de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Plataforma de Acción de Beijing y la propia Organización Mundial de la Salud. Todas ellas han reconocido que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su propio cuerpo y a decidir, libre y responsablemente, sobre su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Y hacerlo, además –por supuestísimo–, libre de todo tipo de presiones, de discriminación o de violencia. De eso se trataba la ley.

El derecho a decidir, en definitiva, para nosotras y creo que para la sociedad española, en general, ya se entiende y se siente como un derecho humano. Y su defensa, evidentemente, parte de la convicción avalada por el mejor conocimiento científico –como he escuchado en muchas de las ponencias que han hecho las compañeras que me han precedido–; los estándares internacionales; una educación efectiva, sexual y reproductiva, correcta; el acceso universal a prácticas clínicas que son efectivas para la planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido, por supuesto, avalada; los sistemas de salud, y la disponibilidad de los programas y de los servicios de salud sexual y reproductiva. Este es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en las personas jóvenes –que sé que es una de las preocupaciones de quienes todavía tienen dudas– no solamente las infecciones de transmisión sexual, sino también los embarazos no deseados y los abortos. De eso se trata, y es una de las ideas principales que quería compartir: legalizar el aborto sirve para evitar abortar. Sirve para evitar abortar, si es la preocupación de buena parte de la sociedad argentina.

Tras el trabajo y el debate razonable que se desarrolló en España –fue también intenso, como les decía–, se decidió aprobar una ley con un plazo de 14 semanas, mediante el cual se les garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencias de terceros. Lo sobrayo porque es importante.

Ya entro en algunos datos para decirles por qué, con el paso del tiempo, se ha demostrado una ley eficaz. De hecho, cinco años más tarde, un nuevo partido de gobierno trató de derogar esa ley, y el músculo social y la presión social fue tal y tanta que, finalmente, el ministro que lo propuso tuvo que dimitir. Se tocó alguna cosa, pero al final la ley se quedó, porque ya estaba, absolutamente, enraizada en nuestra propia razón de ser.

Mientras que la tasa de interrupción voluntaria del embarazo por cada 1.000 mujeres en España, antes de la aprobación de la ley, era en torno a 11,5, en el último informe que tenemos disponible –que es del propio Ministerio de Sanidad del Gobierno de España– se ha reducido a 10,51. Es decir, en vez de aumentar los abortos, con la aprobación de la ley han disminuido. Insisto con que legalizar el aborto no ha supuesto un incremento en la cantidad de abortos que se han realizado en España ni muchísimo menos, sino que, por el contrario, han disminuido.

La cifra creo que también es interesante cuando hablamos por grupos de edades. Creo que hay una cierta discusión en torno a la edad. Los datos a nosotras nos demuestran que pasamos de 12,74 cada 1.000 mujeres menores, antes de que se aprobara la ley del aborto, a un 8,96. En fin, la bajada de esa tasa muestra que la aprobación de esa ley ha ayudado, también, a un mejor uso de los anticonceptivos, de la anticoncepción, por parte de la sociedad española y de los jóvenes.

En definitiva, esto viene a reforzar la idea de que no estamos legislando sobre la muerte –para nada– ni sobre las familias y el estilo de familias que cada uno sienta y proteja, sino sobre la libertad y la sexualidad de las mujeres, cuando podemos decidir. Creo que se demuestra que decidimos mejor si tenemos herramientas para ello.

Si analizamos las cifras absolutas, los datos también son bastante positivos. En España, en 2010, abortaron en total poco más de 113.000 mujeres. Pero en 2018 abortaron poco más de 95.000. El histórico sigue siendo a la baja, sigue bajando continuamente. Y los datos que les estoy dando han pasado por ministerios y gobiernos de diferentes signos ideológicos. Al final, es una cosa que vino para quedarse, porque se entendió que así tenía que ser.

Sra. Presidenta (Durango).- Vamos terminando, licenciada.

Sra. Vera Ruíz-Herrera.- Termino con otro dato interesante, que es aquel que señala en qué semana deciden las mujeres abortar, porque creo que también es un debate que ustedes están teniendo. En el último informe, nosotros observamos cómo más del 70 por ciento de las mujeres que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo lo hicieron con 8 semanas o menos de embarazo. Y también es interesante que la estadística señale que las mujeres no han utilizado el aborto como método anticonceptivo per se, de partida, sino que ha pasado absolutamente todo lo contrario: la mayoría de las que lo han hecho, lo han hecho una única vez, cuando se han encontrado con esa situación.

Insisto con que tenía muchos más datos para compartirles, pero sé que me queda poco tiempo. Es posible que no me pueda quedar al debate, porque aquí hay cuatro horas más, esto se ha ido un poco horario y creo que voy a tener que marchar por agenda. Pero quedo a disposición si de alguna u otra forma puedo aportar algún dato o algo que se haya quedado en el tintero y no pueda contestar después.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, Noelia. Te pedimos muchas disculpas por la espera. Hubiéramos querido que fuera antes, pero se debió a las dudas de las senadoras y los senadores a los expositores anteriores.

Agradecemos muchísimo la exposición.

Le vamos a dar la palabra ahora a la doctora Angélica Sarmiento, médica cirujana de la Universidad Nacional del Nordeste, especialista en ginecología y obstetricia de la Universidad Nacional de Asunción.

Doctora Sarmiento, bienvenida. Le damos palabra.

Sra. Sarmiento.- Muchísimas gracias. Muy buenos días a todos.

Quiero hacer hincapié en lo que es la parte embriológica y la parte científica del desarrollo de este nuevo ser humano. En la fecundación o concepción, se une el espermatozoide del varón con el óvulo de la mujer y, en ese momento, se forma una nueva célula formada por 23 pares de cromosomas; un cromosoma de cada padre.

Cuando se examina esa célula, llamada embrión unicelular o cigoto, se comprueba que es un ser que se automultiplica, que está vivo. Rápidamente, pasa de tener una célula a tener 2, 4, 8 y así sucesivamente. Si se examinan sus cromosomas, se comprueba que tiene 46 cromosomas humanos. Por lo tanto, es un ser humano.

Desde el momento de la fecundación, el embrión se va desarrollando al tiempo que es transportado hacia el útero, proceso que tarda de 5 a 7 días. Al llegar al útero, el embrión se autointroduce en el endometrio, lo cual se llama implantación o anidación. Estos procesos no se pueden observar todavía por ecografía, pero sí se pueden comprobar por sustancias de la sangre materna; la proteína EPF –*early pregnancy factor*– es detectable entre 24 y 48 horas posfecundación. Y la HCG, o gonadotropina coriónica humana, entre 7 y 12 días posfecundación una vez producida la implantación.

Hasta la semana ocho de vida se lo llama embrión, como ya dijo la doctora anteriormente. Hay una ciencia llamada embriología, que lo estudia. Luego, desde las nueve semanas de vida hasta su nacimiento, se lo llama feto. Y luego se lo llama recién nacido, niño, adolescente, adulto, etcétera.

Desde la concepción, pasando por el nacimiento y hasta la muerte natural, es un mismo individuo el que se desarrolla. Los cromosomas que se pueden estudiar en el embrión o en el feto antes de nacer son idénticos a los de esa misma persona en etapa de niño o adulto. Tal es así que, estudiando unas pocas células, se puede comprobar la filiación de un bebé en un juicio de paternidad o certificar que un niño recién nacido o perdido es tal o cual adolescente o adulto encontrado.

El embrión o feto no es parte del cuerpo de la mujer: es otro cuerpo. Desde el punto de vista científico, no cabe duda de que el embrión es un ser humano con un código genético propio, único e irrepetible que se autodesarrolla.

Los que niegan que el embrión sea humano deben responder en forma lógica, coherente y empíricamente demostrable, primero, qué clase de ser es ese ser vivo que tiene la información genética completa de un ser perteneciente a la especie humana, y que según ellos no sería humano. Recientemente, se lo ha llamado "fenómeno".

Segundo, cómo hace para humanizarse este ser no humano –o este "fenómeno"– por el solo hecho de salir de un útero humano.

El sentido común debería ser suficiente para advertir que así como de un embrión de vaca nace un ternero y no un chancho, un embrión del que nace un hombre es un ser humano. De un embrión de pollo no puede nacer un ser humano, aunque yo meta un huevo de gallina en un útero humano.

Si al nacer es humano, es obvio que antes de nacer ya era humano.

Además, desde los primeros instantes de su vida, el embrión se comunica con la madre. En la sangre materna se pueden detectar células embrionarias. Si el bebé es varón, son fácilmente diferenciables, porque en el cariotipo tienen el par sexual XY, propio de los varones, y no XX, propio de las mujeres. Y los ecógrafos actuales nos permiten ver, ya a las cuatro semanas de vida del embrión –que serían seis semanas de retraso menstrual–, el corazón del bebé latiendo a 150 o 160 latidos por minuto, que es casi el doble de la frecuencia cardíaca materna. Y, a las ocho semanas, el embrión ya tiene órganos sexuales, se le empiezan a formar las

facciones de la cara y sus neuronas aumentan a una velocidad de 250.000 por minuto. A las doce semanas (*exhibe una imagen*), en las ecografías 3D se lo ve al bebé perfectamente formado. Se le ven los ojos con párpados, boca, nariz, orejas, brazos con manos, dedos, uñas y huellas digitales, pies, piernas, etcétera. Mide apenas 5 o 6 centímetros y pesa aproximadamente 30 gramos. En las ecografías 4D, se lo puede filmar moviéndose. A las veinte semanas puede oír voces, ruido, música, reacciona moviéndose, se chupa el dedo, tiene hipo, etcétera.

El aborto provocado es un homicidio; es el acto de matar o producir la expulsión fuera del útero materno de un ser humano, desde su concepción hasta el momento que es viable. O sea que puede sobrevivir fuera del útero materno. Lógicamente, si se expulsa un embrión o feto antes de la época en que es viable, a la expulsión sigue la muerte. La edad del feto desde la cual es viable depende de la tecnología disponible para atención en neonatología. En países del Primer Mundo es desde las 20, 22 semanas de gestación; serían 5 meses, y con un peso mayor de 500 gramos. Por este motivo, en medicina se suele definir el aborto como la expulsión fuera del útero materno de un embrión o feto menor de 21 semanas de gestación o de menos de 500 gramos de peso.

Si el feto tiene una edad o un peso mayor, esa expulsión es un parto: parto inmaduro si se produjo entre las 22 y 28 semanas de gestación, y parto prematuro entre las 29 y 36 semanas. Luego, es parto de término entre las 37 y 41 semanas de gestación.

Quiero resaltar que el aborto provocado, además de matar al embrión o feto, es un atentado contra la vida de la madre y su bienestar físico, mental y social. El aborto provocado no soluciona nada. Siempre daña. Y el síndrome posaborto lleva a muchas mujeres al suicidio.

Por último, quiero destacar que los médicos estamos para cuidar y salvar vidas., no para matar. Este proyecto de ley, de ser aprobado, prostituiría esta noble profesión, convirtiendo a los no objetores en verdugos, y disminuiría los de por sí pocos insumos disponibles en los hospitales públicos para sanar y curar, al destinarlos para destruir dos vidas: la del ser humano en gestación y la de la madre.

¡Por favor, senadores, no aprueben esta ley de muerte! ¡Salvemos las dos vidas! Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctora.

Tiene la palabra ahora el doctor Adolfo Rubinstein; médico, magíster en Epidemiología Clínica en la escuela de salud pública de la Universidad de Harvard, exministro de Salud de la Nación.

Tiene la palabra, doctor Rubinstein.

Sr. Rubinstein.- Muchísimas gracias, señora presidenta, y muchísimas gracias a todos los senadores por permitirme participar en esta sesión informativa.

Quisiera comenzar mi exposición diciendo que el aborto existe. Existía en 1921, cuando se hizo la reforma del Código Penal, hace casi un siglo; existía en 2018, cuando el expresidente Macri habilitó por primera vez el debate, y sigue existiendo también ahora, cuando el presidente Fernández envió el proyecto de ley al Congreso.

Pero también –y esto lo demuestra– el aborto ilegal sigue estando presente en la agenda social de nuestro país como una asignatura pendiente que debe ser de una vez por todas resuelta. Y lo que se quiere legislar no tiene que ver con creencias, juicios, prácticas o actitudes personales, sino con que el Estado como garante de un bien público como es la salud no se desentienda de las consecuencias sanitarias del aborto clandestino.

Cuando, en 2018, como ministro de Salud del gobierno anterior hice las presentaciones en el Congreso, intenté reflejar la voz de la salud pública, porque las complicaciones del aborto inseguro, que son ya conocidas por todos, son una cuestión de salud pública. El número de abortos ilegales en nuestro país, obviamente, se desconoce porque es una práctica ilegal. Pero las estimaciones, basadas en estudios bastante rigurosos, arrojan aproximadamente 350.000 abortos ilegales por año, es decir, casi un aborto cada dos recién nacidos vivos.

En cuanto a las hospitalizaciones por abortos complicados en hospitales públicos –estoy hablando de estadísticas oficiales que presenté en su momento y actualizo ahora–, que tienen aproximadamente un 50 por ciento de las camas en el país, si bien han disminuido, afortunadamente, en los últimos años por las políticas de salud reproductiva y sexual que se vienen desarrollando desde hace ya más de quince años de manera muy proactiva, de todas maneras siguen rondando las 35.000 a 40.000 hospitalizaciones por abortos complicados por año, de las cuales la gran mayoría son por abortos clandestinos. Y si incluimos al sector de la seguridad social y al sector de los prestadores privados, estamos estimando, aproximadamente, 65.000 internaciones por abortos complicados en todo el sistema de salud del país.

Si vemos el emergente más temido, que son las muertes maternas por aborto ilegal –que también afortunadamente están bajando–, siguen todavía rondando las 20 muertes anuales. Este número probablemente sea mayor, porque las muertes maternas por aborto no se registran adecuadamente, justamente, por su condición de clandestinidad. Además, por ejemplo, no se informan como muertes maternas las de muchas mujeres internadas en terapias intensivas, y en casi uno de cada cinco casos la causa fue un aborto complicado.

De todas maneras, no importa. No se trata de ver si son pocas muertes o muchas muertes, o qué lugar ocupan en el ranking: son todas muertes evitables, y una sola importa.

En los países donde el aborto es legal –recién lo mencionaba la colega española–, las muertes maternas se reducen considerablemente respecto de los países que tienen leyes restrictivas como la Argentina. Hoy, en casi todos los países desarrollados el aborto es legal. En nuestra región, solo es así en Uruguay. Pero también países muy católicos o con una gran tradición católica, como Italia, España o, últimamente, Irlanda –que lo ha legalizado hace dos años–, ya tienen un aborto legal, digamos. Yo no creo que nadie pueda decir que esos países, que son los países más avanzados y a los que nos queremos parecer –como decía antes–, promueven el homicidio o no respetan los derechos humanos.

La evidencia es contundente respecto a que en los países con leyes restrictivas la proporción de abortos inseguros aumenta dramáticamente. Y estamos hablando de tres de cada cuatro abortos. Por el contrario –también lo dijo la colega española y Leonel Briozzo, como lo comentó recién Mariana Romero–, los países que legalizaron el aborto, más allá de un aumento inicial en algunos de ellos, redujeron significativamente su frecuencia, sin que hubiera cambios significativos con relación a los países con abortos ilegal o restrictivo. Y esto se debe, en general, a que la legalización del aborto se acompaña de otras acciones de prevención, de otras políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

Cuando comparamos aborto inseguro versus aborto legal, en un estudio que nosotros realizamos en el Ministerio de Salud con la Dirección de Economía de la Salud y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, en 2018, y que yo presenté en este recinto, en el Senado, estimamos una reducción del 98 por ciento de las

hospitalizaciones y del 92 por ciento de las muertes, con un 84 por ciento de reducción de costos para el sistema de salud. Y la razón principal es que el aborto en condiciones seguras, el aborto legal, es fundamentalmente, y en más del 90 por ciento de los casos, un aborto farmacológico.

En conclusión, el aborto existe y no podemos ni debemos soslayarlo más. Es un problema de salud pública, porque el aborto clandestino produce muertes, morbilidad evitable y serios problemas psicosociales en población joven y sana. Pero también es un problema de equidad, porque solamente afecta a las mujeres y a las adolescentes. Y sus complicaciones afectan, fundamentalmente, a las mujeres más pobres.

Se está cuestionando la oportunidad de la sanción de esta ley: "¿por qué ahora?", "¿es este el momento?". Yo les recuerdo, simplemente, que en 2018 también se cuestionó la oportunidad, porque siempre se cuestiona. Pero hoy, con casi la mitad o más de la mitad de los jóvenes bajo la línea de pobreza, y cuando las complicaciones del aborto ilegal afectan preponderantemente a las mujeres pobres, creo que esto adquiere mucha mayor urgencia para resolverlo.

En 2018, en este mismo recinto, muchos de quienes rechazaron el proyecto de ley se comprometieron, en ese momento, a bregar por la prevención del aborto –verdes y celestes–, promoción de la educación sexual integral, prevención del embarazo adolescente, ampliación de la anticoncepción y el cumplimiento de la ILE –la interrupción legal del embarazo– en las causales tipificadas por el Código Penal, en el marco del fallo "F.A.L." de la Corte Suprema de Justicia. Lamentablemente, nada de esto ocurrió. Yo diría, todo lo contrario: lo que vimos fueron obstáculos, estigmatizaciones, escraches a los profesionales y una sociedad muchísimo más dividida. Pero el problema sigue ahí: el aborto sigue existiendo.

Señores senadores: esta no es una discusión de quienes están a favor de la vida o están a favor de la libertad de decidir. Porque yo creo que seguramente todos –verdes y celestes– estamos a favor de la vida y también estamos a favor de la libertad de poder decidir, porque son valores que abrazamos en cualquier sociedad moderna y democrática.

No vivimos en un Estado confesional. Vivimos en un Estado laico que debe legislar para todos: para los creyentes y para los no creyentes. No estamos "cableados".

Ojalá podamos avanzar hacia una sociedad un poco más justa y un poco más equitativa con la sanción de esta ley, que ya la tienen casi todos los países a los que –como decía– nos queremos parecer.

Señores senadores: que sea ley.

Muchísimas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).– Muchas gracias, doctor Rubinstein. Además, por haber respetado el tiempo. Se lo agradezco mucho.

Antes de darle la palabra al doctor Alejandro Barceló, último expositor de esta mañana, les voy pidiendo a las senadoras y senadores que quieran hacer consultas que me lo vayan pidiendo por sistema, para poder empezar a organizar, justamente, los interrogantes.

El doctor Alejandro Barceló es el vicepresidente de la Subcomisión de Ética de la Asociación Médica Argentina; miembro titular de la Comisión Directiva del Consejo de Ética de la Academia Nacional de Medicina; director del Departamento de Bioética de la Facultad de Medicina de la Fundación Barceló.

Doctor Barceló: tiene la palabra.

Sr. Barceló.– Señora presidenta: muchísimas gracias por la invitación. Muchas

gracias a todas las señoras senadoras y señores senadores de este Honorable Congreso de la Nación. Realmente, es un honor, un gusto, poder estar realizando un análisis reflexivo de este proyecto de legalización del aborto a lo largo del embarazo.

En muchos puntos tengo que coincidir con la anterior disertación, la del doctor Rubinstein, justamente, en el sentido de hacer una política de salud para todos los habitantes de esta Nación y no solamente para algunos, que es sobre lo que voy a disertar.

Se ha dicho que este es un problema –como bien dijo el doctor– que existe; que es un hecho que la mujer que quiere abortar puede hacerlo, independientemente del marco legal. Frente a un problema concreto, uno puede negarlo, ignorarlo, naturalizarlo, sin ir más allá, o buscar las causas profundas que originan el problema, intentando dar una solución al mismo en sus múltiples dimensiones.

¿Qué es lo que propone este proyecto, básicamente? Dos aspectos principales. Por un lado, reducir la mortalidad materna, que es lo que adujo el doctor Rubinstein, y no obligar a nadie a hacer algo en contra de su voluntad. Sobre el primer punto –reducir la mortalidad materna–, me gustaría, si alguien después hace alguna consulta, hablar sobre el mismo. Pero me voy a referir al segundo punto, sobre la obligación de hacer algo contra la voluntad.

Del análisis de los artículos –voy a hablar, específicamente, del proyecto de ley y no de una posición a favor o en contra del aborto– puede observarse que, en primer lugar, el proyecto obliga al personal sanitario a suministrar información sobre el aborto a la mujer embarazada, incluso sin que haya un pedido por parte de esta.

En segundo lugar, obliga al personal de salud a capacitarse para hacer abortos a demanda, sin ningún tipo de causal, considerando al embarazo –pareciera– como una enfermedad que hay que tratar buscando terminar con la misma.

En tercer lugar, obliga al personal de salud y docentes a capacitarse en perspectiva de género, sin que los mismos puedan llegar a objetar esta capacitación.

En cuarto lugar, el proyecto obliga a las obras sociales y al sector público a realizar abortos a demanda, sin ningún tipo de límite de abortos por persona en el tiempo; además del deber de ofrecer las prestaciones de diagnóstico –no haciendo referencia a qué diagnóstico se está refiriendo–, medicamentos y terapias, con los costos que esto implica.

En quinto lugar, el proyecto obliga a toda la comunidad a pagar los aumentos que tendrán todas las prestaciones enumeradas previamente, con una situación de crisis económica como la que estamos viviendo.

En sexto lugar, obliga a las instituciones de salud contrarias a la idea de hacer abortos a simple pedido, sin causa, a gestionar y derivar costos del traslado a otro centro que haga abortos, en favor de la persona que solicitó el mismo.

En séptimo lugar, obliga al personal de salud a no emitir consideraciones valorativas sobre la realización del aborto, sin saber si esto incluye también las consideraciones éticas de los códigos deontológicos de la profesión médica.

En octavo lugar, le restringe a la mujer –y al hombre también, por supuesto– su capacidad de derecho, que está en nuestro Código Civil, teniendo más o menos derechos de acuerdo al deseo de terceros.

En noveno lugar, el proyecto permite que la mujer, y el hombre también, sean instrumentalizados, cosificados, considerados como objetos que pueden estar a disposición de terceros.

En décimo lugar, no otorga a la mujer, en principio, ningún derecho; empezando a tener algunos a medida que se van desarrollando. Solo tienen derechos, si este proyecto fuera ley, aquellas mujeres que ya han nacido.

En décimo primer lugar, discrimina a las mujeres entre sí, siendo la práctica del aborto la única práctica que tendría un plazo estipulado para ser realizado en un plazo inmediato, perentorio, de 10 días; frente, por ejemplo, a un diagnóstico por cáncer de mamas, para el cual un turno puede llegar a tardar dos o más meses, entre otros casos.

Respecto a cuestiones no establecidas, pero que surgen del texto que se presenta, el proyecto de ley no presenta, como ya se dijo, ningún tipo de apoyo psicológico y social a la madre; no busca prevenir las presiones que sufre la mujer al abortar; no tiene consejería ni reflexión como en doce países de Europa, entre los cuales podemos contar a Alemania y Austria.

El proyecto no prohíbe el aborto por motivos de discriminación genética. Tampoco prohíbe el aborto por portar la persona aun no nacida alguna discapacidad o malformación. El proyecto tampoco prohíbe el aborto por selección de sexo, y no prohíbe tampoco, la comercialización de tejidos fetales.

Resumiendo: apreciamos que el proyecto no amplía derechos como se declama, sino que restringe los derechos de una amplia mayoría de la población, coartando su derecho a la vida, a la libertad, a la privacidad, a la posibilidad de llevar a cabo un proyecto de vida digno en forma propia, violentando la dignidad intrínseca e inalienable que cada ser humano posee, de acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos –que, justamente, hace unos pocos días cumplimos un nuevo aniversario de su sanción–, por ser miembros de la familia humana.

Concluyendo: si la mujer no tiene derecho a la vida, no tiene tampoco derecho a la privacidad, no tiene derecho a la intimidad, no tiene derecho a estudiar, no tiene derecho a la libertad. Si la mujer no tiene derecho a la vida, la mujer no tiene derecho a nada.

Este proyecto de ley presentado deja a la mujer sin vida, sin libertad, sin sus hijos vivos, sin nada. Con lo cual, considero que no merece ser aprobado, respetando la dignidad y los derechos de todas y cada una de las mujeres de nuestro país ya nacidas y por nacer.

No quiero dejar de mencionar en esta presentación la dedicación a Chiara Páez, que fue la joven asesinada –tuve la posibilidad de conocer a su madre– a los 14 años por su novio, después de realizarse un aborto estando embarazada de tres meses. A raíz de este asesinato comenzó el Movimiento Ni Una Menos.

Y también quiero dedicar esta presentación a la señorita Keyla Jones, lamentablemente fallecida por la aplicación de la llamada ILE o aborto legal en El Maitén, Chubut, embarazada de siete meses.

Así que muchas gracias a todos por este espacio, y estoy abierto a todo tipo de consultas.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctor Barceló. Y también le agradezco que haya respetado el tiempo.

Por ahora tengo solamente el pedido de la palabra del doctor Luenzo y de la senadora Duré.

Así que, doctor Luenzo... Le agregué un título, discúlpeme. *(Risas.)*

Senador Luenzo, tiene la palabra.

Sr. Luenzo.- Gracias, presidenta.

Quería, si es posible, que Flores Ciani me amplíe un concepto sobre el tema. Gabriel: una consulta. Vos hablabas de que las niñas adolescentes, las niñas que quedan embarazadas, no tienen la conciencia de madre, y lo explicaste; no quiero repetir tus conceptos. Enfrentamos cotidianamente situaciones de esa naturaleza, que son, obviamente, la mayoría de los casos –por no decir la totalidad, no quiero ser tan concluyente–, situaciones de niñas madres. Y al no tener la capacidad que tendría que tener una madre, de acuerdo con tu visión, tu mirada: ¿cómo resolvemos ese tipo de situaciones en las que esa niña embarazada no tiene conciencia de lo que significa ser madre? ¿Cómo actuarías vos frente a ese tipo de hechos?

Sr. Flores Ciani.- Muchas gracias, senador, por la pregunta.

Sí tiene conciencia de ser madre...

Sra. Presidenta (Durango).- Discúlpeme, por favor. Le vamos a dar la palabra al resto de los senadores, y después, respondemos todas las preguntas juntas.

No tengo claro si la senadora Duré me pidió la palabra, porque ahora no la veo en sistema.

Sra. Tagliaferri.- Sí, está la senadora Duré.

Sra. Presidenta (Durango).- Ah, tiene la palabra Eugenia.

Sra. Duré.- Muchas gracias, a las expositoras. La verdad es que podríamos decir mucho, pero no quiero entrar en el debate que quizás nos quedará a los senadores y senadoras a partir de lo que estamos escuchando.

Sí quiero hacer una mera reflexión, porque se han dicho muchas cosas. Simplemente, cuando se habla del deseo de la mujer de ser madre, creo que eso tiene que prevalecer, al igual que la libertad de las mujeres a poder decidir y a no ser tomadas como incubadoras, como entiendo que también se ha querido “intencionar”, de alguna manera, con algunas expresiones.

A partir de esto, quiero hacerle algunas preguntas, para que pueda profundizar, a Noelia Vera, y agradecerle también que pueda estar presente en este debate, sabiendo que ha tenido la cortesía de poder tomarse este tiempo de su trabajo en España y también de escuchar todo lo que estamos debatiendo aquí, en la Argentina.

Noelia: yo quería preguntarle –o preguntarte– en base a conceptos que has podido realizar. Vos decías que la ley de aborto sirve para evitar abortar. También decías que no estamos legislando sobre la muerte. Y que una vez realizado el aborto, las mujeres no han utilizado el aborto como método anticonceptivo. A partir de eso, quiero preguntarte cómo trabajaron ustedes con esas mujeres a través de las políticas públicas directas durante estos diez años y previamente a la sanción de la ley. Y cómo trabajaron ustedes con las juventudes, porque también hacías alusión a que se redujo el número de abortos en las juventudes. Y, por el otro lado, si esto quiere decir que se comprendió y hay una mejor utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres y en las personas gestantes.

Muchas gracias, señora presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senadora.

Tiene la palabra el senador Zimmermann.

Sr. Zimmermann.- Gracias, presidenta.

En primer lugar, quiero saludar a las autoridades de las comisiones y al resto de mis pares, y agradecerles muy especialmente a los expositores por sus ponencias.

Voy a ser concreto. Tengo dos preguntas. La primera tiene que ver con una pregunta que le quiero hacer al doctor Flores. La pregunta es la siguiente: según el proyecto de ley, el aborto sería legal hasta las 14 semanas. ¿Antes de las 14 semanas el embrión tiene mente? Esa sería la pregunta.

La otra pregunta es para la doctora Angélica Sarmiento, con respecto al procedimiento del aborto, a la descripción. Quiero que la doctora nos cuente cómo funcionan en los hechos las técnicas que se utilizarían si se aprueba esta ley, y cómo es el proceso para el niño por nacer.

Muchas gracias, señora presidenta.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias a usted, senador Zimmermann.

Tiene la palabra el senador Rodas.

Sr. Mera.- Está muteado, senador.

Sra. Tagliaferri.- No está muteado, parece que no tiene sonido.

Sra. Presidenta (Durango).- Mientras soluciona el problema, le doy la palabra al senador Mera.

Sr. Mera.- Perfecto, me agarró justo con el micrófono encendido. Gracias, presidenta.

Se mencionó aquí el tema de Irlanda como el de otros países. Yo creo que ese es el núcleo de la discusión que estamos teniendo: saber si nuestro sistema jurídico admite esta ley para ponerla en práctica. Si nuestra Constitución, los tratados internacionales y las condiciones de su vigencia admiten las características que esta ley propone.

Como bien se dijo, Irlanda es un país más católico, incluso, que el nuestro. Ahora, hubo una decisión de la sociedad, que hizo presión porque creía que necesitaba una ley de características similares, tal vez, a la que estamos tratando, pero evitando las imposibilidades que su Constitución establecía, que son muy parecidas a las imposibilidades que plantea nuestro ordenamiento constitucional, solo con algunas excepciones, como es el caso de cuando está en riesgo la vida de la mujer.

Ahora, ¿qué hicieron los irlandeses? Conformaron una comisión; un llamado a una reforma, a una enmienda constitucional; reformaron la Constitución; quitaron esa imposibilidad que les planteaba la Constitución, y generaron una ley, que hoy sí está en vigencia, que ya no está en colisión con las normas constitucionales.

Las sociedades van cambiando; van cambiando sus valores. A veces defienden más unas cosas y a veces, otras. Lo cierto es que, en la discusión de 2018, apareció algún proyecto que planteaba una consulta popular, entendiendo que hay un número importante de argentinas y argentinos que bregan por la ley que estamos discutiendo, y un número importante de argentinas y argentinos que están en contra de la ley.

Yo no voy a decir dónde están los más y dónde están los menos. Me parece una discusión inofensiva. Lo que sí digo es que se planteó en Irlanda, para que esta ley sea viable, una situación muy parecida: una especie de plebiscito, de consulta popular –tal como se planteó en 2018–, para decidir un tema de esta delicadeza. Tal vez sea una opción que algún día tendríamos que analizar con mayor seriedad para no entrar, de aprobarse esta ley, en un conflicto de características constitucionales.

Quiero preguntarle a la doctora Sarmiento, quien me pareció muy precisa en cada una de sus apreciaciones, lo siguiente. Acá se habló mucho de la inviabilidad del feto. Y la verdad es que los seres vivos somos viables en la medida que vivimos en un hábitat que nos reconoce y nos permite vivir. Si a mí –o a cualquiera de

nosotros– el día de hoy me ponen debajo del agua una hora y sin tanque de oxígeno, seguramente se termine mi viabilidad y no pueda vivir. Necesito vivir en un ambiente, en un hábitat que no me sea agresivo.

¿Ese feto, embrión, saco, fenómeno o como lo quieran llamar –son muchas las denominaciones que tiene–, si no hay un tercero que lo agrede y lo dejan vivir en su ambiente natural, se desarrolla sin ningún problema? ¿O hay algún inconveniente que se desarrolla sin que haya una agresión externa a ese feto?

Sr. Rodas.- ¿Me escucha, presidenta, ahora?

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senador.

Ahora le doy la palabra, senador Rodas.

Sr. Rodas.- Muy buenos días. Primero y principal, la quiero felicitar, señora presidenta, por la manera como ha llevado adelante todo el desarrollo con los distintos expositores, en las distintas jornadas. Y, por supuesto, a todos los expositores un agradecimiento enorme, porque siempre enriquece escuchar sus exposiciones.

Para el doctor Flores Ciani, tengo una pregunta concreta: si la psiquis de la madre queda dañada por realizarse un aborto; cuáles son las secuelas y las consecuencias, y si eso realmente puede perdurar durante todo el resto de su vida.

Esa es mi pregunta concreta.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, senador Rodas.

Tiene la palabra ahora la senadora Sapag. Luego, la senadora Elías de Perez y cerramos.

Sra. Sapag.- Gracias, presidenta.

Disertantes: mucho gusto.

Mi pregunta creo que va a Mariana Romero y a Analía Messina. Es con respecto al tema de las consejerías.

En países como el nuestro, donde se desconfía de la capacidad de las mujeres para decidir, se “romantiza” el embarazo forzado y se criminaliza la voluntad de interrumpir el embarazo, ¿qué actitud se toma en las consejerías? Porque por lo que puedo escuchar acá por distintas médicas que hacen sus prácticas en los hospitales, ¿qué se busca? ¿Destruir la palabra de la mujer que va, vulnerable, con todos sus temores, en un país donde puede terminar muerta, mutilada o criminalizada? ¿Se busca eso? ¿Que pueda preguntar lo que necesita? ¿O enseguida se busca estigmatizarla?

¿Qué hay en estas consejerías de los hospitales? ¿Hay “amorosidad”? ¿Hay hospitalidad? ¿Hay expresiones afectivas? ¿Hay comprensión? ¿Hay cercanía?

¿Por qué se nos muestra a las mujeres como malas personas que buscamos cometer crímenes, de lesa humanidad escuché ayer? ¿O somos mujeres desesperadas por miles de razones, todas diferentes en cada una de las mujeres? ¿Ponernos a su lado? ¿Entender sus razones? ¿Aconsejar de buena manera y darles la solución necesaria?

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Gracias, senadora.

Voy a darles la palabra a los expositores para que respondan, porque tengo...

Sra. Tapia.- Presidenta: por sistema le pedí la palabra.

Sra. Presidenta (Durango).- ¿Me permite terminar, senadora Tapia?

Sra. Tapia.- Perdón.

Sra. Presidenta (Durango).- Seguidamente, le vamos a dar la palabra a los que responderán. Luego, tengo a la senadora Elías de Perez, al senador Fiad y a usted, senadora Tapia.

Le voy a dar la palabra al doctor Ciani, que tiene dos preguntas.

Sr. Flores Ciani.- Gracias, muy amable.

Senador: muchas gracias por su pregunta. Hay cuestiones biológicas muy profundas que se dan desde el momento de la concepción. Inclusive, hoy en día la física cuántica, que es la física que estudia el mundo subatómico, aporta cuestiones que tienen que ver con lo que es la mente y la vida humana.

En el momento que el espermatozoide y el óvulo se unen, hay una explosión de zinc. Esto está visto en imágenes. Esta explosión de zinc es energía pura. Le estoy hablando desde el punto de vista de la física cuántica, simplemente, para hacer una introducción. En ese momento, hay un entrelazamiento emocional entre la mamá y el producto de la concepción. Ya desde ese momento hay un entrelazamiento cuántico que hoy explica muchísimas de las cuestiones del funcionamiento de la psiquis, de la mente humana, y también de la espiritualidad.

El concepto de que la mente solamente está en las neuronas ya es acotado. De tal manera, entonces, que desde el momento que la mujer, sin importar la edad que tenga, no importando... Entiéndase bien que la expresión "no importando" la empleo así. Más allá de que haya tenido, lamentablemente, un hecho traumático, como la violación, el abuso o cualquier otra circunstancia, se producen mecanismos subatómicos, biológicos, neuronales, hormonales, que se desatan en la psiquis de la mamá. Esto totalmente al margen del momento y la forma en la cual se haya producido el embarazo.

Naturalmente, biológicamente, cualquiera sea la edad de la mujer y las circunstancias, está preparada para ser mamá, porque ya el sistema se prepara y todas las células. Hoy en día, entendemos que la mente humana no solamente está en el cerebro, sino que la mente humana es el todo. Todas las células del cuerpo son la mente humana.

De tal manera que esa jovencita sí está preparada para ser mamá. Pero, lamentablemente, ante un hecho traumático profundo, y al no contar con la mielinización del sistema frontal, del lóbulo prefrontal, que es el sistema de la toma de decisiones profundas... Entonces, lo que no está maduro en una preadolescente, púber, niña, es un sistema fundamental para la toma de decisiones que es el lóbulo frontal, el lóbulo racional. Lo tomaría, solamente, desde lugares mucho más primitivos en el desarrollo de la psiquis humana como el sistema reptiliano o instintivo, que es el primero que se mieliniza, y luego el sistema emocional.

Pero el sistema que necesitamos, la parte del cerebro que necesitamos para que esa chica tome una decisión que no vaya a hacer que el día de mañana se arrepienta... No podemos dejar de reconocer que esa niña, esa púber, está presionada por la mamá, por el papá, por el entorno... Entonces, hay una confusión mental en esta niña: no está tranquila, las emociones desencontradas, las situaciones que se producen... Emocionalmente está afectada.

Entonces, no tiene el sistema que necesita para tomar una decisión que no le traiga, senador, consecuencias durante toda la vida. Un aborto queda grabado en el conectoma humano; queda grabado en la memoria emocional, que se da en una región del cerebro que se denomina hipocampo. En el hipocampo están registradas para siempre todas nuestras vivencias emocionales, de tal manera que la mente no tiene pasado, presente y futuro. En este momento, estamos funcionando en una concepción fuera del espacio-tiempo. De la misma manera, mujeres, que pueden llegar a tener 60 o 70 años –y me pasa en la práctica médica–, se sientan en mi consultorio y todavía relatan el trauma que significó el aborto. ¿Por qué? Porque lo

viven como real. ¿Por qué? Porque en el sistema del conectoma humano está grabado ese trauma profundo en su psiquis.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Durango).- Seamos sintéticos, por favor.

Creo que tenía otra pregunta del senador Rodas. ¿O era la misma?

Sr. Flores Ciani.- Era prácticamente la misma. El concepto de mente de las neurociencias ha variado muchísimo. Hoy hablamos, aún, de que los genes transmiten información psicoemocional de tres a cuatro generaciones hacia atrás. Quiere decir que la genética también está influenciando lo que va a ser mi mente.

Entonces, en el momento de la concepción no empieza mi vida emocional. Esto puede documentarse. No empieza mi vida emocional en el momento en que fui formado, sino que genéticamente traigo información que va a modular mi personalidad, mi sistema emocional. Y también esos genes afectados –para bien o para mal– emocionalmente de mis antepasados van a dar origen, a través de las células madre pluripotenciales, a neuronas que ya pueden estar traumatizadas para el resto de la vida.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias, doctor.

Le vamos a dar la palabra ahora a Noelia Vera, quien tiene una pregunta de la senadora Duré

Sra. Vera Ruiz-Herrera.- Muchas gracias, presidenta.

Me hacía un comentario la compañera sobre conceptos y, específicamente, sobre juventud. De hecho, me había quedado pendiente ese tema en la exposición por falta de tiempo.

Quería aclarar que la ley española no solamente era sobre el aborto. Esa era la parte principal. Pero también era sobre salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, eso nos hizo poner el foco en la anticoncepción y en una sexualidad absolutamente segura, libre e informada, desde las etapas más tempranas de la vida. Por ejemplo, con acceso a la píldora anticonceptiva; con campañas de sensibilización y colaboración con la sociedad civil organizada, que por aquel entonces se organizó, y muy fuertemente, como está pasando en la Argentina.

Es evidente que siempre quedan "flecos", cosas por hacer en el marco legal. Pero no solo era sobre la interrupción voluntaria del embarazo, sino también con todo lo que tiene que ver con una concepción integral de una sexualidad humana libre, informada y que pone la salud sobre la mesa.

Este es un ejercicio que estamos intentando hacer no solamente con este tema. Por ejemplo, también intentamos hablar de cómo evitar la violencia de género, que para nosotras no es solamente la que se da en la o las parejas, sino que también es la violencia sexual que se ejerce sobre las mujeres por el hecho de serlo. Esa es una cuestión que, junto con esta, hay que tratar desde todas las etapas, a través de una educación afectiva sexual importante.

Como decía en la intervención primera, eso nos va a llevar a tener unos jóvenes y unas mujeres capacitadas para tomar decisiones con mejores herramientas, y que, evidentemente, protejan la vida y la pongan por delante, para que ni siquiera la posibilidad del aborto llegue a sus vidas. Por lo tanto, creo que ese es un foco de trabajo importante que queríamos hacer.

Desmontaré algunas cosas que se decían y brindaré algunos datos. Las cifras que tenemos en España son los datos del Ministerio de Sanidad y de las clínicas acreditadas, públicas o privadas, y desmontan algunos argumentos de la parte más extremista, de la derecha extrema. Quería decirlo claramente: cada vez se aborta menos. Y cuando se trata de mujeres jóvenes que atraviesan situaciones

muy complicadas –solamente en ese caso–, una de cada diez mujeres jóvenes que abortan en España lo hacen de forma autónoma, sin consultar a sus tutores legales, familiares o progenitores. Lo hacen por muchas causas que les impiden hacerlo. Puede ser que hayan sido embarazos fruto de violación en el seno familiar o en el seno cercano al ámbito familiar. Se trata de familias que son desestructuradas, que tienen progenitores en prisión, que son objeto de malos tratos, mujeres que son emancipadas y que residen en el país sin sus padres, cuando hay enfermedades paternas o maternas que son invalidantes o con patologías psíquicas o psiquiátricas que impiden que ese acompañamiento paterno se dé.

Solamente, una de cada diez mujeres jóvenes con menos de 16 años decidían abortar sin permiso de sus padres. Todas las demás, obviamente, pedían acompañamiento y tenían acompañamiento; entendiéndolo que el momento en que una mujer joven decide abortar y recurrir al aborto es difícil, obviamente, y que ninguna aborta por gusto ni por placer. No es una cosa que vaya a provocar que todas salgamos en masa a abortar. Eso no va a pasar.

Lo decía porque es importante. A través de la educación afectiva sexual, del acompañamiento familiar, de que los estados, las administraciones públicas y las políticas públicas sean los que te acompañen en ese proceso, esto deja de pasar. Y es lo que, efectivamente, estamos comprobando en España...

Sra. Presidenta (Durango).- Vamos terminando, Noelia.

Sra. Vera Ruiz-Herrera.- Perfecto. Con esto, además, termino del todo y me despido con muchísimo amor y deseando un buen debate.

Para terminar, quiero decir que, evidentemente, esto provoca que nosotras queramos tomar las decisiones por nuestro propio pie. Hay que hacer todo un trabajo con esto. Efectivamente, cuando aquí se decidió dar un paso atrás... Insisto, porque esto fue importante. Al principio, se suscitó un debate importantísimo. Pero cuando pasaron cinco años y era un debate que ya estaba tan superado y ya formaba parte de la sociedad, del día a día de todos y de todas, independientemente del signo ideológico, cuando alguien quiso derogar esa ley, se echó la calle encima y no se pudo derogar.

Por lo tanto, insisto: piénsenlo en esos términos. Examinen con datos –aquí estamos para colaborar–, más allá de lo ideológico, de lo cristiano y religioso, qué ha pasado en países donde se ha aprobado, porque de verdad creo que es importante que se demuestre que así se protege la vida. Y que si protegemos también las políticas sociales, los servicios públicos, los trabajos dignos para las mujeres, también defendemos la vida, y tenemos condiciones de vida y económicas dignas que también nos hacen sentir preparadas y con herramientas suficientes para ser madres sin que nadie nos tenga que obligar a ello.

Sra. Presidenta (Durango).- Muchas gracias por su participación.

Le voy a dar la palabra a la doctora Sarmiento, quien tiene dos preguntas: una del senador Zimmermann y otra del senador Mera.

Sra. Sarmiento.- El senador Víctor Zimmermann me había preguntado cómo serían las técnicas para el aborto. Hay diferentes técnicas. Una de ellas sería la utilización de una píldora llamada Cytotec o misoprostol, que es una prostaglandina. Produce contracciones uterinas intensas que abren el cuello uterino y producen el desprendimiento del corion o placenta, y se inicia la expulsión del producto de la concepción. Esto se acompaña de una hemorragia uterina intensa, un dolor de alta intensidad, superior –en grado– al del parto natural y, generalmente, con posterioridad, debe realizarse un aspirado o un legrado de los restos uterinos.

Es uno de los métodos que, por ejemplo, se usa en los Estados Unidos, donde está legalizado el aborto. Se le entregan estas pastillas a la mujer –se le dan dos o tres pastillas y tiene que tomar una o dos y debe introducirse una o dos pastillas de forma intravaginal– y, muchas veces, el aborto en sí, la expulsión, ocurre en la casa, provocando una hemorragia espantosa que, muchas veces, lleva a la muerte o a producir serios daños en la salud de la mujer. Como decía, a pesar de ser legal, puede ser sumamente grave y riesgoso para la vida de la mujer. Además, generalmente, tiene que realizarse un aspirado o un legrado de los restos uterinos; por lo cual, luego, la mujer tiene que trasladarse a un centro de salud para que se complete el proceso, recibir transfusiones sanguíneas, etcétera.

El raspado o legrado uterino consiste en la dilatación forzada del cuello uterino con bujías de metal, lo cual es sumamente doloroso, y debe realizarse con anestesia, lo que implica una cantidad de gastos extra. Después, se introduce un elemento metálico llamado cureta, que tiene un borde afilado que desprende el saco gestacional por partes: la placenta, la bolsa; muchas veces, se va sacando por partes el cuerpo del embrión o feto. Realmente, es sumamente agresivo. Se va descuartizando, legalmente, al embrión o feto.

Otro método sería la succión tipo AMEU, que también produce la dilatación forzada del cuello uterino con bujías de metal, con la posterior introducción de un pico aspirador de alta presión que aspira el saco gestacional, también por partes: placenta, bolsa y, muchas veces, el cuerpo del embrión o feto que va siendo descuartizado y sacado por partes.

Hay otro método llamado inyección salina intraamniótica. Se inyecta una solución salina dentro de la bolsa amniótica, lo cual produce la muerte del embrión o feto quemándolo, literalmente. El embrión o feto queda muerto dentro del saco gestacional y debe ser expulsado a través de alguno de los métodos.

Otro método es la administración de metotrexato por vía oral o parenteral. El metotrexato es un quimioterápico que previene el desarrollo de las células embrionarias y lleva a la muerte al embrión dentro del útero o, si fuera utilizado después de las nueve semanas, al feto.

Como decía, todas estas técnicas son sumamente agresivas, no solo para el embrión o feto –que es un ser humano diferente a la madre y que resultaría muerto con estas técnicas–, sino, además, para la vida y para la salud de la mujer. Hay que tener en cuenta que hoy en día la infertilidad es una epidemia a nivel mundial y que muchas de las causas de infertilidad se deben a antecedentes de esa mujer por abortos provocados.

El senador Dalmacio Mera me había hecho una pregunta sobre la inviabilidad del feto. Preguntaba si el feto puede desarrollarse dentro del útero materno si nadie interrumpe ese desarrollo. Sí, efectivamente es así. El útero materno es el mejor lugar en donde el feto se desarrolla, pues tiene todo lo necesario e, incluso, el cuerpo de la mujer está preparado de tal manera que prioriza el desarrollo embrionario fetal. Entonces, si nada interrumpe este desarrollo, el embrión unicelular –después se multiplica en 2, 4, 8, 16, etcétera, células– completa su desarrollo embrionario, al final del cual, a las ocho semanas, el bebé ya tiene todas las principales funciones del cuerpo organizadas.

A las nueve semanas, cuando se le empieza a llamar “feto”, sigue su desarrollo. A las doce semanas –como mostré anteriormente– el cerebro del embrión puede ser estudiado e, incluso, a las doce semanas se hace la ecografía llamada de marcadores cromosómicos, con la cual se estudian las diferentes estructuras dentro del cerebro fetal: se estudian las manos, los pies; se cuenta el

número de dedos, se cuenta el número de falanges de los dedos, la órbita de los ojos, la nariz, la boca, los maxilares, toda la columna. A las doce semanas, el feto está completamente desarrollado y solamente necesita de tiempo para completar su desarrollo.

Vuelvo a mostrarlo. Acá tenemos un "fetito" (*Lo exhibe.*) que tiene, exactamente, el tamaño de un feto de doce semanas. Como notarán, se le pueden ver las orejas, los ojos, las manos, los dedos e, incluso, a las doce semanas ya tiene las huellas digitales.

Sra. Presidenta (Durango).- Bueno, vamos terminando, doctora.

Sra. Sarmiento.- Sí.

Para terminar, si no se interrumpe el proceso, se completa totalmente el desarrollo fetal. Si se interrumpe el proceso y el feto es expulsado del vientre materno antes de que pueda sobrevivir afuera, entonces, eso es lo que provoca su muerte. Si el bebé es expulsado alrededor de las veintiuna o veintidós semanas, hasta esa edad se le llama "aborto". Pero si el bebé sale después de las veintidós semanas, eso ya es un parto y el bebé puede ir a terapia e, incluso, sobrevivir en una terapia con la ayuda necesaria.

Sra. Presidenta (Durango).- Bien. Muchas gracias.

Sr. Mayans.- Presidenta, presidenta...

Sra. Presidenta (Durango).- Senador: tengo dos, cuatro, seis pedidos antes.

Voy a dejar a cargo de la Presidencia, por un ratito, a la vicepresidenta de la Comisión, la senadora Guadalupe Tagliaferri, quien seguirá con el listado que le acabo de pasar.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias, señora presidenta.

La senadora Sapag tenía preguntas para las doctoras Romero y Messina.
¿Puede ser?

Sra. Messina.- Sí, cómo no, con mucho gusto.

La senadora Sapag había preguntado por el mecanismo o la práctica de las consejerías. Las consejerías en salud sexual y reproductiva plantean un desafío a los equipos de salud porque, lejos de ser un modelo prescriptivo de conductas, lo que buscan es dar información científicamente validada, veraz, oportuna, para que sea la persona quien pueda tomar una decisión informada y autónoma.

Por supuesto que conocemos, por la práctica, que muchas mujeres no están informadas en su derecho. Por eso, siempre tenemos algunas preguntas que nos pueden orientar hacia cuál es la búsqueda de ayuda.

En un estudio que hicimos en el hospital donde trabajo, el 80 por ciento de las mujeres que venían a un consultorio de consejería tenían una decisión y una información con la que ya contaban. Las restantes estuvieron, verdaderamente, acompañadas y se les brindó –como les decía– la oportunidad de hacer todas las preguntas. Esto es muy importante, porque la consejería no solo tiene que ver con la oportunidad de la decisión de la mujer, sino, también, con la información sobre los métodos que vamos a implementar, ya sea el farmacológico o la posibilidad de practicar una AMEU.

Lamentablemente, disiento de la doctora que me antecedió, porque el misoprostol está entre los fármacos seguros para la OMS; y cuando uno informa y garantiza las condiciones en donde debe ser utilizado, es un fármaco seguro. De igual modo, lamento que muchos de los expositores hayan usado la palabra "raspado", porque es una práctica en desuso. Necesitamos poner en práctica la aspiración manual endouterina, que produce mucho menos daño y mucha más satisfacción e, inclusive, pueden ser hecha con anestesia local.

Por otra parte, también quiero decir que una buena consejería, una consejería apropiada, en buenos términos, escuchando –sobre todo, escuchando–, permite que las mujeres puedan acceder a la práctica recomendada.

Por otro lado, hay estudios que demuestran que el daño mental es ocasionado por la denegación de la práctica, es decir el sufrido por aquellas mujeres a las que se les negó el acceso a una interrupción legal del embarazo. Hay un estudio muy conocido, que se llama *Charm away*, que lo hicieron en Estados Unidos, sobre más de 300.000 mujeres. Está claramente demostrado que aquellas a las que la práctica les fue denegada sufrieron más trastornos de ansiedad, depresión, requirieron medicación. O sea, este famoso síndrome o este alegato de que las mujeres quedan fijadas en un daño siquiátrico o psicológico no es real. También hay que tratar de aportar estos estudios. Con mucho gusto los podría hacer llegar, si ustedes lo quisieran

Esto es todo. Creo que se trata de poder ejercer la escucha para que sean las mujeres quienes tomen sus decisiones bien informadas y acompañadas en la práctica.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Muchas gracias.

La doctora Romero.

Sra. Romero.- Solo quiero sumar unas pequeñas contribuciones a lo que ya mencionó la doctora Messina, que son de dos tipos.

Una, en realidad, tiene que ver con la conformación de las consejerías. Estos son espacios, como dijo Analía, de escucha; en algunos casos son espacios donde participan más de un profesional de la salud de distintas disciplinas. Eso está en el protocolo, no como una imposición, porque no lo tenemos disponible en todas las instituciones y en todos los momentos, y como no se puede volver un obstáculo, lo hacemos cuando es posible. Pero, en general, los equipos prefieren hacerlo de forma grupal y con el abordaje de las distintas disciplinas.

Entonces, me parece importante aclarar esto en términos de esta escucha activa que mencionaba Analía y de la respuesta posible a esa escucha activa. Seguimos insistiendo en que la escucha es para que la mujer aborte. No, la escucha es para entender, comprender y acompañar de mejor manera la situación singular de esa mujer. Entonces, la posibilidad de que tengamos profesionales de distintas disciplinas es un escenario más auspicioso.

El otro factor que Analía mencionó, particularmente, es esta escucha activa, que se entrena, al igual que nos entrenamos para otras prácticas médicas, para otras prácticas de salud. No es que nacimos con este don de escuchar. Nosotros capacitamos a los equipos para que eso ocurra, para que los equipos también se autoevalúen y estén chequeándose si estamos ofreciendo todas las opciones disponibles, si estamos dando la información precisa, si acompañamos de la mejor manera. Hay supervisión, igual que en cualquier otra práctica.

Entonces, me parece que hablar peyorativamente de este espacio de consejería, que es tan importante, o hablar de que se brinda de cualquier manera, cuando el protocolo de atención a las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo dedica un capítulo a eso, me da pena; francamente me da pena. Invito a que vayan a ver un equipo, a que miren los protocolos y vean en las condiciones en las que trabajamos. Gracias.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias a usted.

Les paso la palabra, porque a las 15 horas deberíamos tener la otra reunión con los otros doce expositores. Tengo pedida la palabra por la senadora Elías de Perez, Fiad, Almirón, Luenzo, Nancy González, Mayans; y creo que la senadora

Tapia había pedido la palabra antes del senador Mayans; con lo cual, solicitamos que sean breves en las preguntas y breves en las respuestas, para poder, aunque sea, tener un poquito de *break* para poder empezar la plenaria de las 15, en la que ya estarían los otros doce expositores para ingresar.

Elías de Perez, por favor.

Sra. Elías de Perez.- Gracias, presidenta.

Brevemente, doctor Barceló, me gustaría que me dé su visión de si con este proyecto vamos a disminuir la mortalidad materna.

Y a la doctora Angélica Sarmiento, que nos ha expuesto con tanto detalle la evolución de niño en el seno materno –y yo voy a usar la palabra “niño” porque es lo que el ordenamiento jurídico argentino dice que debe llamárselo así; el ordenamiento jurídico argentino dice que se es niño desde el momento de la concepción y por eso es que uso esta palabra–, quisiera que me diga la doctora, según lo que ella cree, ¿por qué cree que en este proyecto se permite la interrupción libre y sin causa más que la libre voluntad de la mujer, hasta la semana catorce? Por las enormes cantidades de causales abiertas que se dan ahora para que sea hasta el final del embarazo, en el caso que fuera más adelante, con cualquiera de todas esas técnicas que ha descripto, si corre riesgo la madre o no.

Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Señor senador Fiad, por favor.

Sr. Fiad.- Gracias, senadora.

La pregunta que iba a hacer la realizó la senadora Elías de Perez. Pero también quería hacer una consideración y una aclaración.

La verdad que se ha dicho que no se ha hecho nada. La verdad es que no se dictaminó, pero hay muchísimas iniciativas con giro a distintas comisiones que abarcan las diferentes dimensiones de este tema y que, lamentablemente, no avanzaron, tanto en Diputados como en Senadores. Están las propuestas y ojalá que esas propuestas también sean el puntapié inicial para que podamos dar las respuestas integrales y que la única respuesta no sea el tratamiento del aborto.

También quería hacer una consideración, ya que algunos de los expositores mencionaron el tema de las creencias religiosas como la razón fundamental que define la posición de algunos senadores que no apoyan este proyecto. La verdad que pensé que habíamos superado ese recurso que nació de prejuicios y que nos íbamos a dar la oportunidad de tratar, desde todas las ópticas. Por eso, insisto que nos permitamos seguir escuchando las razones científicas, médicas y, de hecho, por supuesto, las jurídicas –de derecho– y las humanitarias que vienen expresando muchos expositores.

Estamos en un país laico, como bien decían muchos de ustedes. Por supuesto, la consideración religiosa es la que seguramente nadie ha expuesto, desde ninguno de los expositores ni de un lado ni del otro. Pero hay prejuicios, sin duda, desde uno de los sectores.

Solamente esa aclaración. Iba a hacer la misma pregunta que hizo la senadora Elías al doctor Alejandro Barceló. Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias a usted.

La senadora Almirón tiene la palabra.

Sra. Almirón.- Gracias, presidenta.

A la doctora Analía Messina, como integrante de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, quería preguntarle, hablando de escucha, como recién lo mencionaban, sobre la línea 0800 que tiene el Ministerio, que se enmarca en el Programa Nacional de Salud Sexual y

Reproductiva, y preguntarle específicamente cuáles son los datos que arrojan en materia de interrupción del embarazo en razón de las consultas que se hacen. Gracias.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Tiene la palabra el senador Luenzo.

Sr. Luenzo.- Gracias, presidenta.

Simplemente, una reflexión ante la pregunta que le formulara al doctor Flores. El tema que me preocupa, y mucho, es el de las niñas madres. Quisiera que no quede instalado y naturalizado que las niñas pueden ser madres.

Primero el doctor Flores lo que dice es que una niña rápidamente de quedar embarazada tiene la aptitud y tiene la capacidad de ser madre. Ahora bien, si no tiene la capacidad de decidir ser madre –y esto lo admite el propio doctor Flores–, si no tiene esa capacidad de poder elegir ser madre, ¿entonces, le negamos la capacidad de decidir no ser madre? Esto es lo que a mí me preocupa.

Y explicado desde la biología, también perdemos de vista que somos un ser social. No tenemos –creo yo– que explicar esto desde la biología.

También el doctor Flores hablaba de las consecuencias que le queda a una niña que eventualmente tiene que enfrentar un aborto. Yo pregunto: una niña que no es consciente de ese acto, de ser madre de pronto, ¿cuáles son las secuelas y cuál es el efecto que tiene en esa mujer, en ese ser humano, el día que sepa que su hijo es producto de una violación? Me parece que estas son las cosas sobre las que tenemos que reflexionar.

No podemos naturalizar ni justificar bajo ningún punto de vista que una niña puede ser madre inmediatamente después de que se entera que está embarazada, porque no lo decidió; y si no decidió ser madre –no pudo decidir ser madre–, ¿por qué no puede decidir, entonces, avanzar con la interrupción voluntaria de ese embarazo?

Lo digo como reflexión nada más, porque es riesgoso que naturalicemos desde cualquier lugar que las niñas pueden ser madres. Creo que tenemos que ser muy claros y muy contundentes en este tipo de cosas.

Le agradezco. Simplemente, una reflexión acerca de lo que preguntaba el doctor Fiad.

Gracias, presidenta.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias a usted.

Tiene la palabra la senadora Nancy González.

Sra. González, Nancy.- Gracias.

Primero, quiero aclarar algo. No sé cuál de los expositores dijo algo sobre la muerte de la chica en Chubut. Keyla falleció de 7 semanas y, según consta en el juicio, la doctora fue exculpada. Entonces, me parece que el expositor faltó a la verdad.

Tenía una pregunta para el doctor Rubinstein. El doctor Rubinstein nombró varias veces que se hacen abortos y que hay abortos en nuestro país. Entonces, le quiero preguntar –creo que me va a responder con la mayor sinceridad– si él no cree que en este proyecto, que regula la IVE –y son responsabilidad del Estado las políticas públicas–, el Estado debería regular estas prácticas. En este proyecto no es solamente responsabilidad del Estado prevenir y evitar muertes, sino que es también responsabilidad de los legisladores poder apoyar estas políticas públicas para seguir evitando muertes en la República Argentina.

También, tenía una pregunta para la doctora Messina, pero la voy a dejar porque estamos muy jugados con el tiempo.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Por último, tiene la palabra el senador Mayans.

Les recuerdo –me informó la presidenta Durango– que a las 14:30 tenemos que cortar el Zoom. Recordemos que hay un montón de trabajadores del otro lado que tienen que prepararse para arrancar la nueva jornada a las 15 horas.

Tiene la palabra el senador Mayans.

Sr. Mayans.- Muchas gracias.

Simplemente, quería destacar que ha sido una muy buena jornada de expositores que han sido, realmente, muy precisos y han sido muy constructivos. Simplemente eso. Y pedirle al doctor Alejandro Barceló que, si tiene una copia en PDF de su exposición, se la pueda hacer llegar al presidente de Salud o a la presidenta de la comisión, ya que nos gustaría tenerla para analizarla.

Muchas gracias.

Sr. Barceló.- Con gusto.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Tiene la palabra el doctor Barceló y, luego, la doctora Sarmiento para las preguntas de la senadora Elías de Perez.

Sr. Barceló.- Muchas gracias, señora presidenta. Y muchas gracias, senadora Elías de Perez por su consulta.

Para ser lo más serio y científico posible frente a su pregunta, uno no puede adelantarse en el tiempo y no puede saber a ciencia cierta qué es lo que puede pasar al futuro. Si yo dijera qué es lo que fuera a pasar en el futuro, seguramente, muchos de ustedes dudarían sobre mi palabra, así que no quiero caer en hacer predicciones en ese sentido. Lo que sí puede uno es ver qué ha sucedido en la experiencia comparada. Mucho se ha dicho en este debate que la despenalización del aborto en la mayor parte de los países ha provocado un aumento del número de abortos durante unos pocos años y, luego, ha vuelto a reducirse el número de los mismos. De la experiencia comparada –datos a los cuales cualquiera de ustedes puede acceder– y del estudio realizado a lo largo de los años, por ejemplo, en Europa, más de 30 países han ascendido el número de abortos durante 20 años consecutivos, por lo menos. En unos más todavía Y hay países que aún hoy siguen ascendiendo el número de abortos. Puedo nombrarles algunos, porque tengo acá los números: Francia en el año 1976 tenía 137.800 abortos; en el año 86, 170.000; en el año 2006, 225.000; y en el año 2012, se mantiene en la cifra de 222.000. Fíjense que de 137.000 pasamos a 222.000, más allá de la población que tiene el país.

España, que se mencionó hoy, tiene muchos datos. Me llamó la atención lo que dijo la disertante porque tengo otras estadísticas al respecto: en el año 87, 22.000 abortos; en el año 97, 52.000 abortos; en el año 2007, 108.000 abortos; y en el año 2011, 116.000 abortos. Es cierto que desde el año 2011 al 2015 se redujo el número de abortos en España porque va trasladándose del aborto quirúrgico al aborto químico. A partir del año 2015, empieza a aumentar, nuevamente, el número de abortos en España. Por ejemplo, más de la mitad de las jóvenes menores de 20 años que quedaron embarazadas abortaron en España. Y tengo también estadísticas sobre cómo aumentó el aborto, sobre todo, en adolescentes. En España se produce un aborto cada 5 minutos; cada día se producen 258 abortos; y 11 abortos por hora. Más de la mitad de los abortos se realizan en jóvenes menores de 30 años.

También hay estadísticas sobre cómo creció el embarazo en las adolescentes que terminan en aborto. En el año 90 había un 21 por ciento; en el año 2000, un 44 por ciento; y en el año 2017, un 55,4 por ciento.

Por ejemplo, en las estadísticas de Asturias, Canarias, Baleares, 1 de cada 4 embarazos acaba en aborto. Y así podría continuar con distintas regiones.

Tengo datos de cuando se despenaliza el aborto en Sudáfrica: en el año 97, 26.000 abortos; en el año 2006 –casi 10 años después–, 95.000 abortos. Se multiplica casi por 5.

En Rusia, el primer país en el mundo que despenaliza el aborto: en el año 21.900 abortos; en el año 26 –5 años después–, 32.000 abortos; en el año 34, 154.000 abortos, llegando al año 65 con 5.463.000 abortos.

Obviamente, cada país tiene su propia particularidad, pero esto nos puede dar una pauta acabada de qué es lo que sucede con respeto a esta temática.

Con respecto a algo que se dijo, solo 4 países en el mundo permiten el aborto hasta el final del embarazo, según estudios del Centre for Reproductive Rights y Guttmacher Institute, quienes trabajan el tema conocen estos centros de informes. Estos países son: China, Vietnam, Corea del Norte y Canadá. Solamente 4 países tienen el aborto ilimitado, como podría llegarse a dar en esta situación.

Por otra parte, el 64 por ciento de los países prohíben el aborto libre en el mundo. Y el aborto por motivos sociales y económicos está prohibido en el 77 por ciento de los países.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Disculpe, doctor Barceló. Le pido que vaya redondeando porque hay otra respuesta para la senadora Elías de Perez y hay otra consulta más.

–Luego de unos instantes:

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- No se lo escucha.

Sr. Barceló.- ¿Se escuchó o estaba muteado? ¿No se escuchó nada?

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Estaba muteado, así que redondee la parte final.

Sr. Barceló.- ¿No se escuchó nada?

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- No se escuchó, simplemente, lo de recién. Todo lo anterior, sí.

Sr. Barceló.- Ah, bueno. Disculpe. Se muteó automáticamente.

Decía, simplemente, que el 64 por ciento de los países en el mundo prohíben el aborto a demanda y el 77 por ciento lo prohíbe por motivos sociales y económicos. Eso también es importante tenerlo en cuenta. Toda esta información la puede conseguir o se la puedo facilitar.

Si ustedes ven el ranking de mortalidad materna, relacionado con las leyes restrictivas, lo cierto es que los países que tienen mortalidad materna es indistinto el régimen legal. Polonia, por ejemplo, tiene 2 muertes maternas en el mundo; Irlanda tiene 5 muertes maternas en el mundo; Malta es otro de los países que tiene menos mortalidad materna en el mundo; Chile tiene un índice de mortalidad materna también muy bajo –recién hace unos pocos años despenalizó el aborto– y Uruguay, que también tiene un índice de mortalidad materna muy bajo con, hasta hace unos años, un régimen restrictivo. En cambio...

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Disculpe, doctor Barceló. No quiero ser antipática, pero hay otro senador pidiendo la palabra...

Sr. Barceló.- Muchísimas gracias. Un gusto.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- La doctora Sarmiento tenía para contestarle a la senadora Elías de Perez.

–Luego de unos instantes:

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- ¿La doctora Sarmiento sigue estando? Yo no la veo. Si alguien la ve. Pido disculpas, senadora, que no está para contestar.

Después de las aclaraciones hechas, la senadora Almirón para la doctora Messina.

Sra. Messina.- Quería comentar que la línea 0800 sufre, o está recibiendo, una enorme cantidad de llamados que van *in crescendo*. Por ejemplo, en el año 2019 cerramos con 3.722 secuencias por ILE. Particularmente, me estoy refiriendo a ILE. Este año, entre enero y octubre, recibimos 8.484 secuencias por Interrupción Legal del Embarazo. De ellas –para tranquilidad, también, de las personas que están interesadas en el tema–, el 91 por ciento fueron consultas hechas en embarazos menores de 12 semanas.

No sé si puedo ofrecerle algún dato más. Pero quiero mencionar también que el 57.2 por ciento de los llamados son hechos por personas entre 20 y 29 años. El 31.5 son entre 30 años y más, y un muy pequeño porcentaje son hechos por menores de 15 a 19 años. La media, el promedio de edad de las consultan a la línea 0800, es de 26.8 años.

Es muy interesante esto de, por favor, recuperemos para nuestra memoria que el 90 por ciento de los llamados se produce dentro del primer trimestre.

También hay otro dato muy interesante para tener en consideración con respecto a la salud de las mujeres y de las niñas, o las personas con capacidad de gestar, y es que, a menor edad cronológica, más tardía se hace la consulta. Mientras que, a mayor edad de vida, más tempranamente se hace la consulta.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias. Y muchas gracias por la brevedad.

El doctor Rubinstein tenía una pregunta de la senadora Nancy González.

Sr. Rubinstein.- Sí, muchísimas gracias.

Para responderle, lo primero es que el aborto es una tragedia. Y obviamente, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo no es una solución en sí misma; es enfrentar un problema que tiene que ver con el contexto que estamos viviendo, y el hecho de que el aborto existe, que es insoslayable, que produce enormes complicaciones, que es un problema de salud pública y que es un problema de equidad, además de la cuestión de la ampliación de derechos.

Pero para responder la pregunta de la senadora González, claramente, el IVE –la Interrupción Voluntaria del Embarazo– tiene que acompañarse de políticas activas de salud sexual y reproductiva que tengan que ver, por ejemplo, con la Educación Sexual Integral en las escuelas; con la prevención del embarazo no intencional; con la prevención del abuso sexual, particularmente en las niñas y adolescentes; con la efectivización –que es lo que no se está aplicando– real de los protocolos que hoy están autorizados por las causas exceptuadas en el Código Penal, y por todas las cuestiones de salud sexual y reproductiva, anticoncepción y planificación familiar que tienen que estar claramente concebidas, articuladas e implementadas, justamente, para prevenir el aborto. Porque el aborto no es la solución, pero tampoco podemos soslayar, minimizar y desatender las consecuencias sanitarias del aborto clandestino.

Muchas gracias.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Gracias por la brevedad, doctor.

Tengo pedida la palabra por la senadora Blas. Pido encarecidamente, porque son y cuarto, y realmente tenemos que hacer un cuarto intermedio para que los trabajadores y trabajadoras del Senado puedan programar la segunda jornada de hoy.

La senadora Blas, por favor.

Sra. Blas.- Gracias, senadora. Sí, voy a ser breve.

Continuando con el doctor Rubinstein, la verdad, doctor, es que estoy de acuerdo con usted. Creo que el aborto es una tragedia; que tenemos que profundizar las medidas de prevención; que este país cuenta con las herramientas

necesarias. Me refiero a un acto sexual consentido; no me refiero a violaciones y al sometimiento físico y violento de las mujeres porque eso está normado. Para eso tenemos el ILE.

Yo quiero preguntarle, doctor, qué es lo que se evalúa, se meritúa, se pondera para determinar que una patología o un problema sanitario es un problema de salud pública. O dicho más directamente, qué es lo que se meritúa para concluir que el aborto, en este país, es un problema de salud pública. Gracias.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Muchas gracias. No tengo más pedidos.

Doctor Rubinstein, y con usted terminamos esta primera jornada de la mañana.

Sr. Rubinstein.- Muchas gracias, senadora.

Es un problema de salud pública porque hay un emergente que tiene que ver con, digamos, el número de abortos estimado en la Argentina, que es enorme; que, obviamente, no está registrado, que son todas estimaciones porque estamos hablando de un procedimiento ilegal. Y cuando yo digo que son 350.000 abortos ilegales por año, es una estimación pero que se basa en algunas métricas muy concretas. Muy concretas. Ese es el universo del cual estamos hablando. Que, como dije, prácticamente, se da un aborto ilegal cada dos recién nacidos vivos en la Argentina que hoy están en el orden de, entiendo –este año o el año pasado–, de 650.000 recién nacidos vivos en nuestro país.

Tenemos un número de internaciones por aborto complicado, que es muy alto. En las instituciones públicas es donde tenemos los registros estadísticos oficiales, desde el Ministerio de Salud, que tampoco son completos. Porque la realidad es que, como se trata de una complicación por un procedimiento clandestino, no se registra adecuadamente. Porque los profesionales tienen miedo de hacerlo. Pero aun así, estamos hablando de un número que oscila entre 38 y 40.000 abortos complicados, hospitalizados por año, de los cuales más de dos terceras partes son por abortos ilegales. Y estoy considerando solamente el sector público, pero es el que más concentra porque esto es un problema de las mujeres pobres; de las que no tienen cobertura sanitaria. Pero si lo extendemos, estamos hablando de una estimación de 65.000 por año. O sea, no estoy hablando solo del último emergente, de la punta del iceberg, que son las muertes maternas por aborto. Porque no me interesa que esa sea la causa 74 o la causa 120 o la primera causa de mortalidad materna: me interesa que son muertes evitables y que representan un universo muchísimo más amplio, que no podemos seguir soslayando. Por eso es un problema de salud pública.

Sra. Presidenta (Tagliaferri).- Ahí volvió la senadora Durango.

Sra. Presidenta (Durango).- Senadora Tagliaferri, muchas gracias por reemplazarme un ratito.

Hemos terminado con nuestros expositores. Quiero agradecerles profundamente a todas y a todos. Han sido muy claros, muy precisos. Y también a las senadoras y a los senadores.

Hay algunas senadoras que me piden que empecemos tres y media la segunda parte. Les quiero decir que tenemos doce personas citadas; algunas, internacionales. Así que les pido, por favor, que seamos puntuales. Tenemos casi cuarenta y cinco minutos para comer algo y descansar, pero estemos a las tres aquí.

Muchas gracias a todos y los espero a las 15.

–Son las 14:19.