

**Uruguay – América Latina – Caribe**

**DERECHOS SEXUALES  
Y  
DERECHOS REPRODUCTIVOS**

**DIAGNÓSTICO NACIONAL Y  
BALANCE REGIONAL**

1995- 2002

**CAMPAÑA POR UNA CONVENCION INTERAMERICANA  
DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS**

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación Ford.

© Copyright - Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM.  
Toda información puede ser reproducida haciendo mención a la fuente.

**CLADEM**

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer  
Apartado Postal: 11-0470, Lima, Perú  
Tel: (511) 4639237  
Fax: (511) 4635898  
E-mail: [oficina@cladem.org](mailto:oficina@cladem.org)  
Web: [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

**CLADEM Uruguay**

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer –Oficina Uruguay  
Miguel del Corro 1474  
Telfax: (5982) 3361095  
E-mail: [clademuy@adoinet.com.uy](mailto:clademuy@adoinet.com.uy)  
Web: [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

**MYSU (Mujer y Salud en el Uruguay)**

San José 1436 CP. 11200 Montevideo - Uruguay  
Telfax: (598-2) 901 8782 - 902 0393  
E-mail: [mysu@adinet.com.uy](mailto:mysu@adinet.com.uy)

Edición: Moriana Hernández Valentini  
Diseño y armado: Lilián Abracinskas

Impreso en: Rosgal

ISBN  
Depósito Legal  
Montevideo, Uruguay

□

# PRESENTACIÓN

El presente diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en Uruguay, se inscribe en la tradicional preocupación de CLADEM por alentar debates informados, como forma de contribuir al incremento de las respuestas sociales e institucionales que amparan el goce de los derechos humanos de las mujeres.

A esos efectos, se diseñó un Proyecto Regional con el fin de recabar información comparable proveniente de distintos países del área, como parte de los esfuerzos previos y orientadores de la Campaña por una Convención Interamericana de Derechos sexuales y Derechos reproductivos, que se ha resuelto impulsar.

Con tal propósito, se conformó una alianza regional de organizaciones, las que reunidas en Lima en noviembre de 2002, aprobamos el "Manifiesto" de nuestra Campaña, en el que se exponen con singular claridad las ideas que orientan este desafío, algunas de las cuales quiero compartir en vista a su significación.

"Sabemos que la democracia sigue siendo una construcción desafiante y es hoy una meta por alcanzar. En este sentido necesitamos repensar los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales destinados a expandir y fortalecer las capacidades de todos los seres humanos en condiciones de igualdad sustancial y libertad real. Consideramos que la tarea de cerrar brechas para eliminar toda forma de exclusión y discriminación debe convertirse en su consigna y objetivo principal. En este lineamiento se inscribe nuestra propuesta." (...)

"En la medida que nuestra propuesta se define como un aporte a la construcción de la democracia se propone impulsar procesos que nos permitan como sociedad, informarnos, discutir, debatir, revisar y volver a pensar sobre estos asuntos. No pretendemos hacer lo que criticamos: las bases de nuestras formulaciones serán el resultado de debates intensos al interior de nuestras sociedades y no sólo de las ideas de un conjunto de especialistas." (...)

"Nuestro principal objetivo es establecer las conexiones que existen entre las propuestas de desarrollo que hoy se debaten y se aplican en países como los nuestros, y el modo como éstas afectan nuestras prácticas sexuales y elecciones reproductivas. ¿Ejercemos realmente nuestros derechos sexuales?, ¿y nuestros derechos reproductivos?, ¿la actual propuesta de desarrollo económico y político de nuestra región está creando las condiciones para la ampliación y profundización de nuestros derechos, o nos está llevando por un camino inverso?, ¿pueden coexistir un enfoque de derechos humanos con un modelo de desarrollo neoliberal?" (...)

En el ámbito nacional, entendemos que este material llena un importante vacío de información, dado que hasta ahora ninguna entidad nacional o internacional ha realizado una tarea similar en este nuevo campo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, contribuyendo a la desmitificación de cualquier forma de pensamiento único, en el entendido que la diversidad es un capital simbólico que ningún movimiento social puede darse el lujo de desaprovechar.

Por último, queremos agradecer especialmente a las compañeras de MYSU (Mujer y Salud en el Uruguay) quienes con gran responsabilidad relevaron la información solicitada en la Guía elaborada - con sumo detalle -, por la responsable central de este Proyecto, la Dra. Roxanna Vázquez, así como a todas las que colaboraron para que dicho material pudiera convertirse en patrimonio de quienes se interesan por la temática. En particular, a la Socióloga Moriana Hernández quien tuvo a su cargo bastante más que la simple edición de la información recabada, ya que la media sanción del Proyecto de Ley de "Defensa de la Salud Reproductiva" ocurrida en diciembre de 2002, impuso la necesidad de actualizar la información a esa fecha, dado que hubiese constituido un acto de ceguera política omitirlo, en atención a la trascendencia nacional y regional que tal aprobación reviste.

Sinceramente, esperamos que este trabajo contribuya al debate y construcción del pensamiento crítico nacional que el tema demanda.

**Dra. Graciela Dufau**  
**Coordinadora de Cladem Uruguay**

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), es una red de organizaciones y mujeres de toda América Latina y el Caribe, empeñadas en unir esfuerzos para lograr la efectiva defensa de los derechos de las mujeres en nuestra región. Es una organización autónoma, no gubernamental y sin fines lucrativos.

Como una gran telaraña, formamos una red que articula a organizaciones y personas comprometidas en la promoción y defensa de los Derechos de las Mujeres a través de distintas actividades: elaborando propuestas legislativas; investigando; capacitando; litigando; enseñando en las universidades; informando; comunicando y ejerciendo acciones de solidaridad.

Somos mujeres usando el derecho como una herramienta de cambio, porque tenemos una mirada crítica hacia el mismo, ya que: “El poder se legitima a través del derecho y el derecho legitima la subordinación de la mujer”.

Desde el 3 de julio de 1987 que constituimos CLADEM en San José de Costa Rica, buscamos que lo que ya se había avanzado en América Latina en materia del estudio sobre el problema del maltrato; las propuestas que se habían diseñado para erradicar la violencia sexual; la legislación vigente en algunos países de la región tendiente a erradicar la discriminación contra la mujer; nos sirviera en toda América Latina para aprender de ellas, para adaptarlas y mejorarlas de acuerdo a nuestras propias realidades nacionales.

Es por eso que en CLADEM elaboramos y difundimos diagnósticos, investigaciones, propuestas jurídicas y de política para el mejoramiento de la condición de la mujer.

Nos relacionamos con organizaciones internacionales, a las que nos unen intereses comunes y junto a las cuales abogamos por los derechos humanos de las mujeres en foros internacionales, así como con instancias de gobierno, legislativas y judiciales. Nuestra organización cuenta con Status Consultivo en la categoría II ante la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas desde el año 1995 y está facultada para participar en las actividades de la Organización de Estados Americanos (equivalente de la OEA al Status Consultivo) desde el año 2002.

El objetivo de CLADEM es contribuir, a partir de una perspectiva feminista, a la construcción de democracias reales con justicia social, libres de discriminación y con ejercicio pleno de los derechos humanos.

El centro de nuestro quehacer es la promoción, vigilancia y la defensa de los derechos de las humanas, a los que concebimos como integrales e interdependientes. Desde una visión sociojurídica, actuamos en una dinámica que interconecta los planos locales, regionales e internacionales en estas materias.

Al interior de cada país, promovemos la preparación de instrumentos de monitoreo a los gobiernos y su aplicación desde la sociedad civil; impulsamos una mirada crítica sobre los proyectos de ley y las leyes que afectan a los derechos de las mujeres en tanto tales; informamos; capacitamos; sistematizamos y hacemos denuncias para que se cumplan los compromisos asumidos por cada Estado, con relación a los derechos humanos de las mujeres.

CLADEM se propone como una articulación flexible y abierta. Para su funcionamiento cuenta con una Coordinadora Regional y el Comité Ejecutivo Regional, que impulsan el trabajo planificado por la Asamblea Regional, apoyadas por la Oficina Regional, que les brinda soporte técnico y administrativo.

Hoy CLADEM tiene su Coordinadora Regional en Rosario, Argentina; su Oficina Regional en Lima, Perú y dispone de 14 Oficinas nacionales en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Uruguay, así como con Enlaces en Chile y El Salvador.

## CLADEM URUGUAY OFICINA NACIONAL

El trabajo acumulado por la Dra. Graciela Dufau como Enlace CLADEM en Uruguay durante más de cuatro años, permitió dar un paso en el camino del crecimiento institucional: el 4 de diciembre de 2001 se fundó la Oficina Nacional CLADEM Uruguay.

Son miembros de esta Oficina: la Casa de la Mujer de la Unión, el Grupo de Estudio de la Condición de la Mujer en Uruguay (GRECM), y el Instituto Mujer y Sociedad, conjuntamente con profesionales de Derecho, Sociología, Psicología y Antropología a título individual.

En la actualidad, la Coordinadora es la Dra. Dufau; el Ejecutivo está integrado por las sociólogas Nea Filgueira y Moriana Hernández, y la Psicóloga Social Mabel Simois; la Oficina se completa con la participación de las Dras. en Derecho: Cecilia Anández, Ana Lima, Flor de María Meza y Marta Scarpitta; la Dra. en Sociología Beatriz Lovesio, la Psicóloga Elina Berro y la Antropóloga Susana Rostagnol.

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), es una instancia que articula organizaciones de mujeres y personas que, desde una perspectiva feminista, promueven el reconocimiento y el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Actúa bajo la convicción de que éste es un camino fundamental para la construcción, el fortalecimiento y el ejercicio de la ciudadanía en general, y de las mujeres en particular.

Desde su creación, en 1996, ha acumulado experiencia y profesionalidad en el área de la salud y los derechos de las mujeres desarrollando acciones en:

- ❖ advocacy y lobby en derechos sexuales y reproductivos;
- ❖ promoción y sensibilización dirigida hacia organizaciones de mujeres, grupos juveniles y otros actores sociales;
- ❖ formación de recursos humanos a distintos niveles;
- ❖ desarrollo de campañas nacionales y regionales;
- ❖ seguimiento y monitoreo de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en Uruguay;
- ❖ seguimiento de los compromisos asumidos por Uruguay en las Conferencias de NNUU (en especial ICPD y CMM, y procesos posteriores);
- ❖ asesoramiento técnico a grupos, organizaciones no gubernamentales, parlamentarios e instituciones públicas en temas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos;
- ❖ producción de materiales de difusión;
- ❖ producción de investigación y documentos de interés en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La Coordinación de MYSU está integrada por representantes e integrantes de: Casa de la Mujer de la Unión, Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología de UDELAR), Cotidiano Mujer y Mujer Ahora.

Integran su consejo coordinador: Alejandra López, Lilián Abracinskas, Cristina Grela y Gilda Vera.

Como Red, integra la Coordinación de la Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía. Ha coordinado acciones en Uruguay con las redes regionales e internacionales: Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y El Caribe (RSMLAC), Campaña por la Despenalización del Aborto en América Latina y El Caribe (Campaña 28 de Setiembre), DAWN-REPEM y CLADEM.

# INDICE

## DIAGNOSTICO NACIONAL:

I - METODOLOGÍA UTILIZADA	11
II - RADIOGRAFÍA DEL PAÍS	13
III - LEGISLACIÓN NACIONAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS	33
IV - TEMAS, ACTORES Y ARGUMENTOS RELEVANTES	43
V - ALGUNAS CONCLUSIONES	47

## BALANCE REGIONAL:

I - TÉRMINOS, ALCANCES, OBJETIVOS	55
II - APRECIACIONES GENERALES	56
III - PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y TENDENCIAS	56
IV - RESULTADOS DEL BALANCE POR TEMAS	61
V - CONCLUSIONES	75
EQUIPOS DE TRABAJO	78

## ANEXO:

PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA APROBADO EN URUGUAY POR LA CAMARA DE REPRESENTANTES EL 10/12/2002	81
---	----

# DIAGNÓSTICO DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

URUGUAY



# I. METODOLOGÍA UTILIZADA

El presente trabajo sobre la situación de Uruguay en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, integra el proyecto de diagnóstico regional en esta materia que se propuso CLADEM, como parte de sus esfuerzos para la Campaña por una Convención interamericana de Derechos sexuales y Derechos reproductivos.

Es así que CLADEM elaboró una guía para el diagnóstico sobre la situación de estos derechos<sup>1</sup> que fuera aplicada en 14 países de América Latina y el Caribe<sup>2</sup>.

A partir de esos estudios nacionales, un equipo de trabajo de CLADEM liderado por Roxana Vásquez e Inés Romero, sistematizó un balance regional de resultados, que acompaña la presente edición del diagnóstico de Uruguay.

Para conocer el estado de situación de los derechos sexuales y de los reproductivos a nivel nacional fue necesario recolectar y procesar la información relevante sobre los mismos, así como sobre los procesos políticos, sociales y económicos relacionados, ocurridos en cada país de la región en ese lapso. Con tales fines, CLADEM diseñó cuidadosamente los instrumentos de recolección y análisis de la información.

Toda vez que el alcance de la definición y el contenido de los derechos sexuales y los derechos reproductivos dista aún de ser materia laudada, es preciso señalar que a los efectos del presente trabajo los temas que fueron considerados, siguiendo la guía metodológica, fueron los relacionados con:

- ❖ Educación sexual
- ❖ Planificación familiar y anticoncepción
- ❖ Violencia sexual contra las mujeres
- ❖ Prostitución
- ❖ Matrimonios y uniones de hecho
- ❖ Divorcio
- ❖ Aborto
- ❖ Embarazo adolescente
- ❖ Orientación sexual
- ❖ HIV/SIDA
- ❖ Control del embarazo y atención del parto y el puerperio.
- ❖ Detección y prevención del cáncer génito mamario
- ❖ Reproducción asistida

El diagnóstico inicial sobre Uruguay, que abarcaba los años entre 1995 y 2000 fue realizado por un equipo de MYSU integrado por tres de sus profesionales: la psicóloga Alejandra López, la antropóloga Susana Rostagnol y la abogada Graciela Dufau, al que se integró la socióloga Nea Filgueira, Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Condición de la Mujer, GRECMU.

Para la elaboración de este trabajo se utilizaron las siguientes fuentes:

- ◆ La información estadística oficial publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas, por diferentes programas y el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y por la Intendencia de Montevideo.
- ◆ Los procesamientos que de la misma información han realizado el Área Sociología Relaciones de Género del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República y el Instituto Nacional de la Familia y la Mujer.
- ◆ Informes de situación elaborados por diversos organismos internacionales tales como el PNUD de Naciones Unidas y el CLAP de la Organización Panamericana de la Salud.
- ◆ Trabajos de conocidos científicos sociales.
- ◆ Los materiales producidos por MYSU, CLADEM Uruguay y por la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Beijing.
- ◆ El banco de datos sobre legislación nacional, de la Imprenta de Publicaciones Oficiales, (IM.PO.)

Complementariamente se revisaron y procesaron las noticias de prensa publicadas en dos reconocidos semanarios de circulación nacional y los resultados de las Encuestas de Opinión realizadas por una empresa, cuyos resultados y análisis son de acceso público.

Las opiniones de integrantes de ONGs, funcionarios públicos y académicos, fueron relevadas mediante entrevistas que se realizaron siguiendo la pauta establecida por la metodología regional. Lamentablemente las investigadoras no consiguieron ser atendidas por los representantes de la Iglesia Católica a quienes se pretendió entrevistar para completar el mapeo de opiniones de los diversos actores sociales en la materia, por lo que la información aquí vertida sobre sus posiciones es tomada de lo publicado en los medios de prensa.

La información relevada sobre políticas públicas comprende dos niveles, por un lado las políticas nacionales emanadas del Poder Ejecutivo y por otro las del gobierno departamental de Montevideo (IMM). La inclusión de la IMM como objeto de análisis fue asumido por las investigadoras en consideración a tres argumentos: en Montevideo radica más de la mitad de la población; la dimensión municipal de las políticas públicas tiene una significación creciente en el país; las políticas del Ejecutivo comunal montevideano responden a la coalición de izquierda y por ende muestran en muchos casos orientaciones distintas a las del gobierno nacional, que responde a la coalición de partidos tradicionales.

A solicitud de CLADEM otro equipo de MYSU, compuesto por Lilián Abracinskas y Alejandra López, procedieron a la actualización de la información, para el período entre el 2000 y junio del 2002.

La presente edición, siguiendo lo establecido por los términos de referencia para la elaboración del informe final del diagnóstico de cada país diseñados por CLADEM, estuvo a cargo de la socióloga Moriana Hernández Valentini, así como la actualización de la información legislativa hasta fines de 2002.

## II. RADIOGRAFÍA DEL PAÍS

### A. INFORMACIÓN CUANTITATIVA

#### 1. PAÍS: URUGUAY

#### POBLACIÓN POR SEXO SEGÚN GRUPO DE EDADES

**1. Población total:** 3.322.141 <sup>1</sup>

**Mujeres:** 1.712.942

**Hombres:** 1.609.199

Uruguay presenta características diferenciadas con respecto a otros países de la región, debido a un temprano proceso de transición demográfica, que comienza a manifestarse en las primeras décadas del siglo XX. Son constantes en su historia poblacional la baja densidad demográfica y la desigual distribución de la población en su territorio, así como una alta primacía urbana, particularmente de Montevideo su ciudad capital.

La población crece a un ritmo de 6.4 por mil anual. Sin embargo mientras la población urbana, que representaba el 91 % de la población total en 1996, crece a una tasa de 10 por mil, la población rural decrece a un ritmo del 21 por mil anual.

GRUPO DE EDADES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL PAIS	3.163.763	1.532.288	1.631.475
MENOS DE 1 AÑO	54.380	27.635	26.745
1 a 4	213.811	108.359	105.452
5 a 9	265.885	135.124	130.761
10 a 14	259.795	131.488	128.307
15 a 19	261.467	132.931	128.536
20 a 24	244.489	123.067	121.422
24 a 29	217.230	107.769	109.461
30 a 34	217.361	106.954	110.407
35 a 39	211.019	103.041	107.978
40 a 44	191.636	93.306	98.330
45 a 49	172.040	83.498	88.542
50 a 54	158.037	76.376	81.661
55 a 59	147.679	69.908	77.771
60 a 64	144.091	66.890	77.201
65 a 69	135.641	60.868	74.773
70 a 74	105.760	45.533	60.227
75 a 79	75.322	29.948	45.374
80 a 84	50.172	17.735	32.437
85 a 89	26.214	8.524	17.690
90 a 94	8.976	2.579	6.397
95 a 98	2.072	555	1.517
99 Y MAS	686	200	486

#### 2. ESTRUCTURA ETARIA

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Censo Nacional 1996

El proceso de envejecimiento de la población uruguaya queda al descubierto revisando la estructura etaria que registran los censos del siglo XX.

La esperanza de vida al nacimiento, se estima para las mujeres en 79 años, y para los hombres en 71 años<sup>2</sup>. La brecha entre hombres y mujeres se calculó en 8,29 años para 1996 y se estima en 7,82 para el 2010.

#### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (%)

GRUPOS DE EDAD	1908	1963	1975	1985	1996
TOTAL	100	100	100	100	100
0 a 14	41	28	27	27	26
15 a 64	56	64	63	62	62
65 y más	3	8	10	11	13

Fuente: En base a los Censos de Población

Casi un 20% de la población femenina tiene 60 y más años y representa el 58% de la población en ese tramo de edad.

El censo de 1996 muestra la siguiente estructura etaria por sexo:

La relación entre el creciente y significativo envejecimiento de la población y la necesidad de políticas sociales y sanitarias orientadas hacia la satisfacción de los requerimientos de la tercera edad, en particular de las mujeres, se hace evidente ante esta somera revisión de la estructura etaria de la población.

### 3. CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS, RACIALES Y LINGÜÍSTICAS

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó un estudio sobre razas en el Uruguay relevado conjuntamente con la Encuesta Continua de Hogares durante 1996 y 1997, Los resultados son representativos de la población urbana del país y muestran la declaración explícita de los entrevistados sobre la raza a la cual creen pertenecer.

#### DISTRIBUCIÓN (%) POR RAZA Uruguay urbano 1996 – 1997

REGIÓN	TOTAL	BLANCA	NEGRA	OTRAS
Total	100%	93,20%	5,90%	0,80%
Montevideo	100%	93,40%	5,80%	0,80%
Interior Urbano	100%	93,10%	5,90%	1,00%

Fuente: Estadísticas de Salud, edición 2001, MSP

En otras razas se agrupa un 0.4% para la raza amarilla y un 0.4% para la indígena.

Según la misma fuente el índice de masculinidad<sup>3</sup> presenta diferencias por raza y región, correspondiendo 86 para la población blanca y 95 para la población negra, en Montevideo y 90 y 98 respectivamente, en el interior urbano del país.

También la cobertura de salud muestra brechas significativas por raza: mientras que no tienen cobertura de salud o se atienden en la Salud Pública el 38.8% de las mujeres blancas en la misma condición se encuentra el 58% de las mujeres negras.<sup>4</sup>

La sociedad uruguaya no presenta diversidad lingüística, la única lengua es el español, y en ella se dicta la educación y se realiza la comunicación entre sus habitantes.

### 4. RELIGIONES CON ASCENDENCIA EN EL PAÍS

Uruguay es un Estado laico que consagra la libertad de cultos, según lo establecido en la Constitución<sup>5</sup>. La Iglesia Católica es la más importante en el país; habiendo además un número significativo de judíos y protestantes

tradicionales; en los últimos años se han incrementado los nuevos movimientos religiosos (neopentecostales especialmente) y las religiones afro-brasileñas (umbanda, quimbanda, etc.)

### 5. POBLACIÓN EN SEGMENTOS DE POBREZA.<sup>6</sup>

Uruguay figura como el país de menor pobreza entre los 90 países en desarrollo estudiados en el Informe mundial de desarrollo humano 2001 del PNUD. CEPAL lo ubica como el país con menores niveles de pobreza en América Latina.

La distribución del ingreso es una de las más igualitarias en el continente, ya que el 40% de los hogares más pobres acumulan el 22% del ingreso total del país, según cálculos de CEPAL para 1999. Sin embargo en el 2000 el 16.4% de los hogares (25.2 % de las personas) en el país urbano percibía un ingreso per cápita inferior a la línea de pobreza.<sup>7</sup>

#### EVOLUCIÓN DE LA POBREZA E INDIGENCIA EN HOGARES Uruguay urbano

AÑO	% Pobreza	Indig.
1994	12.8	(1.8)
1995	14.7	(2.5)
1996	15.7	(2.5)
1997	16.0	(1.8)
1998	15.5	(2.0)
2000	16.4	(1.2)

Fuente: "Desarrollo Humano en Uruguay, 1999", PNUD Uruguay.

La tendencia a una significativa reducción de la pobreza alcanzada por el país desde la reinstalación democrática en 1985 y hasta 1994, se revierte a partir de ese año, de tal suerte que, en el período analizado la tendencia muestra un incremento sostenido de la misma.

#### PERSONAS POBRES SEGÚN TRAMOS DE EDAD, Uruguay urbano, en porcentajes y por años

AÑO	0 -5	6 -13	14 -29	30 -49	50 -64
199	42.2	38.7	25.0	7.9	8.3
1996	45.0	39.9	26.8	18.6	8.7
1997	46.5	41.0	27.4	19.6	8.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares.

La composición de la población menos favorecida muestra una sobre representación infantil ya que según las estimaciones de CEPAL – PNUD para el año 2000: *“Casi el 50 % de entre 0 y 4 años pertenecen a hogares bajo la línea de pobreza en el país urbano. El porcentaje resulta levemente superior al 50 % para Montevideo”*.<sup>8</sup>

La gravedad de la desigual distribución generacional de la pobreza queda también de manifiesto si se utiliza el método de Necesidades Básicas. Es así que un estudio realizado en base a los microdatos del censo de 1996, señala que: *“La cifra de más de 38% de la población con al menos una carencia crítica se eleva a 47% al considerar la población con menores de 15 años y sobrepasa el 51% cuanto se tiene en cuenta a los niños menores de 5 años”*. Como señala el autor *“La precaria situación de la población infantil hipoteca capacidades futuras, en tanto el deterioro de sus condiciones de vida inhiben el normal desarrollo de sus capacidades sicofísicas, aumentando la desigualdad de oportunidades. Las carencias en las condiciones de infraestructura y servicios básicos (como en vivienda, hacinamiento, y calefacción) repercuten en la esperanza de vida, en la buena salud, en el rendimiento escolar, en las condiciones con que enfrentarán en el futuro el mercado laboral.”*<sup>9</sup>

## 7. INSTITUCIONES ESTATALES PARA ATENDER LOS INTERESES DE LAS MUJERES

Uruguay carece de una política de Estado orientada a eliminar la discriminación contra las mujeres. El incipiente desarrollo de las instituciones estatales creadas para atender los intereses de las mujeres y sus magras dotaciones presupuestales es una de las manifestaciones más notorias de esta carencia.

**El Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (INFM)**, que fuera creado a instancias del movimiento de mujeres, es una dependencia del Ministerio de Educación y Cultura, que tiene como cometidos principales la promoción, planificación, ejecución y evaluación de las políticas nacionales relativas a la familia y a la mujer<sup>10</sup>. Sin haber logrado desarrollar, a lo largo de los casi quince años de funcionamiento como organismo ministerial, su posición en el organigrama del Ministerio, ha

tenido una asignación presupuestaria equivalente a el 0.001% del Producto Nacional Bruto en el período 1996 – 2000 y de cien mil dólares anuales a partir del año 2000. La falta de recursos humanos y materiales ha impedido que el mismo juegue un papel rector en la definición de políticas en defensa de los derechos de la mujer. El INFM participa de varias coordinaciones con otros ámbitos estatales, tales como los Ministerios de Salud, Trabajo e Interior, pero carece del estatus institucional y jerarquía en el organigrama estatal que le permitan realizar actividades de verdadera significación e incidencia en las materias de su competencia.

Tampoco ha logrado diseñar ni implementar un Plan Nacional de Igualdad, ni impulsar otras medidas significativas para revertir las desigualdades de género. Esta situación que ha sido reiteradamente denunciada por el movimiento de mujeres, ha merecido la observación del Comité de Expertas de la CEDAW en su sesión de enero del 2002.

Las acciones desarrolladas no constituyen una política de Estado y dependen más de la iniciativa y la voluntad individual de personas que ocupan cargos de decisión, o del apoyo de organismos internacionales, que de una voluntad política gubernamental.

En esencia esta observación puede hacerse extensiva a otros organismos tales como los destinados a la salvaguarda de la equidad en el mercado de trabajo (**Comisión Tripartita de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo**) y de la mujer rural (**Comisión Honoraria de la Mujer Rural**).

Por su parte la Intendencia Municipal de Montevideo, a partir del año 2000 concentra tanto los programas de promoción y prevención en salud como los programas de promoción social en la División Salud y Programas Sociales. De esta división depende la **Comisión de la Mujer** (creada en el año 1990) cuyos cometidos son: *“Contribuir a que el Municipio de Montevideo incorpore en el desarrollo de sus acciones la promoción de igualdad de oportunidades entre mujeres y varones y la equidad de género, que garantice el ejercicio de la ciudadanía de vecinas y vecinos como requisito necesario para una ciudad solidaria e integrada”*.

Un avance sustantivo es el proceso, llevado a cabo durante el año 2001, para la elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la ciudad de Montevideo. Con amplia consulta y participación de la sociedad civil organizada y la participación local, se elaboró el Plan que fue lanzado públicamente el 8 de Marzo del año 2002 por el Intendente de Montevideo. El mismo incluye un Capítulo sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos cuyo principal objetivo es *"Contribuir al desarrollo de la salud integral de mujeres y varones a través de la promoción de prácticas saludables y placenteras, independientes de los condicionamientos de género y basadas en la diversidad de necesidades e intereses."*<sup>17</sup>

## 8. TASA DE MATRIMONIOS

### EVOLUCION DE LA TASA DE NUPCIALIDAD (1995 – 2000)

Número de matrimonios cada 1000 habitantes

AÑO	TASA DE NUPCIALIDAD
1995	5.44
1996	5.43
1997	5.22
1998	4.92
1999	4.69
2000	4.18

Fuente: Banco de Datos del Área de Sociología Relaciones de Género. Dpto. de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. En base a datos del INE.

Como se puede apreciar la evolución de la tasa de nupcialidad presenta una tendencia al descenso del número de los matrimonios.

### EVOLUCION DE LA EDAD MEDIA DE LAS MUJERES AL CONTRAER MATRIMONIO POR PRIMERA VEZ (1908 – 2000)

AÑO	EDAD (media)
1908	23.5
1920	20.2
1925	24.1
1930	21.6
1935	24.2
1940	22.8
1990	25.7
1995	26.1
2000	27.0

Fuente: Banco de Datos del Área de Sociología Relaciones de Género. Dpto. de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. En base al Anuario del INE.

En el 2000 las mujeres se casaban promedialmente por primera vez a los 27 años de edad, 3 años y medio después que sus congéneres de principio de siglo. Mientras que en el caso de los varones se da el fenómeno inverso: un corrimiento hacia el matrimonio en edades más tempranas; de ambas tendencias ha resultado una reducción de la diferencia de edad entre los cónyuges.

## 9. TASA DE DIVORCIO<sup>12</sup>

### EVOLUCION DE LA TASA DE DIVORCIOS SEGÚN ZONA GEOGRAFICA (1995 – 2000)

Número de divorcios cada 100 matrimonios

AÑO	Montevideo	Interior	TOTAL
1995	40.4	27.2	32.6
1996	44.5	31.6	37.3
1997	57.9	41.8	48.9
1998	43.7	42.8	43.3
1999	46.7	44.1	45.2
2000	53.8	45.4	49.1

Fuente: Banco de Datos del Área de Sociología Relaciones de Género. Dpto. de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. En base a datos del INE.

El aumento del divorcio es uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas. Mientras que en 1950 se registraron poco más de 1000 sentencias de divorcio en el país, ya para 1990 se quintuplicó esa cifra alcanzando para el 2000 un valor de casi cinco divorcios cada diez matrimonios.

## 10. TASA DE FECUNDIDAD

### TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD<sup>13</sup> EVOLUCION POR QUINQUENIOS 1950 – 2005

PERIODO	TGF
1950-55	2.73
1970-75	3.00
1990-95	2.49
1995-00	2.40
2000-05	2.30

Fuente: Banco de Datos del Área de Sociología Relaciones de Género. Dpto. de Sociología, Fac. C. Sociales. Universidad de la República.<sup>14</sup>

Los datos señalan una leve tendencia al descenso de la tasa global de fecundidad, que se ubica en valores apenas superiores a los necesarios para evitar el descenso de la población.

La variación en el aporte que los distintos grupos etarios hacen a la tasa general estaría indicando modificaciones en el calendario reproductivo de las mujeres uruguayas, visto que la estructura por edad de las mujeres en edad fértil no ha sufrido grandes cambios.

#### **TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN CONDICION SOCIOECONÓMICA DE LAS MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS, SEGÚN CENSO 1996**

CONCEPTO	TGF 1996
Situación Conyugal	
Soltera	0.85
Unida	3.2
Casada	2.37
Nivel de Instrucción	
Sin instrucción	2.88
Primaria Incompleta	4.24
Media y Superio	2.12
Disponibilidad de Aguas	
De red pública en vivienda	2.25
De red pública fuera de vivienda	4.00
Otro	3.58
Tipo de vivienda	
Ranchos y marginales	5.38
Corriente	2.58

Fuente: Instituto Nacional de la Familia y la Mujer, Ministerio Educación y Cultural<sup>15</sup>

En el último Censo Nacional se registran importantes variaciones en la TGF según condición socioeconómica, señalando consistentemente un aumento de la tasa en las mujeres de bajo nivel educativo, y que viven en condiciones de necesidades básicas insatisfechas.

Los dos últimos censos de población muestran una tasa de fecundidad más alta en el área rural, para todos los grupos etarios.

#### **11. MORBILIDAD MATERNA.**

No existen datos oficiales sobre tasa de morbilidad materna.

El escaso desarrollo de políticas preventivas y de seguimiento post-parto a la salud de la mujer, así como el incremento de la práctica indiscriminada de la cesárea, es uno de los factores que contribuye a las complicaciones del puerperio.<sup>16</sup>

A nivel nacional los nacimientos por cesáreas representan el 21.3% en el año 2000, pero en Montevideo ese porcentaje sobre el total de partos se elevó al 27.6%. El 37.7% de los partos en el sector privado y el 21.1% de los partos en el sector público ocurren por cesárea. La OMS considera exceso de cesáreas cuando supera el 15% del total de nacimientos.

Ante el importante incremento de cesáreas registrado en el país, (16 % en 1986 a 23.8% de los partos de 1998)<sup>17</sup> la Comisión de Género y Equidad de la Cámara de Representantes, realizó un llamado al Sindicato Médico del Uruguay para recibir un informe sobre prácticas médicas de atención al parto.

Otro de los factores que incrementa la morbilidad materna son las complicaciones post-aborto, aunque se carece de datos oficiales al respecto, puede suponerse que debido a la frecuencia de los abortos inseguros en el país, sea esta una causa no desdeñable de incidencia en la morbilidad.

#### **12. TASA DE MORTALIDAD MATERNA.**

##### **TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS**

AÑO	TASA
1996	1.9
1997	2.9
1998	2.8

Fuente: MSP, Departamento de Estadísticas

De cada mil fallecimientos de mujeres entre 15 y 49 años, 13 se deben a complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

##### **MORTALIDAD MATERNA EN URUGUAY 1995 – 1999.**

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999
ABORTO	5	4	4	3	1
CAUSA OBSTETRICA DIRECTA	7	7	11	6	5
CAUSAS OBST. INDIRECTAS	2	0	2	5	0
TOTAL	14	11	17	14	6

Fuente: Uruguay, MSP, División Estadística

El aborto causó el 36% del total de las muertes maternas en 1995 y en 1996, 24% en 1997, 21% en 1998 y 17% en 1999. El aborto en forma aislada, es la principal causa de muerte materna en el período. Si del total nacional se desagrega la mortalidad correspondiente al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), donde se atiende a población de escasos recursos, queda en evidencia que la ilegalidad del aborto discrimina con sin igual crudeza a las mujeres de este sector, puesto que son ellas las que hacen el mayor aporte a las estadísticas de muertas por abortos en condiciones de riesgo.

En el período 1996 – 2001 se han producido en el Pereira Rossell 15 muertes maternas, el 47% debidas a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo<sup>18</sup>. Para analizar las cifras es necesario recordar, como señalan los Dres. Briozzo, Cuadro, Pons et al: *“el casi seguro subregistro, dado que ni las mujeres -aún en inminencia de muerte- ni su entorno -incluso después de la muerte- suelen admitir el haber realizado un aborto provocado.”*<sup>19</sup>

De las cinco muertes maternas registradas en el Pereira Rossell en 2001, cuatro fueron debidas a complicaciones de abortos provocados en condiciones de riesgo. *“En el primer año del siglo XXI el 80% de las muertes maternas en el CHPR han sido causadas por abortos en condiciones de riesgo.”*<sup>20</sup>

Un estudio sobre la incidencia del aborto inseguro en la mortalidad materna en Uruguay de Briozzo et al, señala que *“En el Uruguay ha habido un incremento marcado de la mortalidad por esta causa [el aborto en condiciones de riesgo] que se ubica hoy como la principal causa de mortalidad materna, siendo particularmente dramática la situación en el nivel asistencial público, donde se asiste la población más carenciada.”*<sup>21</sup>

Uruguay no registra porcentajes elevados en otras causales de mortalidad materna, lo que se explica por el generalizado acceso de la población al agua potable, y a una serie de condiciones sanitarias (bajo porcentaje de población desnutrida, bajo o nulo porcentaje de enfermedades endémicas, amplitud de la vacunación, etc), que de no estar presentes aumentarían la vulnerabilidad de las embarazadas, así como al desarrollo sostenido,

desde la década de los cuarenta, de los programas de atención materno-infantil.

### 13. ABORTO

En Uruguay el aborto es ilegal y está penalizado, y no existen registros oficiales de su incidencia. Tampoco existen proyecciones ni estudios especializados en los últimos cinco años.

Según cifras del Dr. A. Turenne (1933) en el año 1908 se practicaban 2 abortos cada 100 partos, cifra que habría subido a 40 para 1925. De acuerdo al Prof. Hermógenes Álvarez en 1934 la cifra sería de 50 abortos cada 100 partos y en 1965 de 300 abortos cada 100 partos. Emilio Thevenet, en 1978, estima las cifras de abortos practicados anualmente entre 100.000 y 150.000 y en 100 el número de mujeres muertas cada año como consecuencia de las prácticas abortivas. En 1986, el Dr. Mario Pienovi con la colaboración de los Dres. Fernar Blois y Guillermo Rodríguez<sup>22</sup>, estiman a partir de una muestra de 1.000 mujeres encuestadas en distintos centros hospitalarios dependientes del MSP en todo el país, que el 30.5% de las mujeres de la muestra *“admiten haberse realizado por lo menos un aborto provocado”*. *“El intento más fundado y reciente por cuantificar el aborto se da con motivo de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1986 donde, a través de las historias de embarazos, se obtiene información directa de las entrevistadas respecto a la incidencia del aborto y la sitúa, para los años precedentes a la investigación, en el orden de 17 abortos por cada 100 partos.”*<sup>23</sup>

Como señalara el Dr. Luis Gallo, diputado informante del proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva: *“No existe en nuestro país información correcta sobre el número de embarazos no deseados, ni en particular sobre el número de abortos provocados en “clínicas” clandestinas. Menos aún de aquellos auto-abortos o de los abortos provocados por personas inexpertas e inescrupulosas en pésimas condiciones de higiene, por métodos caseros. Sí se conocen datos estadísticos sobre las muertes maternas por complicación de abortos en nuestro país.”*<sup>24</sup>

*“Si se compara la información internacional con la de nuestro país se concluye que el Uruguay está ubicado en los primeros lugares, si no en el*

primero, en mortalidad materna por complicaciones de la práctica de aborto provocado en condiciones de riesgo.<sup>25</sup>

#### 14. VIH/SIDA.

##### DISTRIBUCIÓN ANUAL DE CASOS VIH – SIDA

AÑO	VIH +	SIDA
1996	309	156
1997	337	173
1998	381	180
1999	420	190
2000	435	200
2001	447	227

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Programa SIDA

Los estudios centinela realizados por el MSP, muestran desde 1996 una disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia, un aumento de la participación de las mujeres (53% de los casos detectados en el estudio del año 2000) y una disminución de la edad de las personas.<sup>26</sup> Se notifica un nuevo caso por día de persona portadora de VIH en el Uruguay.

La transmisión de madre a hijo representa el 1.4% de los casos. Este modo de transmisión está disminuyendo ante la obligatoriedad establecida en 1997 de realizar la exploración de VIH en toda embarazada. La transmisión de madre a hijo se redujo del 28% en el año 1996 al 4% en el 2000.

La tasa anual de incidencia de SIDA pasó de 1 caso por millón de habitantes en 1985 a 60/1:000.000 para el 2000. El ritmo de crecimiento se ha enlentecido: mientras que entre 1991 y 1996 lo hacía a un 75%, entre 1997 y el 2000 lo hace solamente al 14%.

A fines del 2000 los casos acumulados de enfermos de SIDA suman 1.583, de los cuales el 78% son hombres.

La principal vía de transmisión es la sexual, responsable del 68% de los casos registrados, seguida de la sanguínea (28%) y la materno infantil (4%).

Hasta 1993 los homosexuales representaban la mayoría de la población afectada por transmisión sexual, situación que se revierte a partir de 1994, donde se observa un creciente predominio de la

transmisión heterosexual que alcanza al presente al 60%. Las trabajadoras sexuales constituyen el 5.7% de los casos de transmisión sexual.

La tasa bruta de mortalidad por SIDA desciende notoriamente a partir de 1996 determinada por la obligatoriedad del tratamiento con drogas retrovirales.<sup>27</sup>

#### 15. EMBARAZOS EN ADOLESCENTES <sup>28</sup>

El incremento de la fecundidad adolescente es el cambio más sobresaliente en el comportamiento reproductivo de las mujeres uruguayas. Mientras que en 1963 la participación de las mujeres de 10 a 19 años representaban el 9.67%, para 1996 el mismo asciende a 14.76%.<sup>29</sup> Es básicamente, por este incremento que la reproducción poblacional se mantiene.

##### TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD

EDAD	1963	1975	1985	1996
10 A 14	1,09	1,20	1,19	1,80
15 A 19	53,08	65,69	58,50	70,57
20 A 24	153,53	159,44	131,21	122,30
25 A 29	155,67	157,79	135,72	129,43
30 A 34	109,61	109,80	96,09	97,39
35 A 39	60,63	62,25	54,00	52,22
40 A 44	21,51	19,83	16,90	15,61
45 y más	4,73	2,92	1,49	1,04

Fuente: María del Carmen Varela, Programa de Población, Fac. C. Sociales, Universidad de la República

El estudio de las tasas específicas de fecundidad por edad muestra que en la mayoría de los grupos etarios continúa el descenso de las tasas, mientras que las adolescentes, por el contrario, incrementan notoriamente su fecundidad. Entre 1963 y 1996 el grupo de 10 a 14 años tiene una variación positiva del 65.58% y el grupo de 15 a 19 años del 32.94%; contrariamente las variaciones del resto de los grupos etarios son negativas.

A pesar de que el sistema estadístico oficial no desagrega los datos por sector socioeconómico de la madre, informa sobre la institución de ocurrencia del parto, lo que brinda información orientadora respecto al perfil socioeconómico de la población, en tanto los sectores de menores recursos se asisten en el sector público de la salud.

## PARTOS EN ADOLESCENTES. PORCENTAJES SEGÚN SECTOR DE SALUD DE OCURRENCIA

	1996	1997	1998	1999
Sector Público	82.7	82.0	81.8	82.7
Sector Privado	17.3	18.0	18.2	17.3

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIPI) - CLAP/OPS

Coincidentemente un estudio sobre la fecundidad adolescente<sup>30</sup> muestra que más del 80% de las adolescentes madres no han logrado completar el ciclo secundario de enseñanza y que el 78,98% de las mismas no está integrada a la actividad económica.

Desde la óptica sanitaria es un dato no menor el que la primera consulta ginecológica de control del embarazo se realice entre el sexto y el noveno mes en el 44% de los casos, mientras que en sólo el 28% de los casos se hace dentro de los tres primeros meses, y en el 27% lo hacen entre el cuarto y quinto mes.

Una investigación realizada por el Instituto Nacional de la Alimentación (INDA) y UNICEF sobre el estado nutricional durante la gestación de una muestra de 2.548 gestantes, revela que el 36% de las mismas tenían bajo peso y que 22% presentaban obesidad. Las embarazadas adolescentes presentaban mayor prevalencia del bajo peso (52% de las menores de 17 años).<sup>31</sup>

### 16. EDAD PROMEDIO DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Un estudio del Ministerio de Salud Pública<sup>32</sup> señala que la edad promedio de la primera relación sexual se sitúa en torno de los 15 años para los varones, y para las mujeres en los 17 años.

El 51% de las mujeres encuestadas para un estudio de CELSAM, iniciaron sus relaciones entre los 16 y los 19 años, mientras que el 13 % se inició sexualmente antes de los 16 años.<sup>33</sup>

### 17. VIOLACIONES DENUNCIADAS

La información disponible es parcial. El primer cuadro muestra el vínculo de la víctima de violaciones sexuales con el agresor, según figura

en las noticias de prensa y el segundo el número de procesamientos por violación, según datos aportados por el Instituto Técnico Forense.

## VIOLACIONES Y VEJÁMENES SEXUALES SEGÚN NOTICIAS DE PRENSA (1996)

VÍNCULO DE LA VÍCTIMA CON EL AGRESOR	Nº CASOS	%
Pareja o ex-pareja	4	2,2
Hija/o	32	17,6
Pariente, vecina, conocida	88	48,3
Desconocidos	58	31,8

Fuente: Filgueira, Nea "Violencia Sistémica contra las Mujeres", Greemu, 1997.

En cuanto a las violaciones y vejámenes, sólo los hombres aparecen como agresores sexuales. El cuadro evidencia que las mujeres y las/os niñas/os están más expuestas a los hombres de su entorno, que a desconocidos, en materia de agresiones sexuales.

### PROCESAMIENTOS POR DELITO DE VIOLACIÓN SEXUAL

AÑO	PROCESADOS
1995	102
1996	83
1997	76
1998	65
1999*	87

\* incluye datos hasta el 29/6/2000. Fuente: Instituto Técnico Forense

Los datos no abarcan el conjunto del fenómeno, dada la forma en que se relevaron. Como señala la investigadora, los casos que la prensa publica son un porcentaje de las agresiones que llegan a los Juzgados, y a estos llega un bajo porcentaje de las violaciones y vejámenes que realmente ocurren. Sin embargo, no existen en el país otras fuentes disponibles para tratar de construir mejores indicadores, ya que no se llevan registros oficiales adecuados. (Filgueira, N. 1997).

Lamentablemente el Poder Judicial, que cuenta con una oficina especializada para el registro de las actuaciones de los juzgados (Instituto Técnico Forense), no publica los cruzamientos de datos de diferentes atributos de víctimas y victimarios, que permitirían conocer por ejemplo, en qué tipo de relación es más frecuente este tipo de agresiones, a qué edades, cuál es el grado de

reincidencia, si la educación o el status socioeconómico discrimina, etc. (Filgueira, N. 1997)

## 18. TASA DE ANALFABETISMO

### TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACION DE 10 AÑOS O MAS DE EDAD, POR SEXO, SEGUN AREA <sup>34</sup>

AREA Y CENSO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
<b>TOTAL PAIS</b>			
1996	3,1	3,6	2,6
1985	4,3	4,8	3,8
<b>AREA URBANA</b>			
1996	2,8	3,1	2,5
1985	3,7	3,8	3,6
<b>AREA RURAL</b>			
1996	6,2	7,7	4,1
1985	8,4	10,1	5,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El censo de 1996 muestra una reducción del analfabetismo que baja del 4.3% al 3.1% en la población de 10 años y más en el período intercensal. La población mayor de 18 años sin instrucción, desciende del 5.6% al 2.3%; y los que acceden a la enseñanza media o superior pasan del 40% al 47% de la población total, en el mismo período.

El comportamiento del analfabetismo femenino es atípico en relación a lo observado en otras regiones. Obsérvese que en el caso uruguayo la brecha es favorable a las mujeres en un punto porcentual. Esta situación que ya se evidenciaba en el Censo de 1975, indica una muy temprana inversión en educación por parte de las mujeres uruguayas.

Una lectura histórica de los datos en esta materia muestra que, a nivel de matrícula escolar sigue aumentando la tendencia a la paridad entre niños y niñas. En la enseñanza media y superior se registra un incremento de la matrícula femenina mayor que la masculina. La población universitaria es mayoritariamente femenina; las mujeres pasaron de representar el 40% de la población universitaria en 1968, al 57% ya en el año 1988.<sup>35</sup>

## 19. POBLACIÓN CUBIERTA CON SERVICIOS DE SALUD

El censo de 1996 registra un 88% de la población que declara tener cobertura de salud.<sup>36</sup>

La información no se encuentra desagregada por sector socio-económico, pero puede afirmarse que los sectores de menores recursos se asisten preferentemente en el sub-sector público de la salud <sup>37</sup> (Ministerio de Salud Pública, Sanidad Militar, Sanidad Policial).

### PORCENTAJE DE LA POBLACION POR PRINCIPAL COBERTURA TOTAL DE SALUD SEGUN AREA Y SEXO, AÑO 1996 (%)

	MSP Militar	Sanidad Policial	Sanidad Mutual	Otros	S/cob.	Ignorado
<b>Total País</b>	33.67	4.19	1.80	46.59	1.17	11.65
<b>Hombres</b>	30.98	4.52	1.84	47.30	1.36	13.05
<b>Mujeres</b>	36.20	3.88	1.77	45.92	0.99	10.34
<b>Área Urbana</b>						
	33.15	4.40	1.91	47.31	1.15	11.17
<b>Hombres</b>	30.63	4.78	1.96	47.92	1.31	12.47
<b>Mujeres</b>	35.45	4.05	1.85	46.77	1.00	10.00
<b>Área Rural</b>						
	38.74	2.10	0.81	39.44	1.42	16.40
<b>Hombres</b>	33.86	2.33	0.85	42.25	1.75	17.88
<b>Mujeres</b>	45.21	1.79	0.77	35.72	0.98	14.44

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Departamento de Estadística

Mientras un 48% de la población tiene cobertura por diversos regímenes de atención privada, y el 40% se atiende en el subsector público; el 12% de la población no tiene cobertura de salud.

Las diferencias por sexo en materia de cobertura de salud señalan por un lado que las mujeres están más cubiertas que los hombres, pero que su cobertura sanitaria es de menor calidad. El 38.7 % de hombres y el 42.84% de mujeres se asisten en el subsector público; mientras que en el privado se atienden el 47.3% de los hombres y el 46.92% de las mujeres.

Si bien casi la mitad de la población femenina nacional (46%) está afiliada al sistema mutual privado, sin embargo la distribución geográfica de la cobertura presenta diferencias entre las

mujeres: mientras que en las áreas urbanas predomina la asistencia privada, en las áreas rurales la mayoría de las mujeres están cubiertas por Salud Pública (45.2%).

Independientemente del área geográfica los servicios públicos de salud atienden mayoritariamente a las niñas y adolescentes (46%

de las menores de 15 años), en tanto el sistema mutual cubre fundamentalmente población adulta. Ello guarda relación, por un lado con el fenómeno de infantilización de la pobreza ya señalado y por el otro con la cobertura que, aunque financiada por la Seguridad Social, se brinda a trabajadoras en actividad y a jubiladas y pensionistas de bajos ingresos, en el sistema mutual.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estadística, Censo de Población 1996.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística, estimaciones para 2002

<sup>3</sup> Número de hombres por 100 mujeres.

<sup>4</sup> Estadísticas de Salud del Uruguay, edición 2001, MSP.

<sup>5</sup> El artículo 5 de la Constitución Nacional dice: "Todos los cultos son libres en el Uruguay. El Estado no sostiene religión alguna".

<sup>6</sup> La ausencia de un sistema de estadísticas de género, no permite la realización de estimaciones por sexo razonablemente confiables, en esta materia.

<sup>7</sup> El PNUD estima para el año 2000 la línea de pobreza en USD 216 por persona por mes para Montevideo, y en USD 134 para el interior urbano.

<sup>8</sup> Informe de Desarrollo Humano en el Uruguay - 2001 (PNUD - CEPAL).

<sup>9</sup> Las INBI en Uruguay de acuerdo al Censo del 1996, Juan J. Calvo, UDELAR, Fac. C. Sociales, Programa de Población.

<sup>10</sup> En 1987 se había creado por resolución ministerial el Instituto de la Mujer en el Ministerio de Educación y Cultura cuya directiva honoraria estaba compuesta por representantes de algunos ministerios y de las ONGs de mujeres, el mismo funcionó prácticamente por dos años. Por Ley 16.622 del 6/11/1991 se creó el Instituto Nacional de la Mujer como dependencia del mismo Ministerio y por Ley 16.320 del año siguiente esa dependencia cambió su denominación a Instituto Nacional de la Familia y la Mujer y amplió sus cometidos.

<sup>11</sup> Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la Ciudad de Montevideo, Comisión Equidad y Género, Comisión de la Mujer - IMM, Montevideo 2002.

<sup>12</sup> Para interpretar la tasa de divorcio es útil recordar que la primera Ley de divorcio fue promulgada en el Uruguay en 1907.

<sup>13</sup> La tasa global de fecundidad representa el número de niños que en un año dado habrían nacido por cada mil mujeres, bajo un supuesto de mortalidad nula, desde el nacimiento hasta el fin de la edad fértil, y sometidas a las tasas de fecundidad por edad observadas para ese año.

<sup>14</sup> En base a "Uruguay: estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad", INE, CEPAL, CELADE, 1998.

<sup>15</sup> Mujeres y Estadísticas. Series históricas e indicadores sobre la situación de la mujer uruguaya durante el S. XX. Montevideo, 1999

<sup>16</sup> Mora y Yunes, 1993, citado en Mujeres y Estadísticas, INFM

<sup>17</sup> La Salud del Uruguay en Cifras, MSP, 2001

<sup>18</sup> Briozzo, Vidella, Vidarte, Ferreiro, Pons y Cuadro (2002) El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Revista Médica del Uruguay.

<sup>19</sup> Briozzo, Vidella, Vidarte, Pons y Cuadro (2001): El aborto en condiciones de riesgo: principal causa de mortalidad materna en Uruguay. Clínica de Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo.

<sup>20</sup> Briozzo, L. et al (2001)

<sup>21</sup> Briozzo, L. et al (2001)

<sup>22</sup> "Cifras sobre Aborto provocado en el Uruguay" documento presentado al IX Congreso de Ginecología

<sup>23</sup> Mujeres y estadísticas, INFM, UNIFEM, MEC

<sup>24</sup> Acta de la Cámara de Representantes del 13/11/2002

<sup>25</sup> Briozzo, L. et al (2002)

<sup>26</sup> Fuente: Programa Nacional de SIDA, MSP

<sup>27</sup> Hasta 1996 el tratamiento obligatorio cubría al sistema público de salud, en ese año se extiende la obligatoriedad al sistema privado.

<sup>28</sup> Dado que no se dispone de información sobre la ocurrencia de embarazos, se presentan los datos sobre partos de madres adolescentes. Se considera población adolescente, siguiendo el criterio de la OMS, a la población entre 10 y 19 años de edad.

<sup>29</sup> María del Carmen Varela, Programa de Población, Fac. C. Sociales, Universidad de la República, "La fecundidad adolescente: una expresión del cambio del comportamiento reproductivo" en Revista Salud Problema, UAM-Xochimilco, 1999.

<sup>30</sup> María del Carmen Varela (1999)

<sup>31</sup> Citado en el Fascículo 1.5 dedicado a la Salud, INE, 2003

<sup>32</sup> Conocimientos, Actitudes, Comportamientos y Prácticas, Ministerio de Salud Pública - OPS/OMS, Informe mecanografiado, Tomo 1 y 2, 1991-1992.

<sup>33</sup> "Reporte Ejecutivo Uruguay 2000. Anticoncepción en Latinoamérica", CELSAM, 2001

<sup>34</sup> La clasificación por áreas tiene carácter provisional.

<sup>35</sup> Mujeres y Estadísticas, INFM, 1999

<sup>36</sup> La cobertura aquí referida es integral y comprende entre otros servicios el control de embarazo, parto y puerperio, detección de cáncer de mama y de cuello uterino.

<sup>37</sup> En materia de salud la Constitución de la República establece en el artículo 44: "El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes."

## B. CONTEXTO POLÍTICO Y ACTORES

### 1. LOS PRINCIPALES ACTORES EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Desde el **PODER EJECUTIVO** quién está llamado a ser un actor preponderante es el Ministerio de Salud Pública, que tiene por cometidos normar el área de la salud, definir políticas, planes y programas, prestar servicios, realizar la vigilancia epidemiológica y fiscalizar el subsector privado, reglamentando y vigilando el funcionamiento de las instituciones de asistencia médica y el ejercicio de las profesiones de la salud.

En este marco los equipos ministeriales a cargo no parecen prestar demasiada atención a la actualización de la gestión en derechos sexuales y derechos reproductivos, en consonancia con el desarrollo internacional y con los compromisos asumidos por el país en la materia. De todas formas, se observan algunas señales alentadoras a nivel del MSP en materia de creación de programas de atención a la salud reproductiva, que dan cuenta de la sensibilidad y el compromiso de algunos decisores ministeriales de avanzar en este campo.

A nivel del Municipio de Montevideo los actores preponderantes son la División Salud y Programas Sociales y la Comisión de la Mujer, de la Intendencia y las Comisiones Zonales de Salud y las Comunamujer, donde se estructura la participación ciudadana sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Por su parte el **PODER LEGISLATIVO**, donde las fuerzas progresistas tienen una participación importante, no ha conseguido conformar un paquete de medidas legislativas coherente sobre la materia. Si bien a este nivel es donde se registran los mayores avances, ello ha sido posible a impulsos básicamente de la "bancada femenina", un nucleamiento de legisladoras de todos los partidos con representación parlamentaria, que han sido capaces de trascender fronteras partidarias, e impulsar conjuntamente iniciativas

en torno a algunos derechos de las mujeres. A propuesta de esta "bancada", el 8 de marzo del 2000 la Cámara de Representantes, aprobó la creación de una **Comisión Especial de Género y Equidad**, a la que se le estableció como cometidos el *"análisis y contralor permanente de la evolución en nuestro país hacia la igualdad de oportunidades entre ambos géneros, cumpliendo con los compromisos contraídos por el gobierno y parlamentarios en la "IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995".*<sup>1</sup>

Es así que en el período de análisis esta comisión parlamentaria, compuesta mayoritariamente por mujeres diputadas, impulsó diversas iniciativas legislativas vinculadas a los derechos sexuales y los derechos reproductivos tales como la aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW (Ley N° 17.338), el Acompañamiento del Parto y Alumbramiento (Ley N° 17.386); la licencia a las trabajadoras para la realización del control de cáncer ginecológico (Ley N° 17.242), etc. Desarrolló los 4 proyectos de Ley sobre Despenalización del Aborto, presentados en anteriores legislaturas, que pasaron a la consideración de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, donde sirvieron de antecedentes para la formulación del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva.<sup>2</sup>

En su función de contralor del Poder Ejecutivo, la Comisión ha llamado a sala, en diversas ocasiones, al Ministro de Salud Pública de turno, para dar cuenta de aspectos de la actividad ministerial vinculados a la salud sexual y reproductiva.

**LOS SECTORES ACADÉMICOS:** No han tenido una acción sostenida en la materia, sin embargo la creación en el 2001, de la Red Temática de estudios de género, de la Universidad de la República, como instancia central de coordinación y articulación de todas las Facultades y Servicios de la Universidad estatal que desarrollan acciones de docencia, investigación y extensión desde enfoques de género, permite alentar la esperanza que tales estudios cobren impulso a nivel de la educación terciaria del país.

Integra ese espacio la **Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género**, de la Facultad de Psicología, única instancia universitaria que aborda específicamente los aspectos psicosociales de la salud reproductiva y la sexualidad, desde una perspectiva de género y de derechos. La misma fue creada por resolución del Consejo de la Facultad en setiembre de 1999. También desde el **Grupo Multidisciplinario de Estudios de Género** de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, así como en el Programa de Género, Cuerpo y Sexualidad de la misma Facultad, se vienen llevando a cabo investigaciones sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva, y derechos sexuales y reproductivos.

La conformación del “**Grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo**”, es una novedad del año 2001. Impulsado inicialmente por los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, convoca actualmente a profesionales de la salud de distintas disciplinas y de diferentes inserciones institucionales. También se constituye en el período la Comisión de Género y Salud del Sindicato Médico del Uruguay. Ambos hechos hacen esperable una intervención más consecuente de los profesionales de la salud en temas vinculados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

**LOS SECTORES RELIGIOSOS:** Con una dimensión pocas veces registrada en la última mitad del siglo XX en nuestro país, la jerarquía de la Iglesia Católica se ha constituido en actor de los debates en torno a los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el último período; han sido notorios sus pronunciamientos en torno a la educación sexual, la reproducción asistida y el aborto.

En algunos casos actuando a nombre propio (comparecencia del Arzobispo de Montevideo a comisiones legislativas o pronunciamientos públicos de la Conferencia Episcopal y de la Comisión Pastoral y Familiar de la Vida del CELAM) y en otros, articulando diferentes organizaciones de profesionales como la Universidad Católica, la Universidad de Montevideo, el Círculo Católico de Obreros, la Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud, o las organizaciones

Vivir en familia, Salvemos a los dos, etc., se han constituido en la expresión de los sectores más retardatarios y conservadores en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos.

En el caso del debate sobre la educación sexual, a la prédica de la Iglesia Católica, se sumó la Secta Moon. En el caso de los debates parlamentarios sobre el aborto y la reproducción asistida, se incorporó de manera militante, la iglesia neopentecostal “Misión de Vida para las Naciones”, haciendo gala de su poderío económico y su fundamentalismo ideológico.

**EL MOVIMIENTO DE MUJERES:** Desde 1985 diversas organizaciones de mujeres han sido actoras destacadas impulsando la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda nacional. A partir de 1994 juegan un papel fundamental en el involucramiento del Uruguay en las Conferencias del Cairo y Beijing, integrando las delegaciones uruguayas, difundiendo los planes de acción allí acordados y vigilando el cumplimiento de los mismos.

Como resultado del proceso post Beijing en 1996 se constituye la **Comisión de Seguimiento de los compromisos de Beijing** (CNS), que nuclea a más de sesenta organizaciones y redes de mujeres, con el cometido principal de dar seguimiento a las políticas públicas y los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en las Conferencias del Cairo y Beijing.

Desde una perspectiva feminista la **Red Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU)** articula ONGs de mujeres, académicas y profesionales de la salud comprometidas con los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Ha sido un canal preponderante de expresión del movimiento de mujeres en torno a las políticas públicas de salud y en la producción y reproducción de conocimientos al servicio de la salud y los derechos de las mujeres. También desarrolla acciones de control social, monitoreando las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva.

Por su parte la **Oficina nacional de CLADEM** ha incidido a través de la concurrencia de sus miembros a las respectivas comisiones parlamentarias, en la elaboración de la normativa

nacional y en la construcción de conocimiento a nivel nacional sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con una perspectiva socio-jurídica y de género.

Una labor incipiente, pero promisorio, realiza la red denominada **“Hacia falta Red de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos”**, que ha movilizó la reflexión y el trabajo de sectores juveniles sobre la materia.

La **Coordinadora Uruguaya del Orgullo Lésbico, Gay, Travesti, Transexual y Bisexual** ha sido uno de los actores más relevantes para poner en el debate público el respeto a la diversidad sexual.

Además existe un conjunto de ONGs que desarrollan acciones de promoción comunitaria en salud y derechos sexuales y derechos reproductivos, ya sea mediante la prestación de servicios o con actividades de sensibilización, muchas veces como producto de convenios realizados con distintas instancias estatales a nivel nacional o departamental.

## 2. NATURALEZA DE LAS INTERVENCIONES Y CORRELACIONES DE FUERZA

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos no parecen haber obtenido ni el reconocimiento ni la apropiación, ni parecen estar claramente identificados en el discurso institucional del Estado. De tal suerte, que cuando logran ser considerados no es desde una perspectiva global, sino de acciones puntuales y vinculadas a problemas de salud pública o a impulsos de financiamientos específicos de organismos internacionales. La gestión estatal se caracterizan por la discontinuidad de tendencias programáticas, de políticas de reforma (explícitas o implícitas) y de las acciones. No solamente por los cambios de administración cada cinco años implican renovación de los equipos ministeriales; sino porque las políticas no son de Estado; se suele comenzar siempre de cero, no hay acumulación de procesos y, en general, no se garantiza continuidad ni aún cuando el mismo partido político esté en el gobierno.

Los actores tradicionales de mediación política y las agrupaciones gremiales evidencian resis-

tencias para integrar los derechos sexuales y los derechos reproductivos a sus agendas. En el relevamiento sobre posicionamientos políticos, hemos encontrado que, la clásica división entre conservadores y progresistas se hace menos nítida cuando se consideran estos temas.

La jerarquía de la Iglesia Católica y el Opus Dei, que mantienen un poderoso lobby ante los actores políticos y en los medios masivos de comunicación, han logrado en diversas ocasiones detener algunos avances planteados en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, tales como la campaña por el uso del condón o la educación sexual. Desarrollan una acción sostenida en contra de la aprobación de proyectos de ley vinculados con la reproducción asistida y el aborto.

La presentación ante el MSP, de una propuesta de “Normativa de Atención Sanitaria. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, realizada por el **Grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo**<sup>3</sup>, así como el apoyo que a la misma dieron el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Ginecología y Obstetricia y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, así como las intervenciones de sus integrantes en los medios de difusión, han contribuido de manera significativa, a que el tema del aborto inseguro se constituyera en una cuestión de la agenda ciudadana y política.

El movimiento de mujeres, con un fuerte componente feminista, ha sido fundamental para la elaboración y visualización de las reivindicaciones sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres. Sin embargo, no puede decirse que el movimiento los haya asumido como uno de los ejes políticos de su lucha en la totalidad del período analizado. Han sido, fundamentalmente, las mujeres y las organizaciones vinculadas a la salud quienes, desde las distintas asociaciones y ámbitos socio-educativos, han impulsado las iniciativas, que por momentos fueron apoyadas y secundadas por el movimiento más amplio.

El apoyo a un proyecto de ley que modifica la normativa referida al aborto ha dado lugar a una coordinación permanente entre la **CNS, MYSU** y

**CLADEM**, lo que ha facilitado un mayor compromiso del movimiento de mujeres con el tema, y concitado el apoyo de un amplio espectro de organizaciones de la sociedad civil.

### 3. OPCIONES POLÍTICAS HEGEMÓNICAS

En lo que se refiere a salud reproductiva las opciones políticas preponderantes en la esfera gubernamental, se refieren a la atención materno infantil, a la prevención del SIDA y el cáncer.

Las concepciones hegemónicas vinculadas a la salud de las mujeres han estado sustentadas en el modelo “mujer madre”. Ello facilitó el temprano desarrollo de políticas y programas en el área materno infantil, que lograron una gran institucionalización del parto (99%) y que los índices nacionales de mortalidad infantil sean comparativamente bajos con respecto a los de la región.

Sin embargo es la predominancia de éste modelo la que en gran medida explica las resistencias manifestadas a diversos niveles para integrar la perspectiva de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos, y que dificultan el desarrollo de programas integrales en salud sexual y reproductiva.

Como nuevas tendencias emergentes podemos señalar la definición de programas de salud inte-

gral de la mujer que se desarrollan en el Departamento de Montevideo (desde la Intendencia y desde el MSP), que están más sustentados en un enfoque de respeto y promoción de derechos.

El modelo hegemónico de sexualidad femenina también condicionó las campañas de prevención del VIH/SIDA, centrándolas en los grupos y comportamientos de riesgo, no fomentando el efectivo control de la transmisión de la enfermedad en el conjunto de la población femenina.

Un modelo de atención sanitaria que visualiza el “paciente” como población objetivo de políticas y no como sujeto con participación activa en la formulación de las mismas, comienza a resquebrajarse.

En esta materia podrían señalarse como fenómeno emergente, algunos esfuerzos de trabajo coordinado y participativo, como el realizado en el ámbito del MSP con la elaboración del **“Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y la Salud Reproductiva”**<sup>4</sup> o la elaboración a nivel del Departamento de Montevideo de su **Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos** que incluye un capítulo de derechos sexuales y reproductivos

---

#### NOTAS:

<sup>1</sup> Resolución de la Cámara de Diputados

<sup>2</sup> Ver punto 7 del capítulo III

<sup>3</sup> Este grupo trabajó durante el año 2001 en la elaboración de la propuesta que, fuera presentada al Ministro de Salud Pública en el mes de mayo del 2002, sin que a la fecha alcancen a ser asumidas como política ministerial. En su elaboración participó MYSU, así como la Comisión de Género y Salud del Sindicato Médico del Uruguay.

<sup>4</sup> El Plan fue aprobado por Decreto del Ministerio de Salud Pública pero no llegó a ejecutarse.

## C. CONTEXTO ECONÓMICO

Desde 1985, finalizada la dictadura, las transformaciones económicas de corte neoliberal presentaron en Uruguay características propias. Una pauta gradualista y amortiguadora en la implementación de reformas estructurales, hizo que hasta fines de los 90, los efectos negativos de éstas no alcanzaran la dimensión que caracterizó a sus pares de la Región. Macro políticas económicas que estuvieron además mediatizadas, al menos en dos casos, por la participación ciudadana (ejercicio de la democracia directa mediante "referenda") lo que en parte explica tanto aquel gradualismo, como cierto mantenimiento de la inversión en gastos sociales. Esos rasgos del proceso de reconversión productiva, junto con el control de la inflación y un moderado crecimiento del PBI a partir de 1986, permitieron que Uruguay presentara índices de desarrollo humano (IDH) altamente favorables para la región, hasta el año 2000.

Ello no impidió que ciertas vulnerabilidades y problemas que acompañaron ese proceso (estancamiento productivo y recesión), se empezaran a manifestar con crudeza, particularmente luego del importante impacto sufrido por la economía uruguaya a raíz de la crisis brasileña y la posterior crisis argentina. Es así que:

### 1) EN CUANTO AL EMPLEO:

- ❖ Las políticas fiscales han hecho recaer sobre los sectores asalariados partes cada vez más importantes de la recaudación impositiva (el principal ingreso de casi dos tercios de los hogares uruguayos deriva del trabajo, habiendo aumentado la densidad ocupacional en ellos).
- ❖ La desregulación de las relaciones entre capital y trabajo, fomentó la precariedad en el empleo y la rebaja del precio del salario (la participación de los salarios en el total de la riqueza ha disminuido consistentemente durante todo el período); mientras que las

reformas en el Estado (contracción de actividades y gastos) y los procesos de desindustrialización, transfieren cada vez más trabajadores hacia los sectores de servicios, donde se refugian el desempleo disfrazado y el trabajo desprotegido.

- ❖ En cuanto a la desocupación, si bien en 1999 estimaciones oficiales la situaban próxima al 16%, otras estimaciones señalan que el 46% de la fuerza de trabajo estaba constituida por trabajadores desalentados, desocupados, precarios y subempleados. Para 2001 se calculaba<sup>1</sup> que el 58.4% de la PEA tenía problemas de empleo<sup>2</sup>, mientras que el INE estimó la tasa de desempleo para el trimestre setiembre-noviembre del 2002, en 19.8%.

Estos indicadores señalan con claridad el por qué de la centralidad que ha adquirido el tema del empleo en el país, para el cual hasta el momento, no se han implementado políticas de ningún tipo.

### 2) EN CUANTO A LA POBREZA

Presenta los valores más bajos de la Región pero manifiesta ciertas características que cuestionan el valor otorgado a dicho indicador al considerarlo en forma aislada:

- ❖ Se concentra en los grupos de población más jóvenes, lo que hace que alrededor del 50% de los niños menores de 5 años pertenezca a hogares pobres.
- ❖ El incremento del embarazo adolescente afecta principalmente a la población de mujeres jóvenes en hogares pobres y vulnerables, que son la que aumentan consistentemente su participación para el mantenimiento de las tasas históricas de reproducción poblacional.

De esta apretada síntesis se destacan dos problemas que son los que más cuestionan las posibilidades del Uruguay de generar horizontes

de largo plazo en materia de bienestar: por un lado, la necesidad de lograr formas de reproducción intergeneracional menos inequitativas que las actuales, no sólo para evitar la reproducción de la pobreza, sino además, para permitir una acumulación en capital humano y ciudadano como la lograda anteriormente y poder enfrentar los desafíos que plantea el futuro. Por otro, la necesidad de superar el deterioro de las estructuras esenciales del empleo que revierte directamente sobre la calidad de vida de amplios sectores de población. La falta de estrategias políticas para enfrentar esos problemas y su persistencia más allá de etapas coyunturales, arriesgan transformarlas en rasgos estructurales de la realidad nacional actual.

Corroborando esta última apreciación, a comienzos del 2003, la falta de crecimiento del PBI por tercer año consecutivo, junto con una

importante crisis financiera a mediados del 2002, que disminuyó en forma alarmante las reservas monetarias y produjo una devaluación, están alterando aquellos indicadores de desarrollo humano. A pesar que aún se carece de mediciones adecuadas sobre los impactos más recientes, el dato sobre ingresos de los hogares (que manifiesta un aumento de los que están por debajo de las líneas de pobreza) y el incremento de la desocupación (que presenta índices históricamente muy altos), indican que el Uruguay habría entrado en la fase final de un proceso de pérdida de sus bases estructurales anteriores<sup>3</sup>, que está acelerando múltiples transformaciones: pérdida de capital humano, aumento de la marginalidad, nuevos empujes de corrientes emigratorias que afectan especialmente a los sectores con mejor educación y contribuyen a producir envejecimiento poblacional, importante feminización de la pobreza, etc.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Informalidad y Seguridad Social en Uruguay, Equipo de representación de los trabajadores en el BPS, Instituto Cuesta-Duarte del PIT-CNT, Federich Ebert Stiftung, setiembre 2002

<sup>2</sup> Se considera como con problemas de empleo a los trabajadores desempleados, precarios, subempleados e informales.

<sup>3</sup> Hay quienes estiman que con la crisis financiera y sus consecuencias más amplias el país perdió casi la mitad de su riqueza.

## D. PROCESO DE REFORMA ESTATAL

Los compromisos políticos y las resistencias ciudadanas son las que explican que el proceso de transformación económica haya ido acompañado por un esfuerzo por mantener el Estado social que había caracterizado al país (fueron consultas populares las que lograron detener la iniciativa gubernamental de privatizar empresas públicas y una interpretación administrativa que suponía una pérdida constante del valor real de las pensiones de retiro). De modo que en el caso de Uruguay, el Estado sigue siendo una presencia poderosa y hegemónica en la vida cotidiana de los ciudadanos. La contradicción que supone el mantenimiento de ese predominio frente a los compromisos asumidos ante los organismos internacionales de crédito y fiscalización, para avanzar en su reforma, ha implicado la implementación de soluciones atípicas.

Los intentos de privatización de empresas públicas han tenido que seguir, hasta el momento (reciente aprobación de una nueva ley que implica privatizaciones parciales y desregulaciones) modalidades menos tajantes. La tercerización ha servido para achicar la participación directa del Estado en la ejecución de algunas actividades y servicios, si bien los servicios básicos en su casi totalidad siguen estando a cargo de empresas públicas, aunque se reiteran los intentos privatizadores.

En cuanto a las políticas sociales referidas a educación, salud y seguridad social, las reformas implementadas no implicaron durante esos quince años, ni la pérdida de hegemonía estatal, ni la disminución del gasto social.<sup>1</sup> Actualmente, en cambio, la falta de reservas y la disminución en la recaudación, ha llevado a recortar en forma drástica, las partidas otorgadas presupuestalmente en todos los servicios públicos. Además, en algunos casos, se ha pasado -y en otros casos se está pasando- de un criterio universalista (que permite reconocer el servicio como un derecho) a otro focalizado en los sectores de población más vulnerables (caso de las asignaciones familiares);

mientras que en otras situaciones, se redistribuye el gasto para incorporar políticas focalizadas en el marco de políticas de base universalista (caso de la educación pública).

En la educación básica y media, la reforma en ejecución mantiene la preeminencia del Estado, a través del Ente Autónomo que la rige, para brindar educación pública gratuita y supervisar los servicios privados, fijando las orientaciones programáticas y las obligaciones curriculares; pero además, las autoridades educativas han reivindicado ese papel central y hegemónico. En dicha reforma, además, y coherente con el establecimiento de políticas focalizadas, se otorga un papel principal a la provisión de servicios educativos para la primera infancia (3 a 5 años) de los sectores más vulnerables. La reforma en materia curricular implementada, tanto a nivel de enseñanza primaria, como secundaria, mantiene el gradualismo de otros casos; especialmente, no se ha innovado en los contenidos curriculares, desestimando la incorporación de la educación sexual y los derechos humanos, a los mismos.

En cuanto a la salud pública, en el 2000 -vía la discusión del presupuesto nacional- se han puesto de manifiesto una serie de cambios graduales en los servicios estatales, que tienden a privatizar la atención hospitalaria, a disminuir el peso de los cuadros técnicos en los costos operativos y a restringir el acceso a los servicios públicos a sectores de población que según las autoridades, podrían lograr cobertura por parte de otros servicios. Se propone tercerizar los servicios de algunos centros de salud, como experiencia piloto; y profundizar en una estrategia anterior que transformó a conjuntos importantes de funcionarios profesionales en "empresas" que contratan sus servicios con el Ministerio correspondiente (acarreado importantes conflictos y reclamos laborales). Es en esta área donde las reformas pueden tener mayor impacto sobre el ejercicio real de los derechos referidos a la salud sexual y reproductiva.

La reforma de la seguridad social constituye una de las reformas estructurales de mayor envergadura resueltas en los últimos años, no sólo porque modifica profundamente el funcionamiento de la seguridad social, sino también por los importantes efectos resultantes en la economía del país (resultados fiscales, ahorro nacional, mercado de capitales, etc.) Procesada, luego de varios intentos que no alcanzaran las mayorías necesarias, se centró en el sistema jubilatorio. Esencialmente la misma consistió en el abandono del régimen universal solidario y la creación de un sistema mixto, donde el Estado a través del Banco de Previsión Social, y a partir de un financiamiento tripartito, brinda un mínimo de cobertura jubilatoria; y un seguro complementario de capitalización in-

dividual y aportación obligatoria, que es administrado por sociedades anónimas denominadas AFAPs. La ley estableció además la equiparación de la edad de retiro entre mujeres y hombres, así como el incremento en el número mínimo de años de actividad para lograr el beneficio correspondiente, la rebaja en las tasas de reemplazo y la inclusión de la esperanza de vida por sexo en los cálculos jubilatorios, procedimientos todos que perjudican a las mujeres en más de un sentido. La reforma ha conseguido disminuir el stock de jubilaciones pero no el número de trabajadores en negro, que se estiman entre 370 y 600 mil en el país, y el Estado ha debido aumentar sus transferencias al sistema, lo que explica en gran medida el endeudamiento público.

## NOTAS:

<sup>1</sup> No ha habido, prácticamente, disminución del gasto social en esas áreas entre 1985 y 1999, aunque sí se observan importantes diferencias cuando se compara el porcentaje del presupuesto que hoy se dedica a ellas y el que se dedicaba con anterioridad a la dictadura (1972).

## E. DESARROLLO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Las propuestas elaboradas en el terreno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde diversas instancias del Estado, carecen de marcos teóricos y conceptuales claros de intervención y no están incorporados a proyectos más amplios de sociedad. Lo que determina que sus contenidos y continuidad sean muy frágiles, y que muchas veces dependan de la o las personas que las ejecutan y no de las decisiones y definiciones institucionales.

El importante vacío en estadísticas nacionales y datos sobre diversos tópicos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, dificulta conocer la dimensión real de su ejercicio y evaluar adecuadamente el impacto de las acciones. (Uruguay no ha participado de las encuestas internacionales Estrategias de Desarrollo Humano (DHS) y la última Encuesta Nacional de Fecundidad data de 1986).

Por otro lado en la formación de grado de los y las profesionales de la salud y de las ciencias sociales los Estudios de Género son escasamente abordados y la perspectiva de los derechos sexuales y los derechos reproductivos no es considerada.

Todo ello conspira para que pueda hacerse un análisis realmente abarcativo que evidencie líneas de desarrollo. De tal suerte que sólo nos permitiremos establecer algunos hitos que, a nuestro juicio, revisten particular importancia.<sup>1</sup>

La educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente para el Uruguay. Dos tímidos intentos de instaurar su enseñanza se han malogrado por la incidencia de las opiniones más conservadoras expresadas desde el ámbito político y religioso, sin que la opinión pública, favorable a su implantación, lograra ser tomada en cuenta.

Constituye sin duda un avance, registrado en el período estudiado, que el Estado asumiera, por

primera vez, la necesidad de contar con programas y servicios de planificación familiar en el país. Sin embargo la ejecución de los programas nacionales, debido a resoluciones ministeriales, ha tenido un comportamiento errático y recién a partir del 2001, que se resuelve la incorporación de las prestaciones en anticoncepción en todos los servicios públicos de Salud a nivel nacional. Múltiples testimonios relevados señalan dificultades para sostener la prestación efectiva tanto por el desabastecimiento de los servicios como por las múltiples resistencias planteadas desde los efectores. De todas maneras, si a este panorama, se agrega que los servicios de planificación familiar están incluidos en los programas que desde 1996 a la fecha, implementa la Intendencia de Montevideo, se puede razonablemente albergar la expectativa que se consolide la incorporación de la planificación familiar a una perspectiva de atención integral de la salud de la población.

El debate sobre el aborto es el hecho más significativo en torno a los derechos sexuales y los derechos reproductivos registrado en el Uruguay en la última década. Si bien en los últimos años se habían generado desde distintos ámbitos, instancias de debate académico y tanto los medios de comunicación como las encuestas de opinión mostraban una tendencia hacia la despenalización, es a partir del 2001 que el tratamiento del tema adquiere una nueva dimensión.

La aparición del cadáver de una mujer argentina sepultada en el jardín de una clínica clandestina y la corrupción policial descubierta en la investigación de ese suceso, modificó la tradicional prescindencia de autoridades policiales y judiciales y transformó en "noticia" la persecución de las clínicas. La difusión de las conclusiones del trabajo de un grupo de ginecólogos integrados a las Cátedras de Ginecología A y C de la Universidad de la República, sobre la incidencia del aborto en la morbilidad materna, donde la califican

como epidemia, legítima desde el saber médico la necesidad de enfrentar el tema. Paralelamente las noticias del aumento del número de mujeres muertas en 2001, como consecuencia de abortos en condiciones de riesgo, difundidas por los medios masivos de comunicación, termina de instalar el debate sobre el aborto en la opinión pública. Al mismo se integraron de manera protagónica el movimiento de mujeres y la Iglesia, actores tradicionales del debate, y se sumaron las Universidades, los colegios profesionales y diversas organizaciones de la sociedad civil.

En este marco la Cámara de Representantes aprobó -por lo cual cuenta con media sanción legislativa- un proyecto de ley que modifica y flexibiliza el marco normativo<sup>2</sup>. Por primera vez en más de sesenta años un proyecto de ley sobre el particular no sólo alcanzó a ser debatido en el pleno de una Cámara sino que logró ser aprobado. El proyecto es un salto cualitativo en el abordaje de la materia. Integra por primera vez el tratamiento

del aborto en el marco de los derechos sexuales y establece la obligación del Estado de llevar adelante políticas de educación sexual y planificación familiar y reconoce que *"Toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo durante las primeras doce semanas de gestación"*<sup>3</sup>

La defensa de este proyecto, duramente cuestionada desde el ámbito eclesial, ha permitido desplegar el activismo de las organizaciones de mujeres, que han integrado con mayor énfasis el campo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en sus acciones. Igualmente se han pronunciado en apoyo del proyecto importantes sectores de la sociedad civil.<sup>4</sup> Aunque el Proyecto de ley no ha alcanzado aún su sanción, puede afirmarse que el aborto ha dejado de ser un acontecimiento silenciado y se ha integrado a la agenda de un debate nacional que, sólo difícilmente, podrá ser eludido en el futuro por los actores estatales, políticos y sociales.

## NOTAS:

<sup>1</sup> Un análisis detallado se presenta en el Capítulo III.

<sup>2</sup> Para una descripción más detallada del mismo ver punto 7 del Capítulo III

<sup>3</sup> Artículo 4º del Proyecto aprobado por la Cámara de Representantes el 10/12/2002

<sup>4</sup> Convocadas por CLADEM, MYSU y la CNS, en octubre de 2002, el Rector y varios Decanos de la Universidad de la República, decenas de organizaciones sindicales y de otros ámbitos de la sociedad civil y más de 500 personalidades académicas, de la cultura, el arte y el deporte, firmaron una petición apoyando el proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva.

# III. LEGISLACIÓN NACIONAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

La historia legislativa de nuestro país se puede caracterizar por un temprano período (1907-1946) de aprobación de leyes de protección a los derechos de la mujer, seguido por un período de estancamiento. El relevamiento de legislación y políticas públicas por temas se ha centrado en el período 1995-2002, aunque en ocasiones se señalan algunas medidas significativas anteriores a ese período.

## 1. EDUCACIÓN SEXUAL

En el sistema de educación público no se imparte educación sexual ni a nivel escolar ni secundario. Tampoco se encuentra incorporada en las currícula de la formación docente.

A nivel de la educación privada algunas instituciones integran programas de educación sexual (con diferentes enfoques, contenidos y metodologías: educación para la sexualidad, educación para el amor, educación para la vida, etc.) los cuales no están articulados entre sí ni tampoco regulados desde el Estado.

Un incipiente intento de abordaje de la educación sexual desde los organismos de educación estatales, había prosperado entre los años 1993 y 1995, pero con el advenimiento de las nuevas autoridades nacionales elegidas ese año y la Reforma Educativa (Reforma Rama) que se implementó, fue desmantelado.

El Programa Nacional de SIDA publicó -con la participación del órgano rector de la educación primaria y secundaria (CODICEN) y el apoyo de ONUSIDA y OPS, un libro<sup>1</sup> de educación sexual dirigido a adolescentes, que comenzó a ser repartido en la enseñanza media pública. Si bien la opinión pública era abrumadoramente mayoritaria a la hora de manifestar su acuerdo con que la educación secundaria contara con un libro de texto en la materia<sup>2</sup>, la campaña desatada por la Iglesia Católica logró detener su reparto.

El debate parlamentario sobre el tema culminó, en agosto del 2000, con la Minuta de comunicación de la Cámara de Representantes, que señala: *“Es aspiración de esta Cámara que los organismos rectores de la educación, en sus diversos niveles, analicen la posibilidad de incluir en la currícula la educación para la sexualidad, asignándole el espacio correspondiente, contribuyendo así a una formación integral de la personalidad”*. Hasta la fecha el CODICEN no ha tomado en cuenta la sugerencia de los Representantes Nacionales.

En el campo de la educación no formal la Intendencia Municipal de Montevideo desarrolla el Programa de Fortalecimiento de Estrategias Educativas en Sexualidad y Género, que ha sido diseñado con el objetivo de *“Contribuir al desarrollo de las identidades de niñas, niños, adolescentes y adultos, independientes de los condicionamientos de género y en un marco de valores y afectos basados en el acceso a una educación sexual integral”* en los barrios capitalinos y el MSP desarrolló en el período 1996-2000, acciones educativas en el marco de la promoción de salud en el Programa de Maternidad y Paternidad Elegida.

El Proyecto de Ley recientemente aprobado de Defensa de la salud reproductiva, establece la obligación del MSP de *“Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de educación sexual que propendan al ejercicio armónico de la sexualidad y a la prevención de los riesgos.”*<sup>3</sup>

## 2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

No existe legislación vigente que aborde la planificación familiar. Sin embargo el citado proyecto de ley de Defensa de la salud reproductiva, establece como obligación del MSP la ejecución de políticas en esta materia, así como la capacitación del personal de salud en educación sexual y planificación familiar.

Debido a la temprana transición demográfica (comienzos de siglo XX), Uruguay no desarrolló políticas de población que incluyeran la planificación familiar. Desde el Estado los planes, programas y proyectos en la materia son de reciente data (1996), y puede afirmarse que surgen como consecuencia de las Conferencias del Cairo y Beijing.

En 1996 y con el apoyo del FNUAP se inauguraron dos proyectos, uno a nivel del Ministerio de Salud Pública, y otro a nivel de la Intendencia Municipal de Montevideo. Ambos, con diferencias en sus enfoques y metodologías, brindaban servicios de planificación familiar mediante la distribución gratuita o a costos de reposición de tres métodos anticonceptivos: DIU, píldoras y preservativos.<sup>4</sup>

La discontinuidad y el cambio de orientación caracteriza las intervenciones en esta materia del MSP.

En 1996 se instala el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, hasta 1999 considerado programa prioritario del Ministerio, es suprimido a partir del año 2000. En el período de funcionamiento se propuso desarrollar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a adolescentes sobre temas de sexualidad y afectividad, capacitó a promotoras comunitarias en salud sexual y reproductiva y permitió que algunas mujeres de sectores pobres accedieran en forma gratuita a los métodos anticonceptivos.<sup>5</sup>

En 1997 el MSP crea la Comisión Honoraria Asesora en Normas en Salud Sexual y Reproductiva, con el cometido de establecer las normas para la atención en esta área. Esta iniciativa convocó a la participación de diferentes actores sociales, académicos y gubernamentales, en la cual participó MYSU como representante de organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo las iniciativas allí consensuadas no lograron ser consideradas por las nuevas autoridades ministeriales.<sup>6</sup>

En marzo del 2001 el Ministerio de Salud Pública lanza públicamente una nueva política en relación a la salud reproductiva: el Programa Salud Integral de la Mujer (SIM) a cargo del Servicio de

Salud de Asistencia Externa, con el objetivo de incorporar los servicios de anticoncepción a la estructura del Ministerio. El programa se ubica en el Primer Nivel de Atención, a través de los 10 Centros de Salud en Montevideo y se ha expandido más recientemente al interior del país, donde cuenta con 47 servicios en Centros de Salud y policlínicas dependientes, en los 18 Departamentos. El SIM se propone ofrecer de manera gratuita prestaciones en anticoncepción a través de tres métodos: DIU, preservativos y anticonceptivos orales; junto a otras prestaciones en salud reproductiva (control del embarazo y puerperio, prevención del cáncer génito-mamario, control ginecológico). Hasta el momento no ha desarrollado una estrategia sostenida de promoción y educación para la salud reproductiva. Un relevamiento realizado por MYSU en el año 2002<sup>7</sup> muestra que estos servicios tienen dificultades para su implementación, fundamentalmente por falta de disponibilidad y continuidad de los insumos, y por las resistencias del personal de salud (en especial médicos ginecólogos) en la prestación de los servicios de anticoncepción, así como por la escasa o nula difusión de su existencia entre la población potencialmente usuaria. Coincidentemente una investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación<sup>8</sup> constata que a las policlínicas municipales, continúan llegando beneficiarias de Salud Pública en búsqueda de anticonceptivos pese a que en estas últimas los mismos se cobran, lo que estaría denunciando desabastecimiento de Salud Pública o desconocimiento sobre el programa.

En la esfera del Municipio de Montevideo se desarrolla el Programa de Atención integral a la mujer (PAIM), con un subprograma de Maternidad informada y voluntaria. Instrumentado con financiamiento parcial de FNUAP desde 1996 hasta 1998, el sub-programa continúa desde entonces gracias a recursos genuinos de la IMM. El mismo brinda servicios de anticoncepción a mujeres de sectores populares en 18 policlínicas municipales y 4 policlínicas móviles y desarrolla labores educativas dirigidas a las usuarias y a los equipos de salud. Las Comisiones de apoyo conformadas por vecinas y usuarios administran el Banco Sustentable de Anticonceptivos.

### 3. VIOLENCIA SEXUAL.

Durante el período estudiado se produce la **ratificación de la Convención de Belém do Pará por Ley Nº 16.735** en el año 1996.

En 1995 se sanciona la Ley Nº 16.707 cuyo art. 9 elimina, en el caso de violación de menores de entre 12 y 15 años, la presunción absoluta de existencia de violencia. A partir de su vigencia, se considera que un/a menor, entre tales edades posee capacidad y madurez volitiva suficientes como para otorgar un consentimiento válido para mantener relaciones sexuales. La fundamentación de la modificación ha sido que a los 12 años las jóvenes actualmente tienen - o aparentan - una mayor madurez y por lo tanto, pueden inducir a confusión a alguien desprevenido. Frente a esta modificación cabría preguntarse qué sujeto se propuso amparar el legislador al aprobar esta modificación.

El Código Penal aún conserva la posibilidad de extinguir ciertos delitos o las penas a través del matrimonio. El artículo 116 establece *“Extinción del delito por casamiento.- El matrimonio del ofensor con la ofendida extingue el delito o la pena en su caso, tratándose de los delitos de violación, atentado violento al pudor, estupro y raptó”*.

Este atraso jurídico ha merecido observación, entre otras, del Comité de Expertas de la CEDAW, y se encuentra entre las propuestas de modificación al Código formuladas en el Senado de la República, sin que hasta la fecha haya merecido, al menos, la consideración de dicha Cámara.

En materia de acoso sexual se produjo la sanción de tres normas de diferente origen:

- ❖ El Decreto del Poder Ejecutivo Nº 37/997, que en su artículo 5º reglamenta la **Ley de “Igualdad de oportunidades y de trato para ambos sexos en materia laboral”** (Nº 16.045 del 17/5/1989), incluyendo como forma grave de discriminación las conductas de acoso u hostigamiento sexual en el lugar de trabajo o en ocasión de él.
- ❖ El Decreto Nº 28.942 de la Junta Departamental de Montevideo, del 15/1/2000.

En el mismo se considera acoso sexual cualquier comportamiento, propósito, gesto o sugerencia de carácter sexual realizado por persona del mismo u otro sexo que sea indeseado para quien lo recibe. El Jerarca tiene la obligación de respetar la dignidad e integridad moral de los funcionarios bajo su dependencia y la responsabilidad de mantener en el lugar de trabajo, condiciones de respeto. Se establecen sanciones por remisión al Digesto Municipal y se fija el deber del Dpto. de Recursos Humanos de la IMM de desarrollar una política activa que prevenga, desaliente y sancione tal conducta. Ampara tanto mujeres como a varones acosados por personas del mismo o diferente sexo y prevé procedimiento interno efectivo y confidencial para recibir las denuncias, la oportunidad de descargos y la responsabilidad por denuncias abusivas.

- ❖ Resolución 4924/999 de 2000, de la Intendencia Municipal de Montevideo que lo reglamenta.

Tanto el Decreto del Poder Ejecutivo como el de la Junta de Montevideo, benefician por igual a mujeres y hombres. Las diferencias consisten en que el segundo incluye el acoso sexual entre homosexuales y además, establece la obligación de la Intendencia de Montevideo de desarrollar una política activa que prevenga, desaliente y sancione tales conductas.

No se cuenta con políticas públicas nacionales sobre el punto. Si bien existen Comisarías de la Mujer y oficinas del Ministerio del Interior dedicadas a la atención de la violencia doméstica, las mismas no están específicamente capacitadas en violencia sexual. La capacitación a personal policial impartida por el programa de Seguridad Ciudadana, sobre violencia doméstica incluyó un módulo sobre abuso sexual. El tratamiento judicial de estos delitos se realiza en los Juzgados Penales. No hay protocolos de atención médica.

### 4. PROSTITUCIÓN

El reconocimiento de los derechos de las trabajadoras sexuales ha tenido hitos importantes entre 1995 y el 2002, impulsados básicamente

desde la Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU)<sup>9</sup>.

Primero fue la resolución del Banco de Previsión Social que, en el entendido que la prostitución es una actividad lícita en el país, aceptó la afiliación de las meretrices a la seguridad social como empresas unipersonales, posibilitando así el acceso a ciertos beneficios sociales como la jubilación.

En octubre de 1999, un decreto interno del Ministerio del Interior estableció modificaciones al certificado de habilitación policial, lo que permite que las trabajadoras sexuales obtengan el "certificado de buena conducta", indispensable para obtener el pasaporte.<sup>10</sup>

Finalmente, en julio del 2002, se promulgó la **Ley Nº 17.515 sobre trabajo sexual**, luego de un tratamiento parlamentaria que insumió más de dos años. La misma reconoce como trabajadores sexuales a *"todas las personas mayores de 18 años que habitualmente ejerzan la prostitución..."* comprendiendo, como reclamaban los y las trabajadoras sexuales, a la prostitución masculina. A los efectos del ejercicio de la prostitución establece zonas en cada departamento del país y crea equipos sanitarios multidisciplinarios para la educación y promoción de la salud entre los trabajadores sexuales. Se asignan cometidos: al Ministerio de Salud Pública de *"promover y preservar la salud del trabajador sexual y de la comunidad"* y al Ministerio del Interior *"las tareas de prevención y represión de la explotación de personas que ejerzan el trabajo sexual"*. Crea también la Comisión nacional honoraria de protección al trabajo sexual, integrada con representantes ministeriales y de las organizaciones de trabajadores sexuales.

El beneficio de asignación familiar, que la ley aprobada establecía para los hijos de los trabajadores sexuales, fue vetado por el Poder Ejecutivo y se encuentra nuevamente a consideración parlamentaria.

Propiamente no existen políticas públicas sino que el MSP realiza el control sanitario y brinda atención en salud sexual y reproductiva a los trabajadores sexuales, así como orientación en prevención de enfermedades de transmisión sexual en conjunto

con la Asociación de Meretrices Profesionales del Uruguay (AMEPU). El Ministerio del Interior efectúa el control del ejercicio.

## 5. MATRIMONIO Y UNIONES DE HECHO

El matrimonio fue regulado al aprobarse el Código Civil en 1868 y no existe actualmente discriminación alguna hacia la mujer.

Las uniones de hecho no tienen reconocimiento legal como tales, sino que en determinadas situaciones se les reconocen ciertos efectos (filiatorios para los hijos nacidos durante el período, y patrimoniales respecto de los bienes adquiridos, mediante la instauración de un juicio por enriquecimiento sin causa). La Seguridad Social reconoce la calidad de concubino/a a los efectos del Seguro de Paro y la atención materno-infantil, pero no a los efectos del derecho a la pensión por sobrevivencia.

A nivel legislativo sólo existe una iniciativa de mayo del 2000 sobre Regulación de la Unión Concubinaria, presentada por el Representante Dr. Daniel Díaz Maynard del Encuentro Progresista, que se encuentra a consideración de la comisión correspondiente de la Cámara de Diputados.

## 6. DIVORCIO

El divorcio vincular existe en el Uruguay desde 1907.

La normativa vigente considera como una de las causales del divorcio la sola voluntad de la mujer. Se encuentra a consideración de la Comisión de Género y Equidad de la Cámara de Representantes, un proyecto modificador de esta disposición que amparar la sola voluntad de cualquiera de los cónyuges.

## 7. ABORTO

El aborto en Uruguay quedó penalizado a partir de la aprobación de la **Ley Nº 9.763 de 1938** (conducta que había sido desincriminada en el Código Penal de 1934). La misma establece el

aborto como delito en todos los casos, con sanciones para la mujer de tres a nueve meses de prisión y para el que colabore con penas de seis a veinticuatro meses, cuando se efectúa con el consentimiento de la mujer, y de dos a ocho años, cuando se realiza sin su consentimiento. Para los abortos realizados por un médico y en los tres primeros meses del embarazo se consideran como causas atenuantes y eximentes: *“Si el delito se cometiere para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo”* (sic); para eliminar el fruto de una violación; por causas graves de salud o la vida de la mujer; y por razones de angustia económica.<sup>11</sup>

A nivel parlamentario se registran cuatro iniciativas presentadas para modificar dicha normativa. En 1985 los Diputados Lamas y Vaillant, ambos por aquel entonces diputados del partido de gobierno, proponen la simple derogación de la Ley N° 9.763, sin que el proyecto logre la aprobación de la Cámara.

En 1993 se presenta un nuevo proyecto, que fuera elaborado por el Diputado Rafael Sanseviero conjuntamente con la actual Coordinadora nacional de CLADEM, la Dra. Graciela Dufau.

El proceso de elaboración del proyecto está recogido en un trabajo de la Dra. Dufau<sup>12</sup> donde se señala que *“La acumulación de reflexiones y acciones públicas realizadas por el movimiento de mujeres, a partir de 1985, pero especialmente las llevadas a cabo por las feministas en el año 1989 –fecha en la que se lanza una campaña por la legalización del aborto que resultó infructuosa– generó las condiciones que posibilitaron la iniciativa.”*<sup>13</sup> La redacción del proyecto fue también un proceso de consulta e involucramiento de diversos actores sociales e institucionales, públicos y privados<sup>14</sup>, de tal suerte que cuando el proyecto pasó a estudio de la Comisión de Bioética *“Como gran parte de ellos habían sido consultados previamente, fue evidente que muchos defendieron el proyecto como algo propio”*. Conjuntamente con el proceso de consulta a los actores sociales, se desplegó un trabajo de concertación política que permitió que la iniciativa fuera presentada por legisladores de todos los partidos con representación parlamentaria.<sup>15</sup> La Cámara de Diputados resolvió que el mismo fuera considerado en la Comisión de Bioética cosa que

sucedió en 1994. Dicha Comisión introduce modificaciones al proyecto original que no alteran los aspectos sustantivos del mismo, y lo aprueba con el voto conforme de legisladores de los cuatro partidos.<sup>16</sup> Pese a estos auspiciosos inicios el proyecto no alcanzó a ser considerada en el pleno de la Cámara. Como señala Dufau *“En nuestra opinión, no llegó a ser considerado por el Plenario de la Cámara de Diputados, por tratarse de un año electoral (comicios nacionales en noviembre de 1994), época en la cual los partidos no quieren asumir temas tan polémicos.”*<sup>17</sup>

En la legislatura siguiente la bancada del Frente Amplio retoma la iniciativa de la Comisión de Bioética, pero no logra alcanzar los acuerdos interpartidarios necesarios para que el proyecto sea considerado.

En la actual legislatura la Comisión de Género y Equidad de la Cámara de Representantes desarchiva todos los proyectos mencionados y solicita sean considerados por la Cámara, que los pasa a estudio de la Comisión de Salud y Asistencia Social. Dicha comisión se aboca a su tratamiento durante 2002 y para ello recibe un importante número de delegaciones: *“Se recibió y atendió a veinticinco delegaciones del ámbito académico, científico y gremial del área jurídica y del área médica, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la defensa de los derechos humanos y de las mujeres”*<sup>18</sup>, y *representantes de diversas religiones.”*<sup>19</sup>

Finalmente la Comisión elabora, en mayoría compuesta por legisladores del Partido Colorado y del Frente Amplio, un proyecto de ley, denominado de **“Defensa de la salud reproductiva”** que establece la obligación del Estado de velar por *“el derecho a la procreación consciente y responsable, reconociendo el valor social de la maternidad, la paternidad responsable y la tutela de la vida humana. A esos efectos se promoverán políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbimortalidad materna.”*<sup>20</sup> Dicho proyecto de ley, que fue aprobado por la Cámara de Diputados el 10 de diciembre de 2002, establece el derecho de la mujer a interrumpir el embarazo por su sola voluntad, durante las primeras doce semanas de gravidez cuando, a

su criterio, le impidan continuar con el embarazo en curso circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o étareas. Fuera del plazo de las 12 semanas, el proyecto autoriza la intervención *“cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.”* Igualmente el proyecto establece que *“Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo.”*

La discusión del proyecto elevado insumió cinco sesiones de la Cámara -alguna de ellas especialmente convocadas para discutir en exclusividad el proyecto; en el transcurso de las mismas hicieron uso de la palabra la mayoría absoluta de las y los diputados. Finalmente el proyecto es aprobado por la Cámara en régimen de votación nominal, registrándose el voto por la afirmativa de 47 legisladores<sup>21</sup>, 36 del Frente Amplio-Encuentro Progresista, 8 legisladores del Partido Colorado, 1 legislador del Partido Nacional, 1 legislador del Partido Independiente y 1 legislador del Nuevo Espacio. Por la negativa se registraron 40 correspondientes a 4 legisladores del Frente Amplio-Encuentro Progresista, 16 legisladores del Partido Colorado, 18 legisladores del Partido Nacional y 2 legisladores del Partido Independiente.<sup>22</sup>

El proyecto es aprobado por la Cámara de Representantes el 10 de diciembre de 2002 y con esa fecha se turna a la consideración de la Cámara de Senadores, la que deberá considerarlo previsiblemente en el transcurso de este año.

## 8. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La situación del embarazo en adolescentes constituye una realidad acuciante en Uruguay. A pesar de ello, no existen políticas públicas intersectoriales que aborden de manera integral

esta problemática ni su prevención. En tal sentido, la inexistencia de programas oficiales de Educación Sexual constituye un indicador relevante. No existen programas específicos a nivel del subsector público dirigidos hacia la población adolescente que brinden una atención diferenciada, a excepción de la Policlínica de Adolescentes del Hospital Pereira Rossell, y del recientemente inaugurado (2002) Programa Setiembre del MSP, con el propósito de brindar seguimiento y atención integral a la adolescente puerpera.

A nivel del subsector privado, son de reciente data la creación de Clínicas para Adolescentes en algunas mutualistas, que atienden aspectos relativos a su salud reproductiva.

A nivel educativo las adolescentes embarazadas pueden continuar con sus estudios si bien se han constatado que en algunas instituciones privadas y públicas éstas han sido discriminadas.

En 1999 se estructura el **“Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y la Salud Reproductiva”** para ejecutarse durante el periodo 2000-2003. En su elaboración participaron más de 20 instituciones públicas y privadas con un total de 60 profesionales que durante 10 meses coordinaron esfuerzos para articular propuestas y negociar decisiones consensuadas<sup>23</sup>. El documento final *“incorpora el enfoque de riesgo, de género y estratégico en todo su contenido, enfatizando los factores protectores, buscando la equidad entre hombres y mujeres y con una posición negociadora para transformar el contexto y fortalecer la democracia con participación social”*<sup>24</sup>. Sin embargo, con el cambio de gobierno en el año 2000 y a pesar de que el Ministerio de Salud Pública siguió bajo la administración del Partido Colorado, el Plan nunca fue considerado sin que mediara explicación alguna.

Actualmente en la órbita de Presidencia de la República está en proceso de implementación el **Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo** financiado por el BID que incluye un subprograma sobre Prevención del Embarazo Adolescente con una estrategia de promoción en Salud Sexual y Reproductiva, con la participación del MSP, la ANEP y el INAME como organismos co-ejecutores.

A nivel del gobierno municipal, el Programa de Atención Integral de la Mujer cuenta en dos de sus Policlínicas, con horarios diferenciales de atención de la población adolescente. A su vez, el Plan de Igualdad de Oportunidades para la Ciudad de Montevideo, en el capítulo sobre derechos sexuales y reproductivos establece una línea de acción dirigida especialmente a la población adolescente y juvenil.

## 9 - ORIENTACIÓN SEXUAL

Se encuentra nuevamente a consideración de la Cámara de Diputados un proyecto de ley que fuera aprobado por esa Cámara en octubre de 2001, pero que al sufrir modificaciones en el Senado en agosto de 2002, ha debido regresar a ella. El mismo incorpora a la descripción de la conducta sancionada por el delito de "incitación al odio, desprecio o violencia hacia determinadas personas", que tal incitación se realice por razones de orientación sexual o identidad sexual.

No existen políticas públicas al respecto y la seguridad social no reconoce las uniones entre homosexuales, tal como lo hace en contados casos con las uniones libres de los heterosexuales.

## 10 - VIH/ SIDA

En 1996 se aprobó la **Ley de Liberación de la Venta de Preservativos**. En el año 1997 se promulgó el Decreto N° 295/997 del P. Ejecutivo que preceptúa la pesquisa de VIH en todo el territorio nacional a las embarazadas siempre que presten su consentimiento informado.

Por disposición de la Dirección General de la Salud del MSP se obliga a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (seguro de prepago) a brindar tratamiento antiretroviral a los enfermos de SIDA comprendido en el costo de la cuota mutual. A nivel de salud pública se brinda tratamiento gratuito a todos/as los usuarios portadores del VIH.

En 1987 se creó el **Programa Nacional de SIDA del MSP** que desarrolla políticas de promoción y prevención del VIH-SIDA; así como vigilancia epidemiológica (de la epidemia pasiva y activa), y apunta a mejorar la calidad de vida de los enfermos de SIDA y a disminuir su mortalidad.

Con el apoyo de la Comunidad Europea el programa logró desarrollar en convenio con el CODICEN<sup>25</sup> y ONGs especializadas, una experiencia educativa piloto dirigida a escolares; y la inclusión de la temática en el ámbito de la educación secundaria y de la formación docente de los maestros. Implementó una campaña de prevención en medios masivos de comunicación; promovió las normativas para la atención de los enfermos de SIDA y una estrategia específica dirigida a y con las trabajadoras sexuales. A partir de la penúltima administración no ha desarrollado nuevas acciones, incluso ha tenido un bajo perfil en actividades que en años anteriores desarrolló con fuerte protagonismo (en especial en el Día Internacional de Lucha contra el SIDA).

La IMM, en convenio con organizaciones no gubernamentales, brinda información, apoyo y orientación telefónica durante doce horas al día, a través de la Línea SIDA.

## 11 - CONTROL DEL EMBARAZO, ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO, DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMAS Y CUELLO UTERINO.

La atención del embarazo, parto y puerperio constituyen políticas públicas en nuestro país de larga data, con un importante desarrollo del área materno infantil.

Respecto al embarazo, en el período de estudio, se aprobaron dos leyes: la **Ley N° 16.215** (1999), que establece un régimen de **amparo para las trabajadoras en estado de gravidez**, declarando que no podrán ser destinadas a tareas que pudieran afectarlas a ella o a su hijo y la **Ley de Acompañamiento en el Parto** (Ley N° 17.386, agosto 2001), que establece para todo el sistema de salud que *"toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o en su defecto, a su libre elección de una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1° y estimulará la*

*práctica a que éste hace referencia.*<sup>26</sup> Dos decretos del Poder Ejecutivo versan sobre la materia: el Decreto N° 37/997 que reglamentó la Ley N° 16.045 art. 4, ilegitimando cualquier discriminación en razón de sexo agravada en casos de cambio de estado civil, embarazo o lactancia, y otorga licencia por paternidad; y el Decreto N° 346/997 que, en el ámbito de la educación técnica profesional, reconoce iguales derechos para las pasantes embarazadas y licencia por paternidad.

El MSP desarrolló un **Programa de Promoción de la Lactancia Materna** entre 1995 y 2000. Como producto del mismo se consolidó la Comisión Nacional De Lactancia Materna integrada por MSP, Instituciones de asistencia médica privada, el Banco de Previsión Social, las Sociedades Científicas de Profesionales de la Salud, las Cátedras de Pediatría y Gineco obstetricia, las Escuelas de Nutrición, de Parteras y el Instituto de Enfermería de la Universidad de la Republica, con el apoyo de UNICEF y OPS. Se evaluaron una serie de instalaciones sanitarias y se otorgaron certificados de "Hospital Amigo del Niño" a 11 instituciones, en el marco de una campaña de UNICEF-OMS; se capacitaron y sensibilizaron casi 3.000 profesionales de la salud y se aprobaron las Normas Nacionales en Lactancia materna.

En cuanto a la **prevención del cáncer génito mamario** se aprobó en el 2000 la **Ley N° 17.242** que declaró de interés su prevención otorgando un día de licencia especial anual, con goce de sueldo, a todas las trabajadoras para facilitar la realización de los exámenes preventivos. La ley fue impulsada por la bancada femenina y al momento de su aprobación integrantes de ambos partidos tradicionales evidenciaron su preocupación por los costos económicos en juego. Importa señalar que Uruguay ocupa el primer lugar en América Latina en muertes por cáncer de mama, siendo ésta una preocupación que ha llevado a desarrollar programas tanto a nivel del subsector público como privado.

Desde 1989 funciona la Comisión Honoraria de lucha contra el cáncer, un organismo paraestatal que desarrolla planes y programas para la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por cáncer. La Comisión distribuye materiales

educativos sobre auto examen de mama y exámenes ginecológicos, además de tener un servicio circulante de atención a la población.

Desde 1991 el MSP desarrolla su Programa nacional de cáncer de mama, abocado a la detección precoz y a la disminución de la mortalidad por cáncer mamario. 226 centros de salud están adheridos al programa y ello ha permitido mejorar los índices de cobertura preventiva y la tasa de detección precoz de la enfermedad.

La IMM desarrolla un subprograma de prevención del cáncer génito mamario, como parte de su programa de Atención integral a la mujer. Como producto del mismo se realizan más de 6.200 exámenes preventivos por año en 18 policlínicas municipales y 4 policlínicas móviles, se realizan actividades educativas dirigidas a las montevideanas y a los equipos de salud y se ha editado folletería de amplia difusión, así como el "Carné de salud de la mujer" que sistematiza el control de diversos aspectos de la salud entre los que se encuentra el cáncer génito mamario.

## 12. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Largo trámite en la Cámara de Senadores ha tenido el Proyecto de ley sobre "Regulación de las técnicas de reproducción asistida" presentado por el Dr. Alberto Cid (Encuentro Progresista). Presentado por primera vez en el año 1996 no alcanzó a ser sancionado en esa legislatura y fue nuevamente presentado por su autor en el período legislativo actual. Dos veces el proyecto llegó al pleno de la Cámara y el volumen de objeciones presentadas hicieron que se dispusiera su regreso a la Comisión correspondiente.

Este proyecto puso en el debate público una práctica que se venía realizando desde 1987 sin mayores comentarios. El primer nacimiento por reproducción asistida se produjo en el país en 1990 y desde entonces ha habido más de 60 nacimientos con éstas técnicas.

Las mayores objeciones al proyecto han provenido de sectores bien diferenciados: la Iglesia Católica, las feministas y la Coordinadora del movimiento lésbico, gay, travesti y transexual.

## NOTAS:

- <sup>1</sup> "Escucha, aprende, ¡vive!" tuvo un tiraje de 40.000 ejemplares y estaba destinado a la distribución en todas las instituciones de enseñanza secundaria oficiales.
- <sup>2</sup> La encuesta de la empresa Cifra de julio del 2000 establece que: "El 85% de los uruguayos está de acuerdo con que se reparta un libro sobre educación sexual en los liceos.", resultados publicados en el Semanario Búsqueda 31/08/2000
- <sup>3</sup> Artículo 2º del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados.
- <sup>4</sup> El subsector privado de la salud no incluye en sus prestaciones la atención en anticoncepción con oferta de variedad de métodos anticonceptivos. A modo de ejemplo, el DIU no se ofrece en ninguna institución de asistencia médica colectiva del país.
- <sup>5</sup> Si bien no existe una evaluación oficial del Programa, según autoridades actuales del MSP alcanzó aproximadamente a 23.000 usuarias.
- <sup>6</sup> Un nuevo cambio ministerial se ha producido después de la actualización del presente informe.
- <sup>7</sup> Resultados del relevamiento fueron presentados en el Seminario: Los servicios de salud reproductiva en el interior del país. Realizado conjuntamente con el Área Mujer-Niñez del MSP en diciembre 2002. Se publicó la Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. (MYSU-IFNUAP, Montevideo: 2002), que recoge información sobre los servicios existentes en todo el país.
- <sup>8</sup> "Percepciones, prácticas, representaciones de salud sexual y reproductiva" Investigación en curso.
- <sup>9</sup> Desde 1996 la AMEPU es filial de la central única de trabajadores (PIT-CNT).
- <sup>10</sup> Dicha disposición adquirió rango de ley según lo establecido en el artículo 12 de la Ley 17.515
- <sup>11</sup> Artículo 328 inciso 1º del Código Penal vigente
- <sup>12</sup> Regulación jurídica del aborto en el Uruguay, Dra. Graciela Dufau, GRECMU, 1998
- <sup>13</sup> Coincidentemente la exposición de motivos señala que: "El proyecto de ley que proponemos a vuestra consideración recoge el esfuerzo desarrollado durante años por el movimiento feminista uruguayo."
- <sup>14</sup> Dice Dufau en el trabajo citado: "El proyecto recogió - en la medida de lo posible - las opiniones brindadas por muchos de los actores consultados. Al título ilustrativo, mencionaremos algunos de ellos: todas las ONGs de mujeres; el Espacio Feminista; la Asociación de Sexología del Uruguay; la de Psicología; la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina; la Cátedra de Derecho Penal y Criminología de la Facultad de Derecho; el Colegio de Abogados; Médicos forenses; el Fiscal Letrado Nacional; Ministros de Tribunales de Apelaciones, etc."
- <sup>15</sup> El proyecto se presentó el 15 de diciembre de 1993 con la firma de los diputados Sansevero (Frente Amplio), Beramendi (FA), Piñeyrua (P Nacional), Caputi (P por el Gobierno del Pueblo), Pita (FA), Batlle Bertolini (P Colorado), Micheliní (PGP), Osorio de Lanza (PC), Bayardi (FA), Díaz Maynard (PGP), Legnani (FA)
- <sup>16</sup> El nuevo proyecto es elevado a la Cámara de Diputados con las firmas de los diputados: Carmen Beramendi (Frente Amplio), Atchugarry y Batlle Bertolini (P Colorado), Caputi (P por el Gobierno del Pueblo), Ana Lía Piñeyrua (P Nacional)
- <sup>17</sup> Op.cit.
- <sup>18</sup> Tanto CLADEM como MYSU comparecieron a la Comisión, así como la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Beijing y la Casa de la Mujer de la Unión.
- <sup>19</sup> Palabras del miembro informante en mayoría, señor Diputado Gallo Imperial, Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Luis Gallo Imperial, en la sesión de la Cámara de Representantes del 13/11/2002
- <sup>20</sup> Ver el texto del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados en el Anexo.
- <sup>21</sup> La Cámara de Representantes está compuesta por 99 legisladores.
- <sup>22</sup> Un análisis más detallado de la discusión y votación puede verse en "Primer acto de la discusión parlamentaria del Proyecto de Defensa de la Salud reproductiva" de Moriana Hernández, en prensa.
- <sup>23</sup> En su elaboración participaron representantes de los Ministerios de Salud Pública y Educación y Cultura; de la Administración Nacional de Educación Pública, del Banco de Previsión Social, del Instituto Nacional del Menor, de la Intendencia Municipal de Montevideo, de la Facultad de Medicina, de la Federación Médica del Interior, del Sindicato Médico del Uruguay, de Sanidad Militar y Policial, de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, de la Asociación Nacional de ONGs (ANONG) y de MYSU. Se contó con el apoyo de la OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología).
- <sup>24</sup> República Oriental del Uruguay, (1999): "Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva 2000-2003", Ministerio de Salud Pública, FISS, OPS/OMS.
- <sup>25</sup> El Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (CODICEN) es el organismo rector de la Enseñanza primaria, secundaria y técnica del país.
- <sup>26</sup> Ley 17.386 de agosto de 2001



## IV. TEMAS, ACTORES Y ARGUMENTOS RELEVANTES

### EL DISCURSO DE LOS ACTORES SOCIALES:

Como ha sido señalado, los derechos sexuales y los derechos reproductivos no han conseguido su inclusión en la agenda del debate nacional. Tampoco han sido tematizados más que esporádicamente por la investigación académica. El relevamiento bibliográfico realizado muestra que su abordaje ha quedado en manos de algunas académicas vinculadas al movimiento feminista o en el mejor de los casos, a ellas y a las cátedras de Ginecología y Derecho. Sin embargo parecería que el panorama de escasa acumulación de conocimientos a nivel nacional, sufrirá modificaciones visto que nuevos sectores académicos han comenzado a pronunciarse.

Desde la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales de mujeres, de población afectada por el VIH, y de prostitutas, han hecho conocer sus opiniones, no siempre enmarcadas en una concepción global sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, cuya conceptualización es reciente en el país.

En el período de estudio y antes de él, se registran diversas intervenciones de organizaciones de mujeres en lo que hoy entendemos como derechos sexuales y derechos reproductivos. La reivindicación de las relaciones sexuales como derecho al placer, la despenalización y legalización del aborto y la educación sexual forman parte del marco de intervención de muchas organizaciones de mujeres que prestan servicios, realizan talleres de sensibilización y capacitación, elaboran diagnósticos, o propuestas de políticas públicas.

El constituir los derechos sexuales y los derechos reproductivos como un tema del debate público con importancia política, es el producto del accionar del movimiento de mujeres. Son las mujeres

organizadas las que procuran cuestionar y cambiar el statu quo ante el silencio, las más de las veces, de los actores académicos y políticos y los embates conservadores que la jerarquía eclesial lidera. Tal vez por ello son las feministas y las jerarquías eclesiales quienes, desde ópticas contrapuestas, manifiestan un discurso más sostenido e ideológicamente coherente en un mayor espectro de los temas comprendidos por tales derechos.

En esta lucha por constituir un campo de conocimiento y acción social el propio movimiento de mujeres da señales de profundizar su compromiso con el tema<sup>1</sup> y es tal vez ello, lo que le permite trazarse estrategias de búsqueda de alianza con los nuevos actores que emergen al debate.

### POSICIONES ASUMIDAS EN CADA TEMA:

**EDUCACIÓN SEXUAL:** desde la recuperación democrática la inclusión de la educación sexual ha sido uno de los reclamos del movimiento de mujeres. Las ONG vinculadas a los temas de salud de las mujeres, el sindicato de las meretrices y las instituciones que trabajan en prevención del VIH/SIDA, han desarrollado distintas estrategias de educación no formal o de apoyo a experiencias piloto estatales, desde la perspectiva del ejercicio de la sexualidad con responsabilidad. Se ha reivindicado la laicidad como concepto fundamental de nuestro ordenamiento jurídico, que debe ser preservado en una sociedad democrática también al abordar estos temas. Las jerarquías de la Iglesia Católica han cuestionado las iniciativas en esta materia, toda vez que las mismas no fueron hechas desde su perspectiva confesional. El ataque a las bases de la familia y la supuesta incitación a la promiscuidad han sido

los argumentos más esgrimidos desde la prédica religiosa, a los que se suman el escándalo que producen en esos ámbitos, el ejercicio de la homosexualidad o la masturbación y el rechazo al uso de condones, considerados pecaminosos.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN:** Si bien mayoritariamente se acepta la utilización de distintos tipos de métodos para evitar nacimientos no deseados, se considera que de “eso” se encargan las mujeres. Las organizaciones de mujeres han insistido en la accesibilidad que deben tener a los métodos todos los estratos socioeconómicos.

**VIOLENCIA SEXUAL:** La violencia doméstica como un asunto de violación a los derechos humanos de las mujeres es bandera del movimiento de mujeres. Tal vez es el tema que moviliza hoy al mayor espectro social. Ha logrado una visibilidad tal que ha hecho posible acuerdos de cooperación entre diversos sectores de la sociedad civil y de ésta con el Estado. Desde el ámbito académico, es reciente el interés por realizar un postgrado interfacultativo sobre violencia familiar, sin una clara integración de los enfoques de género en su tratamiento. La violencia sexual no se visualiza en su especificidad excepto en relación a la infancia, si bien las mujeres trabajadoras organizadas, han comenzado a hacer visible el acoso sexual. Las líneas argumentales desarrolladas enfatizan la necesidad de percibir la violencia de género ya no más como un problema del ámbito privado, sino como el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Las líneas de resistencia expresadas por algunos operadores judiciales, evidencian las dificultades culturales para asumir los paradigmas desarrollados por las teorías de género que fundan tanto las normas internacionales, como la ley sobre violencia doméstica recientemente aprobada.

**PROSTITUCIÓN:** Ni la extensión de la prostitución ni el ingreso a ella de personas cada vez más jóvenes, han logrado que el tema sea abordado abiertamente. La prostitución masculina es aún más oculta que la femenina. El tratamiento público del tema se realizó, en años anteriores a los considerados, a partir de la denuncia de una red de proxenetas uruguayos en Europa. Sólo el sindicato de las meretrices y las organizaciones

que trabajan en prevención de VIH/SIDA han procurado dar visibilidad y dignidad a las/os trabajadoras sexuales y ejercer la defensa de sus derechos humanos.

**MATRIMONIO, DIVORCIO Y UNIONES CONCUBINARIAS:** El divorcio no ha sido objeto de controversias, ya que es una práctica absolutamente incorporada en la sociedad uruguaya desde hace muchos años. Si bien es cierto que la Iglesia Católica sigue declarando el matrimonio un sacramento indisoluble, hoy no considera el tema como una de sus prioridades, y su discurso de condena al divorcio se expresa, en todo caso, en el énfasis con que sostiene una “defensa de la familia”, concebida según un modelo único e intemporal. La realidad de los nuevos arreglos familiares, plantea al movimiento de mujeres la necesidad de luchar por obtener reconocimiento y derecho para sus miembros.

**ABORTO:** El tema más debatido. Para el movimiento de mujeres es un tema de derecho de las mujeres, de justicia social, y una cuestión de salud pública, que debe ser considerado en el marco de políticas públicas que atiendan los derechos sexuales y los derechos reproductivos. *“El aborto es el último eslabón de una cadena de carencias educativas, de acceso a los servicios y de presiones culturales en cuanto al rol de las mujeres en la sociedad. Nunca es un método anticonceptivo”*<sup>2</sup> La ilegalización del aborto no evita que se recurra a él sino que *“El hecho de que el circuito [del aborto] se haya clandestinizado no desestimula a las mujeres, sino que las pone cada vez más en riesgo.”*<sup>3</sup>

Como establece la CEDAW hombres y mujeres tienen *“los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos”*<sup>4</sup>.

La modificación del marco legal permitirá reducir la morbilidad materna por abortos en condiciones de riesgo y estimulará la procreación responsable. Se terminará con la hipocresía de una ley que no se cumple ni por los organismos del Estado ni por la población y que castiga particularmente a las mujeres de más bajos recursos.

Las Cátedras de Ginecología han señalado que la ley vigente es causa de desigualdades puesto que *“las mujeres que están en los estratos inferiores no tienen posibilidad de acceder a la interrupción del embarazo con las seguridades o garantías que sí tienen las que están en los estratos superiores desde el punto de vista económico”*<sup>6</sup> y que el aborto es un tema de salud pública que requiere ser atendido incluso en el marco de la legislación vigente.

Connotados juristas han señalado que la ley vigente no cuenta con un consenso de validez en nuestra sociedad y que su aplicación ha implicado clandestinidad, sepsis total y corrupción<sup>6</sup>, y han reafirmado que *“en una sociedad plural la misión del Derecho Penal no es el de proteger una moral, una religión o una ideología determinada”*<sup>7</sup>.

Es interesante señalar que desde el pensamiento católico se han levantado voces que recuerdan que *“Detrás del problema de penalizar el aborto o no, se juegan también otras realidades humanas muy graves: la dignidad de la mujer, la injusticia social, el machismo, la ignorancia respecto a la sexualidad, diferentes actitudes culturales y morales respecto a la vida, al uso de anticonceptivos, a la moral, el papel de las autoridades civiles y eclesiásticas, etc. Esto complica y generalmente desvía el debate llevándolo a callejones sin salida”*<sup>8</sup>.

Según los voceros de los grupos anti-elección el aborto *“es un homicidio que configura un grave ataque para el matrimonio, la familia y la sociedad”*, y que *“termina por destruir no sólo la vida del hijo, sino de la propia mujer como persona y como madre (síndrome de post-aborto, mayor predisposición a contraer cáncer de mama y al suicidio)”*<sup>9</sup>.

**EMBARAZO ADOLESCENTE:** Es mayoritariamente enfocado como un problema vinculado con la pobreza. Algunas organizaciones de mujeres realizan trabajo con grupos de adolescentes y jóvenes embarazadas de barrios carenciados preparándolas para que tengan un buen embarazo y parto y trabajando sus proyecto de vida.

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Es prácticamente un tema tabú en nuestra sociedad, sólo algunas orga-

nizaciones feministas y las organizaciones de gay, lesbianas, travestis y transexuales han buscado darle visibilidad, con el reciente apoyo de algunas organizaciones de derechos humanos.

**VIH/SIDA:** La epidemia no ha sido visualizada como un tema de intervención del conjunto del movimiento de mujeres, que en todo caso, ha actuado como denunciante de una corriente de pensamiento vinculada al Opus Dei que pretendió limitar la medicación a los pacientes y utilizar el terror en las campañas preventivas dirigidas hacia los y las jóvenes. El discurso más conservador de la Iglesia Católica propone la abstinencia y la monogamia como conductas preventivas.

**ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL PARTO:** Las organizaciones de mujeres que trabajan en el área de la salud, desarrollan una campaña por la humanización del parto y de denuncia de las prácticas médicas lesivas a los derechos de las madres.

## LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN LOS MEDIOS

El diseño de investigación propuesto por CLADEM incluía el relevamiento de la información relacionada con estos derechos en la prensa diaria. Dado que la informatización de los diarios es reciente, en el Uruguay, los que implicó múltiples dificultades para la búsqueda. Se optó, por lo tanto, por relevar las noticias de dos semanarios de circulación nacional, uno de orientación conservadora y otro progresista, publicadas en el período de estudio.<sup>10</sup>

La constatación más evidente es el escaso abordaje que los temas vinculados con la sexualidad y la reproducción humana han merecido. Ello es un indicador más de lo revelado por la investigación: los derechos sexuales y los derechos reproductivos no se han constituido, salvo en contados casos y puntualmente, en tema de opinión y de debate nacional.

También la gama de temas presentados por la prensa es escasa. El aborto y el VIH/SIDA, son los temas que mayor y más constante consideración han merecido. La violencia sexual, la

prostitución infantil, el embarazo adolescente y la educación sexual, son los otros temas que han sido objeto de alguna consideración periodística, pero, en la mayoría de los casos, la cobertura se hace a partir de noticias o información de carácter internacional.

---

## NOTAS:

- <sup>1</sup> La Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) ha resuelto recientemente transversalizar con los derechos sexuales y los derechos reproductivos su agenda de trabajo, encomendando a MYSU el diseño, la implementación y evaluación de las acciones.
- <sup>2</sup> Dra. Cristina Grela, Coordinadora de la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Beijing, en sesión del 16/7/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>3</sup> Lilián Abracinskas, Coordinadora de MYSU, en sesión del 16/7/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>4</sup> Dra. Cecilia Anandez, por Casa de la Mujer de la Unión, en sesión del 11/6/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>5</sup> Dr. Raúl Medina, Director de la Clínica Ginecológica B de la Fac. de Medicina, en sesión del 2/4/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>6</sup> Dr. Gervasio Guillot, Presidente de la Suprema Corte de Justicia, en sesión del 21/5/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>7</sup> Dr. Miguel Langón, Director del Instituto de Derecho Penal, en sesión del 15/05/02 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.
- <sup>8</sup> Padre Luis Pérez Aguirre, S. J. "Aspectos religiosos del aborto inducido", publicación de la Cámara de Representantes, Montevideo, 2002
- <sup>9</sup> Comentarlos al proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva entregados a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados, por el Círculo Católico de Obreros del Uruguay.
- <sup>10</sup> Los semanarios relevados fueron Brecha - un semanario de opinión que responde al pensamiento de la izquierda uruguaya - y Búsqueda - semanario que sigue las tradiciones liberales, cuyos editoriales se alinean con el pensamiento conservador, especialmente en el campo económico.

## V. ALGUNAS CONCLUSIONES

Si se consideran los distintos componentes de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre los que indaga este estudio, puede concluirse que:

La conceptualización en derechos sexuales y derechos reproductivos es de reciente data en el país, y no ha sido integrada plenamente aún al discurso del Estado ni de la sociedad en su conjunto.

De modo que salvo en los círculos de especialistas o activistas, el área de la salud reproductiva sigue comprendiendo, básicamente, al embarazo, parto, puerperio y lactancia materna y a las patologías génito-mamarias, la menarca y la menopausia. Dos temas se han integrado en esta década a los “problemas” de salud reproductiva de ciertos sectores de población: la impotencia masculina y la infertilidad femenina, aunque ello derive de la promoción en el mercado de nuevas tecnologías o productos. Desde fines de la década pasada, la salud sexual ha aparecido como foco de atención periódica en la opinión pública y en los decisores políticos, debido a los cambios comportamentales entre los jóvenes, pero fundamentalmente, a la epidemia de VIH-SIDA.

Incluso a nivel académico, el paradigma de los derechos sexuales y reproductivos no está incorporado a la reflexión de las ciencias sociales o de la salud. Salvo excepciones, no existe problematización, ni intentos de conceptualización. Predomina un tratamiento tradicional de los temas vinculados con la reproducción biológica e intergeneracional y es reciente la aparición de trabajos que tratan de delimitar -y construir- un campo de estudios específico. Sin embargo, como ha sido señalado, tanto la constitución de la Red Temática de Estudios de Género de la Universidad de la República, como la creación de Cátedras y Grupos multidisciplinarios coligados en esa red, permiten prever la conformación de un campo de estudio en torno a los diversos aspectos en que los derechos sexuales y los derechos reproductivos pueden considerarse.

En materia legal puede afirmarse que, diecisiete años de gobiernos democráticos, no han alcanzado al Uruguay para poner en consonancia su normativa en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos con el desarrollo alcanzado a nivel de los documentos y recomendaciones de las Conferencias internacionales en la materia. La última reforma constitucional realizada en 1998, a diferencia de lo que ocurrió en otros países de la región, no integró en su articulado ningún propósito o resguardo referido al reconocimiento de la equidad de género ni a estos derechos.

El período estudiado abarca la tercera legislatura post dictadura y los tres primeros años de la actual. En su transcurso es posible percibir cierta intensificación en la atención legislativa sobre estos temas: cuatro leyes aprobadas en una legislatura completa, y tres en los primeros tres años de la siguiente, que además son acompañadas por una Minuta de comunicación y seis proyectos en discusión, dos de los cuales cuentan ya con media sanción legislativa.

También se registran variaciones en las problemáticas abordadas: mientras que en el lapso 1995-2000 dos leyes se refieren a violencia sexual, una a prevención del SIDA y otra a la protección del embarazo; en el período 2000-2002 el abanico de situaciones sobre las que se busca legislar es más amplio: las leyes sancionadas se refieren a prostitución, prevención del cáncer genito-mamario y acompañamiento en el parto, cuentan con media sanción proyectos de ley sobre respeto a opciones sexuales, educación

sexual, planificación familiar y aborto y se encuentran en discusión iniciativas referidas a uniones consensuales, divorcio, violencia sexual y reproducción asistida, y una de las Cámaras se ha pronunciado a favor de la inclusión de la educación sexual en las currícula.

Sin duda en materia legislativa, uno de los avances más significativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos lo constituye la media sanción del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. Si bien resta la necesaria discusión y aprobación en el Senado y la eventual consideración por la Asamblea General del anunciado veto presidencial la trascendencia histórica de lo alcanzado en este plano no puede ser desconocida, en el contexto de una región donde la tendencia predominante es la pérdida de derechos en la materia como producto de la ofensiva fundamentalista liderada por la jerarquía vaticana y la administración Bush.

A los efectos de ubicar las políticas públicas en un contexto de más larga duración que el abordado en el presente trabajo, hay que señalar que el Uruguay registra una política sanitaria muy anterior a las Conferencias de Naciones Unidas de El Cairo y Beijing en algunos campos de la salud materna (control de embarazo, atención institucional del parto y control del puerperio). Pero esas políticas instituidas en un período anterior al que abarca nuestro estudio y que implicaron el desarrollo de programas de atención, servicios y normativas, estaban basadas en un modelo tradicional de lo materno – infantil, centrado en el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y el control del recién nacido. Paralelamente y hasta 1996, los servicios de anticoncepción sólo fueron prestados en el país por la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF – filial de IPPF).

Es por efecto de las Conferencias de Naciones Unidas mencionadas y el cambio subsecuente de paradigma sobre población y desarrollo, que se inauguraron ya en el período considerado (1996), programas y servicios en el sub-sector público que incorporaron la atención de la salud reproductiva y la anticoncepción, tanto en el Ministerio de Salud Pública (MSP) como en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). En esta materia el avance más significativo se registra hacia el año 2001 con la incorporación de los servicios de anticoncepción en la cartera básica de prestaciones del MSP de manera gratuita para la población usuaria de todo el país, aunque esta incorporación tenga las limitaciones ya señaladas en el capítulo anterior.

Pese a ello la información recabada sobre programas y políticas públicas en el período en estudio, deja en evidencia que el Estado uruguayo no ha integrado a su discurso ni a su agenda las concepciones actuales sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Los programas desarrollados en el período, indican que el gobierno central sigue sin definir una política de Estado abarcadora y reguladora de las acciones en esta materia, tanto a nivel público, como privado y no se revela la existencia de un proceso mediante el cual se pretenda avanzar hacia formas más adecuadas para garantizar los mismos.

El equilibrio de fuerzas que parece existir entre sectores católicos y sectores liberales (más bien anticlericales) en los gobiernos post-dictadura, quizás sea la mejor explicación para entender tales ausencias. Parecería que prefieren el empate en este tipo de temas a abrir un flanco de discrepancias en los acuerdos de cogobierno logrados. Por su parte las fuerzas políticas de la oposición evidencian dificultades para asumir una postura más incisiva en la materia, tal vez porque sin una comprensión profunda de los valores en juego, y en el marco de una coalición que comprende a sectores provenientes del pensamiento cristiano, se teme el desgaste interno que pudiera implicar la adopción de posturas innovadoras, en temas que se consideran no prioritarios.<sup>1</sup>

Calificar como “políticas públicas”, propiamente dichas, las novedades registradas -salvo las de carácter legal y dos iniciativas no implementadas luego de aprobadas, en el Ministerio de Salud Pública- se torna dificultoso. Primero, porque no existe ninguna ley marco o normativa general que defina y garantice la promoción y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos (salvo los compromisos internacionales signados por el país), de la que puedan derivarse políticas. Segundo, porque los programas

relevados tampoco aparecen apoyados por decisiones previas de nivel político -que sean una expresión de motivos políticos- mediante las que se establezcan objetivos, ámbitos de aplicación, criterios, recursos y otras orientaciones para programas que presuntamente concretan un propósito más general (garantizar determinados derechos). Tercero, la ausencia de una decisión política previa o de resoluciones de esa índole que establezcan algún tipo de obligación para su cumplimiento, hace que cada programa no tenga asegurada su continuidad y esté sujeto a cambios aleatorios luego de implementado (según quiénes lo ejecuten, según quiénes supervisen la ejecución o según la disponibilidad de recursos, por ejemplo). Cuarto porque en general, las novedades en materia de programas y de políticas públicas, no corresponden a iniciativas adoptadas en los niveles más altos de la toma de decisiones, sino que derivan de las unidades ejecutoras especializadas en el desarrollo de políticas sociales, preferentemente en materia de salud.

En general, no hay una continuidad en los procesos de intervención ni hay tradición de articular acciones interinstitucionales e incluso muchas veces, tampoco dentro de la misma institución, sin que el Instituto Nacional de la Familia y la Mujer, responsable de orientar las políticas en materia de género, haya desempeñado hasta el momento, un rol orientador en los temas de este informe, todo lo cual cuestiona seriamente la deseable integralidad de las políticas.

Los programas que se implementan en el período en materia de planificación familiar y sobre embarazo en adolescentes, están orientados y diseñados hacia los sectores populares y pobres, y no al conjunto de la población; y más hacia las mujeres que hacia ambos sexos. Uno de ellos, explícitamente, plantea como objetivos la atención de los sectores carenciados, habiendo sido el único programa que se propuso promover la maternidad y paternidad elegidas y la participación de las y los jóvenes. La falta de evaluaciones acerca de los resultados de esos programas, impide conocer si la aplicación práctica consiguió o no, superar las dificultades inherentes a propuestas con tales objetivos en cuanto al respeto de los derechos humanos. Tampoco hay elementos para conocer si se logró el “empoderamiento” en materia de derechos y si la implementación incluía mecanismos que evitaran el desequilibrio de poder entre técnicos y usuarias/os.

El alcance de las restantes iniciativas también indican un énfasis en los sectores de menores ingresos. Por tratarse de programas sectoriales en el ámbito de las políticas sociales del Estado (nacional o departamental) y estando éstas dirigidas a dichos sectores y no enfocadas con criterios universalistas en tanto derechos, el resultado es la realización de actividades focalizadas hacia definidos sectores de población: pobres, mujeres. En general, la cobertura queda acotada a la población beneficiaria de los servicios en los que se implementa el programa; repitiéndose un patrón más general en materia de atención de la salud, que favorece ampliamente a la población de Montevideo y su área metropolitana, en relación con la del Interior del país.

Nuevamente, la ausencia de políticas públicas o de normas orientadoras más generales (Plan de salud, Plan de Igualdad de oportunidades, etc.) hace que las acciones implementadas no tomen en cuenta al conjunto de la población y dejen a la iniciativa individual o privada el desarrollo de las prestaciones necesarias para garantizar a los restantes sectores de población los correspondientes derechos (un problema por demás importante si se tiene en cuenta el total de afiliados de los servicios mutuales). Salvo para el caso del VIH-SIDA, en que se dictó una ordenanza que obliga a los servicios de salud mutuales a proporcionar tratamiento retroviral, el Ministerio correspondiente no ha dictado normas orientadoras para la actividad privada.

Como puede advertirse fácilmente las acciones gubernamentales no apuntan a transformar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y en general no incluyen acciones que favorezcan y/o potencien la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Las más de las veces, las políticas gubernamentales proponen acciones que toman en cuenta las necesidades prácticas de género, pero no las necesidades estratégicas de género (Moser, 1991) imprescindibles para lograr cambios culturales

que desarticulen tal ordenamiento jerárquico. Muchas de las acciones que se emprenden no están definidas, en general, desde la identificación de necesidades específicas y por lo tanto suelen no responder a la diversidad de situaciones y demandas. Tampoco se acostumbra considerar la individualidad y las razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. La mayoría de las intervenciones tienden a homogeneizar las necesidades y no se respeta la capacidad de las personas para tomar decisiones, ni se cree -en el fondo- que lo puedan hacer responsablemente, si no media una actuación de disciplinamiento. En los hechos se puede constatar que los sistemas de intervención (por ejemplo en salud y educación) agudizan las diferencias de clase, género, raza, etnia, edad, estatus marital, orientación sexual, región o nacionalidad. Los programas, servicios y prácticas usualmente no consideran ni respetan diferencias culturales y de valores.<sup>2</sup>

En general se constató que muchas de las acciones, aún cuando dicen contener una perspectiva de género, no sólo confunden conceptualmente género con mujer o sexo, sino que tienden a ubicar a las mujeres como insumos o intermediarias para la concreción de objetivos y metas (participación comunitaria de las mujeres para sostener y apoyar servicios; implementar acciones de atención primaria; garantizar el éxito de programas de reducción de la mortalidad infantil, de lactancia, de anticoncepción), no reconociéndolas efectivamente en tanto ciudadanas con derechos propios.

Esta caracterización merece ser relativizada para el caso de las iniciativas emprendidas por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), ya que en este caso, las políticas implementadas mantienen su continuidad desde 1996, año en que fueron establecidas y que los responsables de la ejecución de programas sociales han establecido criterios orientadores más amplios que incluyen como punto de partida los derechos humanos, la incorporación de una perspectiva de género, y la promoción de la participación de los grupos involucrados en las acciones. No es un hecho menor que su Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la Ciudad de Montevideo contenga un capítulo sobre derechos sexuales y reproductivos. Elaborado a propuesta de las organizaciones de mujeres, el mismo comprende la anticoncepción de emergencia en los servicios de salud municipales, la discusión y sensibilización de los equipos de salud sobre la problemática del aborto inseguro, la inclusión de los hombres en la responsabilidad de la anticoncepción y el abordaje de la situación de la población joven con servicios especializados y confidenciales en salud sexual y reproductiva.

A pesar de que desde el movimiento de mujeres se han elevado propuestas para su constitución<sup>3</sup> no existen, hasta el momento, mecanismos institucionalizados en el marco del Estado, que posibiliten la participación de la sociedad civil organizada, en la definición de necesidades y políticas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, así como tampoco instancias que no sean las judiciales, para la denuncia de la violación de esos derechos.

La concepción hegemónica de participación social no fomenta el desarrollo de una masa crítica comprometida con los procesos de transformación, sino que reduce la intervención de la sociedad civil a la implementación de acciones definidas por el Estado, o a la evaluación de las mismas. Desde el Estado la participación se restringe a avalar gestiones y no al desarrollo de mecanismos de debate, reflexión, análisis e incorporación de diversas propuestas y fundamentaciones.

En los dos únicos casos en los que se habían elaborado recomendaciones que constituían un nuevo marco orientador para el desarrollo de programas y servicios, con la participación de la sociedad civil, (las Comisiones honorarias para elaborar Normas para la atención de la salud sexual y reproductiva y para el Plan Integral de Atención a la Infancia, la Adolescencia y la Salud Reproductiva), sus propuestas no fueron implementadas.

A pesar de que las organizaciones feministas y de mujeres han cumplido y cumplen un rol fundamental para la incorporación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en las agendas políticas del país, es factible que, debido a la difícil obtención de recursos la tensión entre autonomía y

disponibilidad económica, lejos de ser resuelta, corra riesgos de complicarse, incidiendo en la definición de las formas de sus intervenciones o en la explicitación de críticas y cuestionamientos a la gestión estatal.

Si bien no puede hablarse de una extendida conceptualización sobre derechos sexuales y derechos reproductivos a nivel del conjunto de la población, importa señalar que las encuestas de opinión pública, registran actitudes más bien sensibles en materia de algunos derechos, como por ejemplo: servicios de anticoncepción, aborto o educación sexual, que tienen amplia aceptación por parte de la opinión pública.

Finalmente en cuanto a la estructuración de actores desde la sociedad, podemos señalar avances significativos registrados en los últimos años del período estudiado, que señalan una tendencia favorable hacia la construcción de un mejor escenario para la defensa, promoción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y su inclusión en el horizonte ético de los derechos humanos.

Si bien los avances constatados se refieren, más a normativas y propuestas realizadas durante el período, que a reales cambios en el amparo de los derechos involucrados, el lento avance registrado parecería acelerarse sobre finales del período, y tiene en la media sanción del Proyecto de Ley de Defensa de la Salud reproductiva y la irrupción de nuevos actores en el debate sus aspectos más novedosos.

En términos de pronóstico, es posible pensar que en los próximos años existirá un escenario con actores diversos que muestren un mayor compromiso frente a estos derechos, y que se generarán mejores condiciones para su visibilidad y agenciamiento político y ciudadano.

---

## NOTAS

- <sup>1</sup> Si bien 36 de los 40 diputados que tiene en la Cámara de Diputados el Encuentro Progresista votaron a favor del Proyecto de Defensa de la Salud Reproductiva, paradójicamente la posición más radicalmente expresada en contra del proyecto estuvo a cargo de un diputado de esa coalición.
- <sup>2</sup> Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, "El Estado Uruguayo y las políticas pública".
- <sup>3</sup> Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, 1999: "Agenda de las Mujeres, con serie de propuestas en Violencia Doméstica, Mujer Rural, Trabajo, Población y Salud Sexual y Reproductiva, Educación, Representación Política y Mecanismos Estatales para el Adelanto de la Mujer". Edición Cotidiano Mujer, Uruguay.



# DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS (\*) (\*\*)

## BALANCE REGIONAL

**ROXANA VÁSQUEZ SOTELO<sup>1</sup>**  
**INÉS ROMERO BIDEGARAY<sup>2</sup>**

\* Los diagnósticos nacionales que sirvieron de base al balance, estuvieron a cargo de CLADEM Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, y los ENLACES de CLADEM en Chile, El Salvador y Uruguay. En cada uno de estos casos se constituyeron equipos de trabajo, conformados por especialistas cuyos nombres sería muy extenso señalar en esta nota, pero que serán debidamente indicados en la publicación final. El informe de México fue realizado por un equipo dirigido por Gloria Careaga.

\*\* Colaboraron con la sistematización y el análisis de los informes nacionales: Juan Francisco Acevedo (en la parte estadística y la información general sobre los contextos) y Tammy Quintanilla (en la parte de legislación y políticas públicas).

<sup>1</sup> Feminista peruana, abogada. Actualmente es directora de la organización peruana Demus y coordina para el Cladem el proyecto regional dirigido a desarrollar una convención para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

<sup>2</sup> Abogada peruana, especialista en gestión pública y política social. Actualmente trabaja en la organización feminista Demus y es asesora de la Mesa Nacional de Concertación de Lucha contra la Pobreza.



# I. TÉRMINOS, ALCANCES Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Entre agosto 2000 y mayo 2001, se desarrolló un trabajo de recolección y análisis de información en catorce países de la región con relación a un conjunto de aspectos referidos a los derechos sexuales y reproductivos, así como sobre los procesos políticos, sociales y económicos vinculados con su evolución.

Los países participantes fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Uruguay.

El trabajo realizado tuvo por objeto llevar a cabo un diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en estos catorce países, así como analizar y caracterizar las tendencias que seguiría su evolución en los próximos años. El estudio se concentró en el período 95 – 2000, aun cuando se consideró información relevante de etapas previas y posteriores. A partir de los diagnósticos nacionales nos propusimos también realizar un balance regional, orientado a identificar:

- ❖ las dificultades particulares y comunes que nuestros países han enfrentado o están enfrentando en este campo;
- ❖ las orientaciones, tensiones y vacíos que existen o subsisten en el debate sobre el tema; y,
- ❖ los avances obtenidos respecto al objetivo de consagrar y hacer efectivo el goce de derechos sexuales y reproductivos en la región, analizando en particular la situación de las mujeres.

La investigación incidió en la recolección, sistematización y análisis de:

- ❖ información estadística relevante para medir la evolución de los derechos sexuales y reproductivos;
- ❖ información general sobre los contextos políticos, sociales y económicos en los que se inscribe su desarrollo;
- ❖ información relevante sobre los debates público y académico suscitados en torno a aspectos medulares de la sexualidad y la reproducción;
- ❖ Y, la legislación y las políticas públicas adoptadas con relación a estos temas.

El estudio se circunscribió a un conjunto de temas que fueron seleccionados en base a dos criterios: su condición de tema controversial en el debate sobre la sexualidad y la reproducción, y su vinculación con instituciones jurídicas que suponen o implican importantes limitaciones para el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción. Los temas elegidos fueron:

- √ EDUCACIÓN SEXUAL
- √ VIOLENCIA SEXUAL
- √ PLANIFICACIÓN FAMILIAR / ANTICONCEPCIÓN
- √ MATRIMONIO / UNIONES DE HECHO
- √ DIVORCIO
- √ PROSTITUCIÓN
- √ EMBARAZO ADOLESCENTE
- √ ABORTO
- √ ORIENTACIÓN SEXUAL
- √ VIH / SIDA
- √ EMBARAZO, MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN EL ÁMBITO LABORAL
- √ ACOSO SEXUAL
- √ CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO
- √ REPRODUCCIÓN ASISTIDA
- √ DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMAS Y DE CUELLO UTERINO

## II. APRECIACIONES GENERALES ACERCA DE LAS DIFICULTADES Y LIMITACIONES QUE ENFRENTARON LOS DIAGNÓSTICOS NACIONALES Y EL BALANCE REGIONAL

En términos generales, las dificultades se plantearon por el lado de la obtención de la información y las limitaciones surgieron por el lado de la ausencia de registros y la calidad de la información disponible.

No pudo obtenerse -en prácticamente ningún caso- información financiera, ya que los presupuestos asignados y ejecutados por las fuentes de financiamiento no fueron accesibles. La información sobre los planes y programas de los gobiernos, particularmente los documentos de evaluación de dichos planes y programas, fueron de difícil acceso y en muchos casos inaccesibles. El caso colombiano resulta emblemático: el equipo de investigación refiere que para conseguir información tuvo que recurrir al ejercicio del derecho de petición previsto en la Constitución.

En lo que respecta a la legislación, en algunos países no ha sido posible acceder a los debates parlamentarios, en la medida en que éstos no quedan registrados ni en versión escrita ni en versión magnetofónica.

Para la construcción de la información estadística se tuvo problemas en relación con las fuentes. Para muchos de los indicadores no existen registros oficiales ni estudios de caso. Es notoria la ausencia de registros que tomen en cuenta variables como sector socioeconómico o área geográfica, pero lo más frecuente es que los criterios para elaborar las estadísticas no sean homogéneos, de manera que las comparaciones se tornan imposibles. También son frecuentes las discrepancias de cifras entre fuentes, llegando incluso a tener sensibles diferencias. Por último, no ha sido posible construir series históricas ya que en la mayoría de los casos no existen datos que permitan hacerlo.

## III. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y TENDENCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS CONTEXTOS POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL EN LA REGIÓN

Parte importante de nuestros esfuerzos ha estado dirigida a levantar un diagnóstico sobre los contextos político, económico y social en los que se inscribe la evolución de los derechos sexuales y reproductivos, porque entendemos que los procesos desencadenados en nuestros países como resultado de la globalización y de las reformas impulsadas en las dos últimas décadas han implicado cambios significativos no solamente con respecto al rol de los Estados sino también en el ámbito de sus relaciones con la sociedad civil, que han derivado en el cierre y la habilitación de nuevas rutas para el desarrollo de tales derechos.

### 1. EN EL PLANO SOCIOECONÓMICO, EL BALANCE MUESTRA LO SIGUIENTE:

- a. Por lo general, la característica de los años ochenta y noventa ha sido la implantación de políticas de corte neoliberal y las tendencias actuales indican que a pesar de la crisis que varios de nuestros países están enfrentando, el modelo se va a mantener en lo sustancial. Todos los países pusieron en práctica reformas estructurales orientadas a liberalizar la economía, que estuvieron acompañadas

o precedidas por políticas de ajuste, en su mayor parte de carácter severo, que se plantearon dos objetivos principales: la reducción del déficit fiscal mediante el incremento de la recaudación, la contención del gasto público, y el control de la inflación.

- b.** La liberalización de la economía y el desarrollo del mercado, asumidos como ejes del modelo adoptado por nuestros países, apuesta -en la línea de lograr un crecimiento económico sostenido- principalmente a incrementar la inversión extranjera y las exportaciones. Se aspira a hacer crecer las exportaciones de productos elaborados o con alto valor agregado, aunque en los hechos la mayoría de ellos no haya podido revertir hasta ahora el sesgo primario-exportador que prevalece en la estructura de sus exportaciones.
- c.** Como consecuencia de las reformas estructurales, el ámbito de acción de los Estados se reduce y dejan de intervenir en la economía, se modifican los marcos legales con el objeto de desregular los mercados y se procede a privatizar las empresas estatales, incluso las de servicios. En la mayoría de nuestros países se da un importante impulso a la implantación de esquemas de concesiones para la entrega al sector privado de actividades que tradicionalmente estuvieron en manos del Estado.
- d.** Para paliar los efectos del ajuste, y mientras se producía el crecimiento esperado y la activación de los mercados internos, en la mayoría de nuestros países se ejecutaron programas de estabilización social. Su orientación fue básicamente asistencial y su aplicación no se sustentó en un mayor esfuerzo fiscal interno, sino en el aporte de la cooperación internacional.
- e.** Las privatizaciones y las medidas de flexibilización laboral, en el contexto de crisis y recesión que afecta a la mayoría de nuestros países, han tenido efectos importantes en los niveles y la calidad del empleo. El aumento del desempleo es una de las consecuencias de este fenómeno, así como la precarización del empleo.

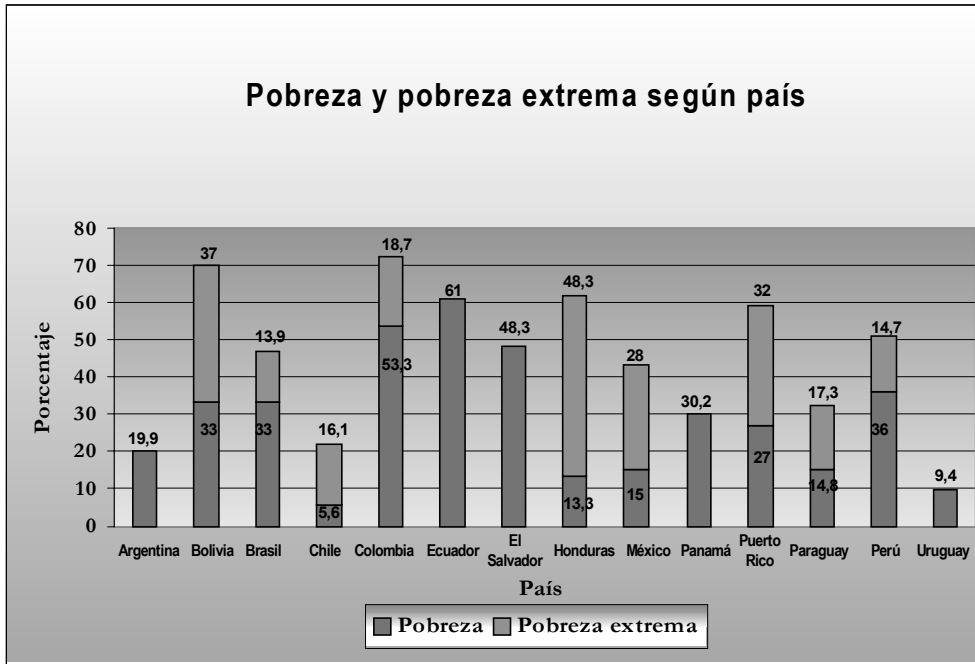
El desempleo ha llegado a niveles críticos, y ha conducido a un notable incremento del subempleo y de la informalidad, particularmente en Perú, Ecuador y Bolivia. Los estudios señalan que por lo general las mujeres son las más afectadas. Brasil indica que en términos relativos las mujeres tienden con el tiempo a percibir menores ingresos que los varones, y Chile que las mujeres reciben por su actividad principal 40% menos ingresos que los varones, mientras que Perú, Bolivia y Paraguay mencionan que las mujeres son las que con el tiempo van engrosando las estadísticas del subempleo y la informalidad.

- f.** Como resultado del ajuste, la brecha social se incrementa notablemente y se produce un aumento de los niveles de pobreza y de pobreza extrema -o indigencia- que no ha sido posible revertir. En todos los países que participaron en el estudio<sup>3</sup>, a excepción de Uruguay y Chile, la pobreza afecta actualmente a más del 40% de la población, llegando en los casos de Bolivia, Ecuador y Honduras a involucrar a más del 60%. En algunos países, como Paraguay, Bolivia, Honduras, México y Puerto Rico, los pobres extremos representan la mayoría de la población pobre, siendo relevante mencionar que en Honduras la pobreza extrema es tres veces mayor que la otra y en México es casi el doble. (Ver gráfico n° 1, página 58)

La ruralización de la pobreza es una de las características del proceso de empobrecimiento que afecta a nuestros países. La información recogida muestra que en términos relativos la pobreza rural resulta mayor que la urbana, llegando a ser en algunos casos hasta un tercio más elevada que ésta.

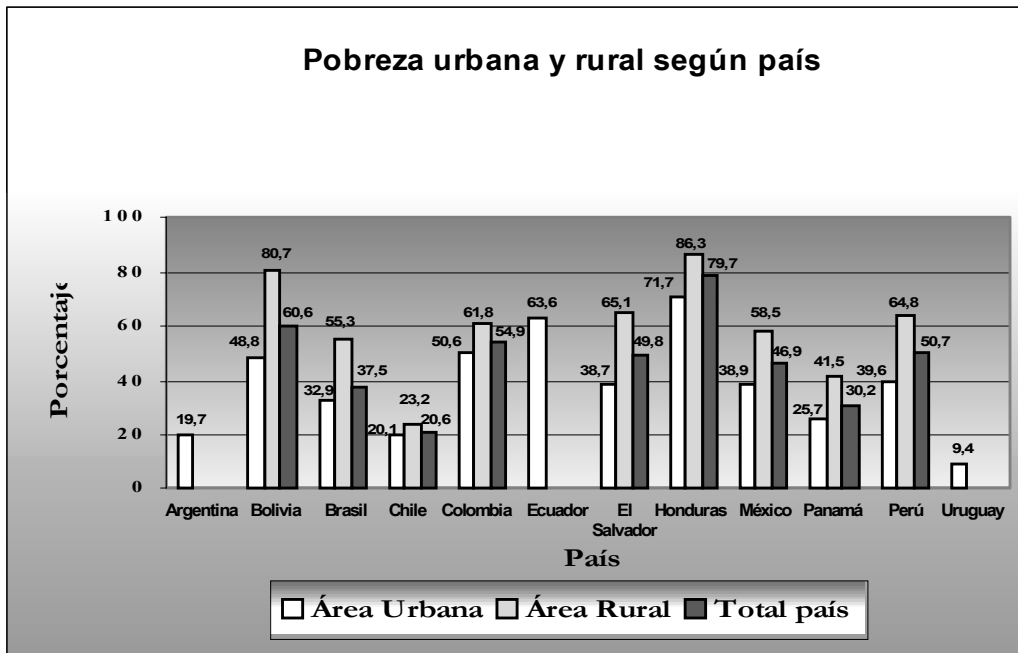
- g.** Nuestras economías han mostrado una enorme vulnerabilidad frente a las crisis externas. Países como Brasil, Bolivia, Argentina, El Salvador y Honduras han adoptado medidas de emergencia

GRÁFICO Nº 1



Argentina: INDEC.1999, Bolivia: Conferencia Episcopal Boliviana. 2000, Brasil: IPEA. 2000, Chile: Casen. 1998, Colombia: DNP-UDS-DIOGS, con base DANE. 1999 (según LP), Ecuador: Fundación José Peralta.1999, El Salvador: PNUD.2000, Honduras: Informe sobre desarrollo Humano. 2000, México: INEGI- CEPAL. 1999, Panamá: Censo.1990, Paraguay: DGEEC. 1999, Perú: Instituto Cuanto. 1997, Uruguay: CEPAL. 1999

GRÁFICO Nº 2



Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Uruguay: CEPAL, 1999.

Perú: Instituto Cuanto. 1997

orientadas a estabilizar su economía, mientras que otros, como Chile, están dirigiendo sus esfuerzos a mantener las condiciones que en el mediano y largo plazo estén en la posibilidad de garantizar su estabilidad y crecimiento sostenido. Salvo en los casos de Uruguay y Chile, donde la crisis se presenta más leve, los otros países no comparten el optimismo de éstos en cuanto a que los índices económicos negativos podrán ser revertidos en los próximos años.

- h.** La segunda ola de reformas que todos los países de la región han emprendido como complemento de las reformas estructurales, se han centrado en los sectores de la educación, la salud y la previsión social. En todos los documentos de reforma aparecen como objetivos declarados: incrementar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, mientras que las estrategias adoptadas en los hechos han reposado hasta ahora en tres tipos de medidas: la participación de la comunidad en la gestión de los servicios, la eficiencia del gasto público (en salud, se buscó aplicar esquemas de financiamiento público orientados a financiar la demanda: seguros públicos en general y seguros orientados a poblaciones específicas) y la promoción del sector privado en la provisión de servicios, lo que en algunos países ha sido leído como un intento por privatizar los servicios. Restricciones de orden político y económico no han permitido en la mayoría de casos profundizar las reformas.

## 2. EN LO QUE RESPECTA AL CONTEXTO POLÍTICO Y A LOS ACTORES, EL BALANCE PLANTEA LO SIGUIENTE:

En primer lugar, debemos decir que si bien en el balance económico podemos advertir con mucha nitidez tendencias que obedecen a un mismo patrón económico, las distinciones debieran aparecer de manera más clara en el terreno político.

En los informes encontramos efectivamente ciertas especificidades y dinámicas particulares, producto naturalmente de las trayectorias de cada país, pero también encontramos tendencias que aparecen a modo de preocupantes líneas maestras en el escenario político, cuya conexión con la implantación del modelo económico en algunos de estos casos es evidente:

- a.** La redefinición del modelo de Estado como resultado de la reforma liberal de la economía y la reducción de sus responsabilidades y atribuciones en todos los países estudiados.
- b.** Se observa una crisis de gobernabilidad, la pérdida de legitimidad del sistema político y su institucionalidad, así como la ausencia de proyectos nacionales con márgenes relativos de autonomía, marcados muy fuertemente por la agenda y los agentes de la comunidad internacional, en particular del sistema financiero internacional.
- c.** El desprestigio de los actores políticos, en particular de los partidos políticos, que no tienen la capacidad de ofrecer respuestas nuevas y satisfactorias a los nuevos y apremiantes problemas que se vienen presentando. Sin embargo y a pesar de ello, en la casi totalidad de los países estudiados siguen gobernando los partidos tradicionales. Ello se debe más a la debilidad de alternativas emergentes viables o convincentes que al mérito de estas estructuras partidarias.
- d.** Si bien hoy todos los gobiernos de la región son civiles, todavía se observa una relativa fuerza de los sectores militares, cuya influencia aún existe, así como el mantenimiento de antiguos privilegios; ello es particularmente notorio en Ecuador, Chile, Paraguay, Honduras y Perú. Al mismo tiempo las fuerzas armadas, al igual que los partidos políticos, viven profundas crisis de prestigio en sus sociedades.
- e.** La jerarquía de la Iglesia Católica es otro actor que en el actual contexto ha aumentado su influencia, jugando un papel importante en la mediación de ciertos conflictos y constituyéndose en uno de los

referentes obligados para el tratamiento de los campos que venimos trabajando. A diferencia de los otros actores ya mencionados (partidos políticos y fuerzas armadas) ha fortalecido su imagen de referente ético, confiable, especialmente ante el debilitamiento y la crisis de los sistemas políticos nacionales. La jerarquía de la Iglesia Católica mantiene buenas relaciones con las elites de poder económico y es apoyada por un creciente sector conservador de la sociedad civil.

- f. Asistimos entonces a la acentuación de un proceso de divorcio entre la sociedad civil y el sistema político, dados los altos niveles de exclusión política de la mayoría de la población, a la vez que a un proceso creciente de demandas (embalsadas / contenidas) de democratización. La población ha ido perdiendo la confianza en los actores políticos en tanto representantes de sus intereses, y pide que se amplíe el poder de decisión de la ciudadanía. Esta tensión entre sociedad y sistema político ofrece sus expresiones más críticas en el último quinquenio en países como Ecuador, Perú, Bolivia, México y Argentina.
- g. También asistimos al surgimiento y/o fortalecimiento de nuevos actores desde la sociedad civil; es el caso de los movimientos indígenas que en países como Ecuador y México han cobrado particular relevancia. De otro lado, el movimiento de mujeres cobra importancia, particularmente en el nivel de los planteamientos, intentando proponer algunas veces con éxito nuevos puntos en la agenda pública. Dentro de éste, el movimiento feminista en tanto bloque no homogéneo expresa diferentes opiniones, especialmente en estos campos, lo que nos plantea la necesidad básica de continuar generando consensos básicos en su interior. También hay que señalar como tendencia que su actuación pública aparece como puntual, vinculada a determinados temas, pero con una gran dificultad para desarrollar de manera visible el monitoreo de las políticas públicas.
- h. En este contexto, una característica señalada prácticamente en todos los países es que las materias vinculadas a la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos son muy volátiles en el plano de la negociación política interna. En tanto "asuntos de segundo orden", las propuestas legislativas -por ejemplo- pueden ser objeto de intercambios permanentes, de tal manera que son reacomodadas o postergadas en función de las alianzas o campos de negociación que se estimen como "más importantes".
- i. La paradoja reside en que tratándose de aspectos de enorme importancia para la población, en la medida que el levantamiento de barreras represoras y/o el fortalecimiento de marcos de protección contribuirían de manera efectiva a ampliar nuestras capacidades, autonomías y libertades, estos asuntos no cuentan con suficiente eco en la población.

La ausencia de debates públicos democráticos y sostenidos sobre estos asuntos, así como la falta de nitidez al establecer las conexiones entre el modelo político y económico y los campos de la sexualidad y la reproducción contribuyen a crear esta situación. En el mismo sentido podríamos señalar que, a pesar de que la violencia contra las mujeres cobra progresivamente mayor importancia como asunto de interés público, tampoco se logran establecer las conexiones relevantes/ decisivas con las constantes de asimetría de poder en la sociedad (violencia generalizada y violencia de género, por ejemplo), pues la tendencia se sigue centrando en la protección a la familia y a la niñez.

- j. El doble estándar como tendencia predominante en la política y en la cultura de nuestras sociedades es especialmente relevante: el manejo del aborto y la homosexualidad como discurso público, práctica política y acción individual presentan ejemplos muy claros de esta situación.

## IV. RESULTADOS DEL BALANCE POR TEMAS

Hemos realizado un análisis cruzado y comparado de la información consignada en los informes nacionales, con el propósito de obtener un balance sobre la situación de los temas seleccionados -que desde nuestro punto de vista constituyen puntos neurálgicos que informan sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la región- e identificar cuáles serían las principales tendencias en su evolución para los próximos años.

Se trata, en realidad, de primeros resultados, que requieren ser examinados con más detenimiento para afinar su análisis. Si bien sabemos que la información producida en nuestros países es deficiente, que existen serios problemas con respecto a la calidad de la información, que no disponemos de datos sobre una serie de variables que resultan cruciales para llevar a cabo el seguimiento de la evolución de estos temas, creemos que los resultados que a continuación presentamos ayudarán a esclarecer el panorama y contribuirán a la formulación de mejores preguntas.

En lo que sigue, vamos a presentar diez de los temas estudiados. Quedan pendientes otros cinco temas, así como el análisis de los debates público y académico realizados con respecto al conjunto de los temas abordados.

### 1. EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual ha sido objeto de preocupación en todos los países de la región. En la mayoría existe legislación, así como políticas públicas al respecto. Del análisis de la información registrada en los diagnósticos se desprende lo siguiente:

- a. No se ha desarrollado legislación específica sobre el tema (Ecuador es la excepción) y, salvo Argentina y Bolivia, ningún país lo hace desde la normativa general sobre educación. En los demás casos, la educación sexual ha sido abordada:
  - ♦ desde la normativa sobre VIH/SIDA,
  - ♦ por los códigos, estatutos y leyes que tratan específicamente sobre niños/as y adolescentes.
- b. En prácticamente todos los casos, la ley ordena incorporar la educación sexual como contenido de la currícula de las escuelas en todos sus niveles; en algunos casos la plantea como eje articulador (Argentina y Ecuador) y con frecuencia expresa la necesidad de promover una sexualidad “sana, ética y responsable”.
- c. Como reflejo de las tendencias identificadas en la legislación, las políticas públicas de los países se expresan, por lo general, en planes y programas sobre VIH/SIDA, de salud reproductiva o para la atención integral a niños/as y adolescentes.
- d. Uruguay es el único país que señala no tener políticas públicas en la materia, y solamente Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia manifiestan tener planes o programas de educación sexual diseñados y aplicados por el Sector Educación. Colombia aparece, además, como el más avanzado a nivel discursivo, pues se propone como objetivos de política “replantear los roles sexuales tradicionales” o “promover modificaciones de la vieja estructura familiar”.

En suma, la prevención de los embarazos, especialmente en adolescente, así como del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, aparecen claramente en el centro de la normativa y de las políticas

sobre educación sexual. Podría afirmarse, entonces, que sus objetivos se dirigen casi exclusivamente a promover la salud y al control de la reproducción.

## 2.VIOLENCIA SEXUAL

Tema extensa y tradicionalmente tratado en el ámbito legislativo, también es objeto de desarrollo en el campo de la política pública. En general, la información de los diagnósticos nacionales nos permite afirmar lo siguiente:

**a.** La tipificación de la violencia sexual como delito es la norma en todos nuestros países, pero su tratamiento no es el mismo. Las modificaciones introducidas en las leyes penales indican claramente que la tipificación se orienta a contemplarla como un delito contra la libertad sexual, aunque en algunos países se mantiene todavía la relación entre libertad sexual y pudor (Panamá y Colombia), entre honestidad y libertad sexual (Honduras), o entre libertad sexual y costumbres (Brasil).

Sólo en Puerto Rico se considera delito contra la honestidad, en Uruguay y Chile contra el orden de las familias (en Uruguay también refiere a las buenas costumbres). Llama la atención el caso de Brasil, que todavía mantiene términos como mujer honesta o mujer virgen.

**b.** La tendencia en la legislación es la de elevar las penas. Éstas están en un rango mínimo que fluctúa entre dos años (Uruguay, Paraguay) y 20 años (Puerto Rico), y la pena máxima en un rango que va de los 8 (Perú) a los 99 años (Puerto Rico).

**c.** Salvo en Honduras, donde se excluye expresamente, se aprecia una tendencia favorable a incluir en el tipo penal el abuso sexual en la relación conyugal.

**d.** La violencia sexual contra menores de edad es delito agravado en todos nuestros países, pero en general se limita a los y las menores de 14 años. De esta edad en adelante, el trato es el mismo que para las personas adultas.

**e.** Solamente Uruguay y Brasil mantienen todavía la exigencia de pena por subsecuente matrimonio con la víctima de violencia sexual. En Argentina ha sido sustituida por la figura del "avenimiento con el violador".

**f.** La violencia sexual es expresamente abordada por la legislación especial de violencia familiar, violencia intrafamiliar, violencia doméstica o de violencia contra la mujer. Once países informan al respecto. En estas normas se disponen medidas para la protección, defensa, atención integral y rehabilitación de las víctimas: así lo establecen Argentina, Chile, Puerto Rico, Colombia, Bolivia, Brasil, Paraguay y Perú. En la mayoría de los casos se plantea, además, la gratuidad de los procedimientos y servicios que entraña.

**g.** Como correlato del avance realizado en el plano normativo, se reconoce en general la obligación de los Estados de orientar su política a la prevención y a la prestación de servicios especializados de atención integral a las víctimas de violencia sexual. Son pocos, en cambio, los que incluyen expresamente al agresor en su política de atención (Honduras).

**h.** La prevención y la atención de la violencia sexual están frecuentemente contempladas como contenido de las políticas de salud, principalmente de salud mental y de salud reproductiva, así como de las políticas sobre violencia familiar (los casos de México, Chile, Honduras, El Salvador, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y Uruguay) y de las relativas a la protección de la infancia.

### TRATAMIENTO PENAL DE LA VIOLACION SEXUAL A MUJER ADULTA

PAISES	DENOMINACIÓN DEL TÍTULO EN EL CÓDIGO PENAL	DENOMINACIÓN DEL CAPÍTULO DEL CÓDIGO PENAL	PENAS	OBSERVACIONES
<b>MÉXICO</b>	Delitos contra la libertad y normal desarrollo psicosexual	Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro, violación	8 – 14 años	Pena por introducir objetos es igual que por penetración.
<b>BRASIL</b>	De los crímenes contra la costumbres	De los crímenes contra la libertad sexual	6 – 10 años	Pene/vagina. Pena menor con mujer honesta por fraude.
<b>ARGENTINA</b>	Delitos contra la integridad sexual	Crímenes contra la identidad sexual: abuso sexual, violación, incitación a prostitución, lucro con prostitución ajena.-	6 – 20 años	Acceso carnal por cualquier vía. Excepcionalmente extinción por avenimiento con violador, (mayor de 18 años decisión libre). En caso de muerte la pena es de 25 años.
<b>PUERTO RICO</b>	Delitos contra la honestidad	Violación	20–99 años	
<b>PANAMÁ</b>	Delitos contra el pudor y libertad sexual	Violación, estupro, abusos deshonestos y acoso sexual	3 – 10 años	Sujeto activo hombre y mujer “que tenga acceso sexual”.
<b>HONDURAS</b>	Delitos contra la libertad sexual y honestidad	Violación, estupro, abusos deshonestos y rapto	9 – 12 años	Sujeto activo sólo hombre, “acceso carnal”. La pena será 15 a 20 años si la víctima es mayor o es cometida por más de una persona.
<b>EI SALVADOR</b>	Delitos contra la libertad sexual	De la violación y otras agresiones sexuales	6 – 13años	Sujeto activo sólo es hombre, “acceso carnal”. Se agrava con pena máxima más 1/3 por autoría de dos o más, cuando se usa medios, modos o instrumentos especialmente brutales, degradantes o vejatorios.
<b>COLOMBIA</b>	Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales	De la violación	3 – 22 años	Agrava la pena cuando: el resultado es un embarazo, la conducta es en contra del cónyuge con quien se cohabite o se haya cohabitado, es realizado por 2 o más personas, se contagia ETS.
<b>ECUADOR</b>	De los delitos sexuales	Del atentado contra el pudor, de la violación y del estupro	8-12 años	Acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal. Se aplica el maximo de la pena si se produce grave perturbación de la salud. En el caso de muerte la pena es de 16 a 25 años.El introducir objetos diferentes al pene es agresión sexual y la pena es la misma
<b>PERÚ</b>	Delitos contra la libertad	Violación de la libertad sexual	4 – 8 años	Sujeto activo sólo hombre.En el delito agravado la pena es de 8-15 años
<b>BOLIVIA</b>	Delitos contra la libertad sexual	Violación, estupro y abuso deshonesto	5 – 15 años	Estupro: privación de la libertad de 2 a 6 años. Abuso deshonesto a mujer adulta: privación de libertad de 1 a 4 años.
<b>PARAGUAY</b>	Hechos punibles contra la persona	Hechos punibles contra la autonomía sexual	2 – 12 años	Atenuante por considerables circunstancias de relación entre víctima y autor.
<b>URUGUAY</b>	De los delitos contra las buenas costumbres y el orden de la familia	De la violencia carnal, corrupción de menores y ultraje al pudor público	2 – 12 años	Está vigente la eximente por matrimonio.
<b>CHILE</b>	Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y la moralidad pública	De la violación	Grado medio grado máximo	Víctima mujer u hombre y sanciona además la violación conyugal.

- i. La población infantil y adolescente tiene en algunos países una asignación de prioridad que se expresa en el diseño de planes y programas específicos.
- j. Aún cuando la atención a víctimas de violencia sexual está lejos de cubrir sus necesidades, las mayores brechas en la aplicación de las políticas aparecen por el lado de la prevención. Los mayores esfuerzos se orientan al montaje de servicios de atención para las víctimas, y la prevención está básicamente circunscrita al ámbito de la escuela y de los servicios de información sobre salud reproductiva, aunque es frecuente que tampoco aparezca como contenido explícito o sustancial ni de la política educativa ni de la política de salud.

La legislación tiene una vocación punitiva que no cuenta con su debido correlato en el plano jurisdiccional, pues la aplicación de sanciones a los agresores se ve en la mayoría de los casos mediatizada por la visión y la práctica conservadora de nuestros sistemas judiciales. Las políticas públicas, a pesar de que en el plano discursivo le asignan importancia a la prevención, tienen en los hechos una orientación básicamente asistencial, pero que tampoco se expresa en suficiente dotación de servicios de atención.

### 3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR / ANTICONCEPCIÓN

Aspecto privilegiado de nuestras políticas públicas, también ha sido abordado por la legislación. En líneas generales, los diagnósticos nacionales ofrecen como información lo siguiente:

- a. Constitucionalmente, el derecho a decidir sobre el número de hijos y su espaciamento está reconocido, al menos en Brasil, México, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Paraguay.
- b. La planificación familiar está tratada en la legislación sobre población (Perú y México), en la legislación general sobre niñez y adolescencia (Perú y Brasil), en la general sobre salud (Perú y México), así como en la reglamentación emanada de los ejecutivos nacionales y estatales sobre salud reproductiva o salud de la mujer (todos los países). Sólo Brasil informa tener una ley federal que trata específicamente el tema.
- c. La política de planificación familiar está en todos los casos contenida en planes y programas adscritos a los sectores u organismos encargados de la salud, más concretamente de la salud de la mujer, y aparece siempre asociada a la política de salud reproductiva.
- d. La planificación familiar incluye en todos los países servicios de información y consejería así como la entrega de métodos anticonceptivos, que en Perú, por mandato legal, está totalmente subsidiada y en Chile o es gratuita o se ofrece al "más bajo costo". En otros países, aunque no se establezca por norma legal, también opera el subsidio total o parcial, pero como consecuencia de la política definida en materia de planificación familiar.
- e. Los servicios están dirigidos a mujeres en edad reproductiva, aunque en la identificación de las poblaciones objetivo algunos países incluyen también a los varones (Honduras, México, Paraguay y Colombia), pero solamente México tiene un programa de vasectomía.
- f. Todos los países se proponen promover la anticoncepción como medio de planificación familiar y se plantean explícitamente metas de cobertura de la población, no sólo con información sino también con métodos anticonceptivos, para cuyo efecto recurren al empleo de estrategias orientadas a inducir la demanda. La excepción es tal vez Argentina, que expresamente señala como poblaciones beneficiarias a las mujeres egresadas de obstetricia y, en general, a lo que denomina "demanda espontánea".<sup>4</sup>

- g.** La anticoncepción quirúrgica está expresamente prohibida en Argentina<sup>5</sup> (excepto en las provincias de Mendoza y de Río Negro), y en Chile no es aceptada como método de planificación familiar. En Bolivia, Brasil, Perú y Honduras está regulada y los demás países no informan al respecto.
- h.** Sólo Brasil, Argentina y Honduras informan sobre la anticoncepción de emergencia para señalar, en el primer caso, que se incluye como contenido de la información que se brinda sobre los métodos disponibles y para indicar, en el caso de Argentina, que su venta está autorizada desde 1996, pero que sólo constituye -formalmente hablando- política pública en la Provincia de Mendoza. En el caso de Honduras, se señala que es suministrada gratuitamente por los servicios de salud, incluso a la población adolescente.

La planificación familiar parece estar dirigida, a pesar de que su fraseo apela al lenguaje de los derechos humanos, al objetivo de regular la fecundidad (México lo expresa claramente, El Salvador y Ecuador también lo mencionan), y aparece explícita o implícitamente asociada a metas relacionadas con cobertura de población que se ubica en zona rural y urbano marginal (México y Paraguay), o en los segmentos de pobreza o de pobreza extrema (Uruguay). El objetivo demográfico también se expresa desde el momento en que los órganos y organismos especializados en materia de población intervienen en el diseño y la coordinación de las políticas y los programas (México, El Salvador y Brasil).

#### 4. EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente es un aspecto central de la política pública. También ha sido abordado por la legislación, particularmente por los códigos o leyes especiales que existen para la protección de la niñez y la adolescencia. Los diagnósticos nacionales aportan algunos datos sobre este importante tema:

- a.** La legislación aborda este asunto para dos efectos: garantizar a las adolescentes embarazadas su derecho a la educación -a continuar sus estudios- y procurarles atención especial en materia de salud. Argentina, Honduras, Perú, Bolivia y Chile informan tener legislación sobre el primer punto; y Brasil, Honduras, Uruguay, Perú y Bolivia sobre el segundo.
- b.** En cualquier caso, casi todos los países cuentan con programas especiales de atención de salud para adolescentes, o tienen algún componente para adolescentes incorporado en sus planes y programas de salud reproductiva y /o de planificación familiar.
- c.** Por lo general, para afrontar el problema nuestros Estados se plantean tres objetivos de política: el retraso en el inicio de las relaciones sexuales -asunto que está siempre explícita o implícitamente presente en los contenidos de la educación sexual-, la reducción de la tasa de embarazo y la disminución de la tasa de mortalidad debida al embarazo y el parto.
- d.** En algunos países como el Perú, se enfrentan restricciones para atender a adolescentes en los programas de planificación familiar, no sólo en lo que concierne a la prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos sino también en lo que toca a información sobre su uso. Estas restricciones parecen, sin embargo, no alcanzar a las adolescentes embarazadas, razón por la cual los programas que tienen los países las incluyen entre sus metas de cobertura.

En México, en cambio, donde la planificación familiar es bastante más agresiva que en otros países -es lo que fluye de sus planes y programas en curso-, sí se establecen metas de cobertura para la entrega de métodos, privilegiando a las adolescentes con "vida sexual activa". Otros, como Uruguay, priorizan a las mujeres adolescentes en pobreza y pobreza extrema, o a las adolescentes

que se identifican como población en “riesgo, vulnerabilidad o marginada”, como en el caso de Bolivia.

- e. La estrategia de prevención del embarazo adolescente ha descansado en dos ejes: en la educación sexual (estudios realizados muestran que existe una fuerte correlación entre embarazo adolescente y nivel educativo) y en la entrega de métodos de anticoncepción.

A pesar de los esfuerzos realizados es de notar que la tasa de fecundidad en adolescentes, con edades que van entre los 15 y los 19 años, se mantiene alta, siendo casi tan representativa como la que corresponde al tramo comprendido entre los 30 y 34 años.

**GRÁFICO Nº 3**

**Porcentaje de adolescentes embarazadas según grado de instrucción**

**Perú**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Sin educación	55,5%
Primaria	30,6%
Secundaria	9,3%
Superior	2,6%
Total	13,4%

**Colombia**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Primaria	33,7%
Secundaria	15,8%

**Ecuador**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Ningún nivel de instrucción	6,9%
Primaria incompleta	4,7%

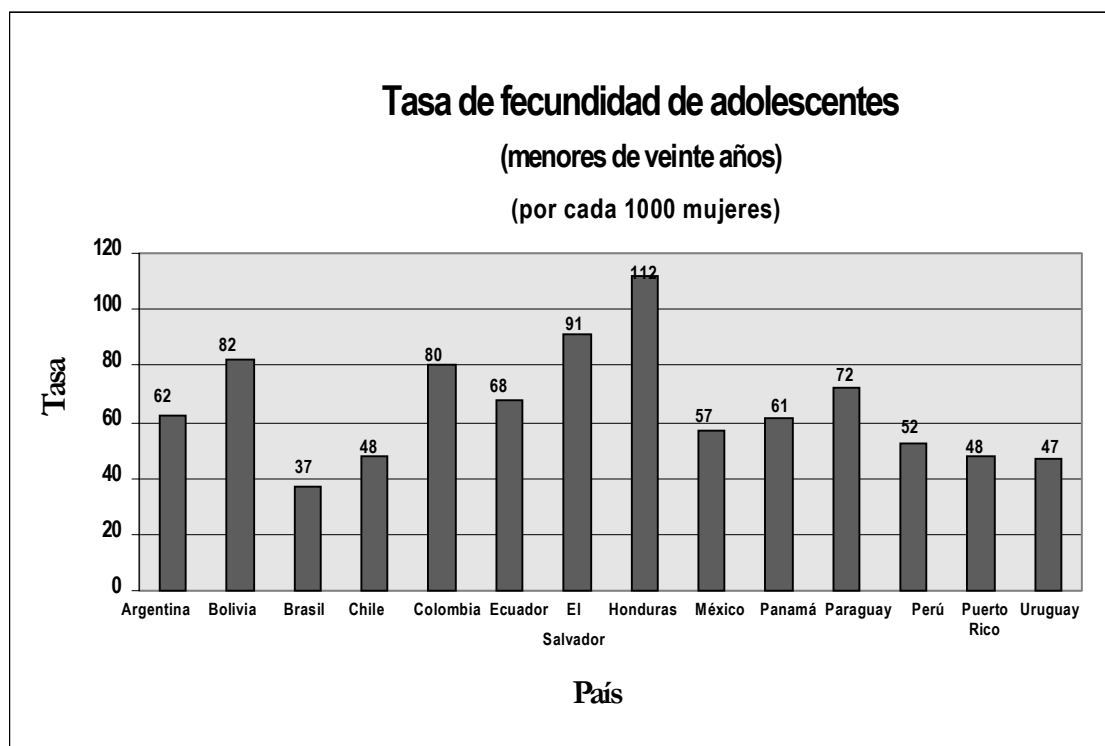
**México**

Nivel de instrucción	Porcentaje
Sin educación	26,3%
Primaria incompleta	27
Primaria Completa	17,7%
Secundaria o más	7,5%

Fuentes: Perú: ENDES. 1996, Ecuador: UNIFEM. 1998, Colombia: Asociación Pro bienestar de Familia, México: INEGI. 1997

Desde los servicios de salud, todos los países se proponen atender el embarazo adolescente desde una perspectiva integral, entendiéndolo por ello: asistencia pre natal y atención del parto y del puerperio. En algunos casos, la atención incluye asistencia psicosocial (Honduras), o la entrega de medicamentos y de apoyo alimentario durante el embarazo (Bolivia). No se propone, sin embargo, ninguna asistencia a la adolescente que se extienda más allá de su egreso del hospital luego del parto, ni se hace un efectivo seguimiento del cumplimiento de la legislación que establece su derecho a continuar con sus estudios en las escuelas.

GRÁFICO Nº 4



FUENTE: OPS, 1998

## 5. PROSTITUCIÓN

A partir del análisis de la información que plantean los diagnósticos, se puede establecer lo siguiente:

- a. La prostitución está regulada en todos los países y, a excepción de Puerto Rico, no está sancionada. Se proscriben el proxenetismo y el tráfico sexual, y se sanciona drásticamente la explotación sexual de niños/as y adolescentes, así como la pornografía infantil. En Puerto Rico se sanciona a quien la ejerce y al que la solicita, aunque en la práctica este último no sea objeto de persecución.
- b. La regulación de la prostitución se ampara en razones de moral pública (Paraguay y Panamá), de seguridad y tranquilidad pública (Argentina, El Salvador y Perú), y de salud pública (Bolivia, Panamá y Honduras).
- c. En Uruguay se ha conferido a las prostitutas algunos derechos de orden laboral, derivados del reconocimiento que se ha hecho de su condición de trabajadoras sexuales.
- d. En Argentina y Colombia se dispone la atención integral de las víctimas de explotación sexual; la legislación colombiana habla también de la "rehabilitación" y la "resocialización" de quienes ejercen la prostitución en un sentido claramente estigmatizador. Sólo Panamá y Colombia informan tener programas dirigidos a la prostitución y en ambos casos están orientados a la población menor de 18 años, pero Colombia es el único que incluye un componente de atención integral.
- e. En otros países, el tema de la prostitución ha sido incluido en los planes y programas sobre VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual; su tratamiento tiene relevancia solamente en tanto a quienes ejercen la prostitución se les contempla como población de alto riesgo.

En materia legislativa, la tendencia es a la penalización del proxenetismo, del tráfico sexual y de la explotación sexual de menores (a la que se considera delito agravado). La creciente preocupación que existe por el tema de la explotación sexual de niños/as y adolescentes no tiene, en todo caso, su debido correlato en la política pública, pues ésta, antes que plantear medidas orientadas a la prevención, parece inclinarse sólo por la represión.

## 6. ABORTO

El aborto, al igual que la violencia sexual, es un tema amplia y tradicionalmente abordado por la legislación penal. Su incorporación en las políticas públicas es sin embargo bastante más reciente. La información consignada sobre este tema en los diagnósticos nacionales, nos anima a plantear lo siguiente:

- a. Aunque en algunos casos se han incorporado nuevos supuestos de excepción de punición -como el aborto por violación- y en otros se han disminuido las penas, no podemos afirmar que exista una tendencia flexibilizadora que nos esté abriendo el camino hacia la despenalización del aborto.
- b. Existe más bien una corriente de signo contrario, bastante poderosa, que se expresa, por ejemplo, en una tendencia a incluir al concebido dentro del derecho a la protección de la vida. Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Perú, Ecuador y Honduras (también Guatemala, Costa Rica y Nicaragua) lo hacen en su Constitución, legislación civil y/o en sus códigos de menores o de la niñez y la adolescencia. En el Perú se acaba de promulgar una ley que sanciona el delito de lesiones al concebido.
- c. La situación de la regulación del aborto en nuestros países puede resumirse como sigue.
  - ◆ En cuanto a los supuestos no punibles:
  - ◆ El aborto terapéutico por razones de vida está permitido en nueve países y en veintisiete estados de México.
  - ◆ El terapéutico por razones de salud no es punible en ocho Estados de México y en seis países.
  - ◆ El aborto eugenésico no está sancionado en dos países y en trece Estados de México.
  - ◆ El aborto por violación no es punible en cinco países.

Puerto Rico es el único país que no penaliza el aborto y Panamá el que contempla todos los supuestos anteriores como excepción de la punición, mientras que El Salvador (desde 1997), Colombia, Chile, y Honduras han optado por la penalización en cualquier supuesto.

- ◆ En lo que se refiere a los rangos de las penas y las circunstancias atenuantes:
  - ◆ El aborto simple consentido tiene una graduación mucho menor en términos de máximos y mínimos que el no consentido.
  - ◆ Los mínimos para el aborto consentido se ubican entre los 15 días y los 3 años, y los máximos entre 9 meses y 8 años.
  - ◆ Entre las atenuantes, los más frecuentes son los que tienen que ver con el honor o la reputación (seis países informan de ello). En otros casos, se plantea la violación o los riesgos de salud como atenuantes, mientras que sólo dos países (Uruguay y México, para uno de sus Estados) han incluido expresamente las razones de orden económico.
- d. Algunos países, como México, Perú y Bolivia, consideran el aborto como un problema de salud pública, debido a la incidencia que tiene como causa de muerte entre las mujeres, especialmente entre las adolescentes. La ineficacia de una declaración como la precedente se hace evidente y carece de consistencia de cara a situaciones en las que el aborto se encuentra penalizado, ya que mientras esto sea así las mujeres continuarán recurriendo al aborto clandestino.

**TRATAMIENTO PENAL PARA LA MUJER QUE INTERRUMPE VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO**

PAISES	RANGO DE PENAS	TERAPÉUTICO SALUD	TERAPÉUTICO VIDA	EUGENÉSICO	VIOLACIÓN	CAUSAS ECONÓMICAS	ATENUANTES
<b>MÉXICO</b>	15 días-6 años	No punible en 8 estados	No punible en 27 estados	No punible en 13 estados	No punible en todo el país	No punible en 1 estado.	Causas económicas graves, 3 hijos o mala fama, embarazo oculto y fruto de unión ilegítima, en 18 estados
<b>BRASIL</b>	1-3años	Punible	No punible	Punible	No punible	Punible	No expresa
<b>ARGENTINA</b>	1-4años	No punible	No punible	Punible	Punible. Exime sólo en caso de ser realizado por médico diplomado en mujer idiota o demente, con consentimiento de su curador	Punible	No expresa <sup>1</sup>
<b>PUERTO RICO</b>	No punible	No punible	No punible	No punible	No punible	No punible	No punible
<b>PANAMÁ</b>	1-3años	No punible	No punible	No punible	No punible	Punible	No expresa
<b>HONDURAS</b>	3- 6 años	Punible	Punible	Punible	Punible	Punible	Ninguno
<b>EL SALVADOR</b>	2-8 años	Punible	Punible	Punible	Punible	Punible	No expresa <sup>2</sup>
<b>COLOMBIA</b>	1-3 años	Punible	Punible	Punible	Punible ¾ pena	Punible	Inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas. El juez puede abstenerse de aplicar la pena o sanción en el aborto consentido cuando ocurren extraordinarias condiciones o en anormales motivaciones. Embarazo por violación o por conducta abusiva atenuado.
<b>ECUADOR</b>	1- 5 años	No punible	No punible	Punible	Punible. Exime mujer idiota/demente con consentimiento de representante legal	Punible	Ocultar su deshonra: 6meses-2 años
<b>PERÚ</b>	No mayor de 2 años	No punible	No punible	Punible 3 meses	Punible 3 meses	Punible	No expresa
<b>BOLIVIA</b>	1-3 años	No punible	No punible	Punible	No punible	Punible	Honor: 6 meses-2 años
<b>PARAGUAY</b>	15-30 meses	Punible	No punible	Punible	Punible	Punible	Honor: 6 -12 meses
<b>URUGUAY</b>	3-9 meses	Punible -Exención ó 1/3 pena	No punible	Punible	Punible- Exención ó 1/3 pena	Punible. Angustia económica. Exención ó 1/3 pena	Honor: 1/3 – 1/2 pena
<b>CHILE</b>	Presidio menor en grado máximo	Punible	Punible	Punible	Punible	Punible	Ocultar deshonra: presidio menor en grado medio

<sup>1</sup>Argentina: tentativa de la mujer no punible

<sup>2</sup>El Salvador: tentativa y aborto culposo de la mujer no son punibles

TRATAMIENTO PENAL PARA EL TERCERO QUE INTERVIENE EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	
PAÍSES	RANGO DE PENA
MÉXICO	15 días- 6 años
BRASIL	1- 4 años
ARGENTINA	1- 4 años, hasta 6 años en caso de muerte
PUERTO RICO	No punible
PANAMÁ	3 – 6 años
HONDURAS	3 – 6 años
EL SALVADOR	2 – 8 años
COLOMBIA	1 – 3 años
ECUADOR	2 – 5 años. sobreviene la muerte 3 – 6 años
PERÚ	1 – 4 años. Si sobreviene muerte y se pudo prever 2 – 5 años
BOLIVIA	2 – 3 años. Práctica habitual 2 – 6 años
PARAGUAY	15 – 30 meses / 4 – 6 años si sobreviene la muerte y 6 -8 años por uso de medios más peligrosos que los consentidos.
URUGUAY	6 – 24 meses./ 3 – 6 años si sobreviene muerte
CHILE	Presidio menor en grado medio

No existen cifras sobre incidencia de aborto, para todos los países y tampoco las hay desagregadas por edad, área geográfica o sector socioeconómico. Las que se manejan provienen de estimaciones no oficiales, porque las que producen los ministerios de salud están referidas a los ingresos/egresos hospitalarios, que sólo dan cuenta del aborto legal y muy marginalmente de los abortos clandestinos. Estas estimaciones nos pueden dar, sin embargo, una idea de la monstruosa magnitud del problema.

- e. En general, el tratamiento que recibe en la política pública de nuestros países tiene un doble sentido. Se lo asume como un evento que hay que evitar y como un problema de salud que hay que atender. De allí, que la mayor parte de las veces que se lo menciona aparezca expresado como un objetivo de la política de educación sexual, o relacionado con el embarazo adolescente y, por lo general, como un tema vinculado con la prevención del embarazo.
- f. La mayoría de los países que consideran supuestos no punibles contemplan en su legislación -o como parte de su política de salud- la prestación de servicios de atención médica para los abortos legales, y en algunos casos (como en varios estados del Brasil) también plantean la atención integral, incluida la psicológica.
- g. El tema de las condiciones de acceso a los servicios de salud no sólo tiene que ver con las barreras de tipo legal; también tiene relación con el costo de la atención. La interrupción del embarazo en casos de violación es atendida al menos en cuatro Estados del Brasil de manera totalmente gratuita y, en general, se obliga a la policía a informar a la víctima sobre la posibilidad de practicarse un aborto. Sólo México, Paraguay, Bolivia y Honduras indican que la atención del aborto -se entiende que cuando es espontáneo o legal- está parcialmente subsidiada. Puerto Rico señala que el aborto sólo se practica en los establecimientos de salud privados. Los demás países no informan al respecto.

El aborto continúa siendo un punto neurálgico en el tema de los derechos reproductivos de las mujeres, y un aspecto medular de la política de nuestros Estados, que parecen proclives a ceder frente a las posiciones conservadoras que presionan por mantenerlo penalizado. Entrampadas en sus propios miedos, las clases dirigentes de nuestros países no saben cómo resolver el dilema: mantener la penalización del aborto y disminuir -hasta eliminar- su incidencia como causa de muerte entre las

mujeres, lo que no es posible, pues encierra una contradicción. De otro lado, la protección de la vida del concebido puede convertirse, además, en una verdadera traba para la despenalización del aborto, e inclusive empujar la corriente hacia la consolidación de las posiciones de quienes pretenden retroceder lo avanzado hasta ahora.

## 7. ORIENTACIÓN SEXUAL

Legislación sobre el tema existe en muy pocos países y es poco lo que se ha avanzado en términos de su reconocimiento legal. En las políticas públicas su abordaje está prácticamente restringido al ámbito de la lucha contra el VIH/SIDA. El balance indica también:

- a. La relación homosexual consentida entre adultos no está penalizada, salvo en Puerto Rico, que sanciona la sodomía, no obstante lo cual existen disposiciones que a contracorriente de lo expresado en el Código Penal, brindan protección a las personas y parejas homosexuales en algunos campos.
- b. La discriminación en razón de la orientación sexual está expresamente prohibida a nivel constitucional por Ecuador, y en el Estatuto Constitucional de la Provincia de Buenos Aires se incorpora el “derecho a ser diferente y a la libre orientación sexual”; en los demás países se entiende incluida, por vía interpretativa, dentro del derecho a la no discriminación. Por indicación del Departamento de Justicia, en Puerto Rico se admite a proceso la resolución de casos de violencia intra familiar entre parejas del mismo sexo.
- c. No se ha avanzado mucho más. No se permite el matrimonio entre personas del mismo sexo ni se reconoce a sus uniones los efectos del matrimonio o de las uniones de hecho. Están además excluidas de los beneficios que en general se atribuyen a los cónyuges en materia de salud y previsión social.
- d. En la mayoría de países la homosexualidad determina una categoría de personas o población a la que se considera de alto riesgo para efectos del diseño y la aplicación de políticas sobre el VIH/SIDA. La orientación sexual no es un tema que frecuentemente se aborde en los programas de educación sexual (algunos países como el Perú reportan que toda referencia a ella fue expresamente excluida) y, cuando se la incluye, como en Paraguay, se hace por lo general para plantearla como una desviación de conducta que “puede ser reencauzada y reorientada con terapia y apoyo familiar”.

La inclusión de la orientación sexual en el derecho a la no discriminación resulta, para todo efecto, equivalente al reconocimiento del derecho a la libre orientación sexual, y su consagración constitucional abre una vía importante para impulsar las reformas de la legislación que discrimina y excluye a las personas homosexuales de los beneficios que se otorgan a las heterosexuales. También abre la posibilidad de ampliar por la vía de la interpretación jurídica la comprensión de los alcances de ciertas instituciones jurídicas, y a nivel individual de reclamar en la vía jurisdiccional la protección de sus derechos.

## 8. VIH/SIDA

El VIH/SIDA ha merecido legislación específica en la mayoría de países; en otros se lo trata conjuntamente con las infecciones de transmisión sexual. También ha sido objeto de sendos programas diseñados y aplicados desde el Sector Salud con el objeto de prevenir y atender a las personas afectadas por la enfermedad. De la información contenida en los diagnósticos se desprende:

- a. Legislación específica sobre prevención y atención del VIH/SIDA existe en México, Brasil, Perú, Ecuador, Paraguay, Honduras y El Salvador. Para aspectos puntuales relacionados con la punición

está Brasil, para la investigación sólo Argentina, y para regular el tema conjuntamente con el de las infecciones de transmisión sexual, Panamá y Colombia. En estos dos últimos casos la legislación también está referida a la prevención y a la atención del VIH/SIDA.

- b.** Algunos de los aspectos puntuales que han sido objeto de un interés muy especial en la legislación de los países son:
- ♦ La producción y el procesamiento de información sobre los casos diagnosticados para efectos de la vigilancia epidemiológica.
  - ♦ La reserva de la información médica, aunque existen excepciones como en Puerto Rico (notificación del exámen practicado a autor de violencia sexual, incesto o sodomía) o en Honduras (certificación previa al matrimonio).
  - ♦ La protección contra el despido o cese de actividad laboral, contra la negativa a permitir el ingreso o la matrícula en los centros educativos y contra la discriminación en los servicios de salud.
  - ♦ La gratuidad de los medicamentos (Brasil) o la exoneración de impuestos a los medicamentos (Ecuador y en el Perú).
- c.** La política pública sobre VIH/SIDA aparece frecuentemente asociada a las políticas de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual. Son los casos de México, Argentina, Panamá, El Salvador, Colombia y Perú. Tienen planes o programas nacionales orientados específicamente al VIH/SIDA algunos países como Honduras, Panamá, Paraguay, Uruguay, Chile y El Salvador. En Colombia y El Salvador han sido específicamente incorporados en planes integrales sobre salud reproductiva.
- d.** Los planes y programas sobre VIH/SIDA pretenden alcanzar impacto general, particularmente en lo que toca a la prevención. Ello se expresa en la inclusión de componentes que plantean la realización de campañas públicas de información y sensibilización sobre la enfermedad y la manera de prevenirla, así como en la relación que establecen con los programas de educación sexual.
- e.** A pesar de que las cifras indican que la principal categoría de transmisión es la relación heterosexual, en algunos países todavía se continúa focalizando los programas en lo que denominan poblaciones de alto riesgo (homosexuales, prostitutas/os, niños/as de la calle, población penal y drogadictos). La tendencia en el crecimiento de la enfermedad indica, además, que hoy en día son las mujeres, incluso las que tienen pareja estable, las más expuestas a contraerla.

#### CASOS REGISTRADOS DE VIH/ SIDA SEGÚN SEXO EN 1998

	Argentina	Brasil	Colombia	Chile	El Salvador	Honduras	México	Paraguay	Perú	Uruguay
<b>Hombres</b>	1,170	12,662	642	391	37	782	2,961	13	791	140
<b>Mujeres</b>	460	6,112	115	54	28	696	513	14	240	40

**Nota.-** Bolivia, Ecuador y Puerto Rico no registran información de casos según sexo, la fuente sólo consigna totales.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Programa Especial de Análisis de Salud, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, Sistema de Información Técnica en Salud, Washington DC, 2001.

La prevención del VIH/SIDA se orienta al objetivo explícito de generar cambios en los patrones de conducta sexual de la población (Panamá, Honduras, El Salvador y México así lo señalan), y se sirve de los programas de educación sexual para transmitir mensajes básicamente dirigidos a promover el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la fidelidad y el sexo protegido. El acceso a la atención de la enfermedad se enfrenta, por su lado, a serias barreras de tipo económico debido a los altos costos en medicamentos que implica su tratamiento. Los seguros de salud privados tienden a excluir

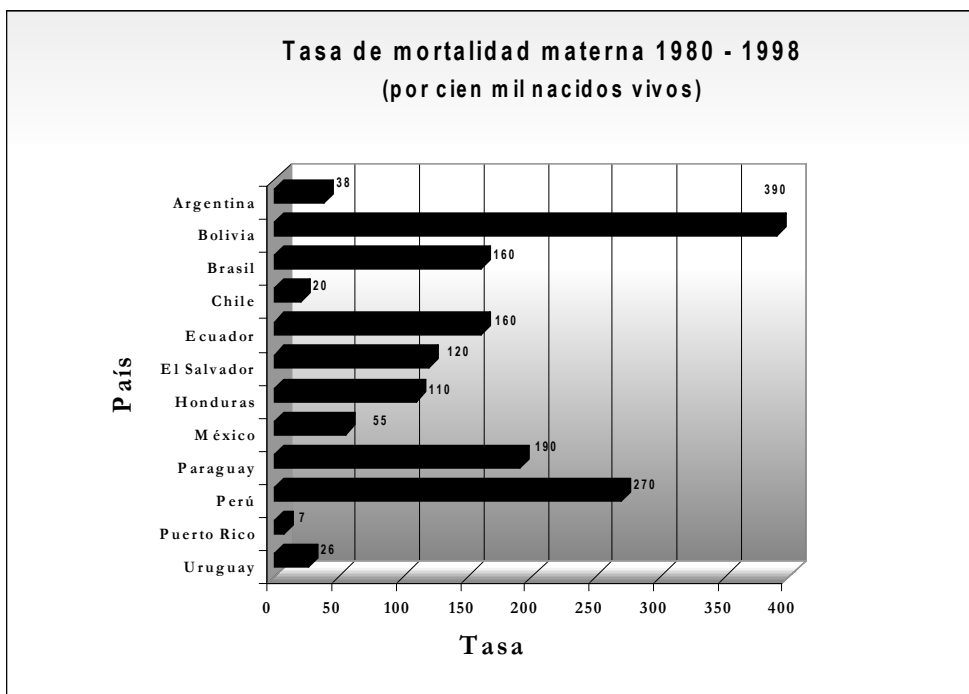
expresamente la atención del VIH/SIDA de la cobertura que ofrecen, y sólo algunos sistemas públicos, como los de Argentina y Brasil, brindan -al menos formalmente- atención en condiciones de subsidio total.

## 9. CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO

La atención del embarazo, el parto y el puerperio ha sido abordada por la legislación que trata sobre la maternidad o sobre la salud materno-infantil. Son pocos, sin embargo, los países que han desarrollado el tema a nivel de leyes; la mayoría lo ha hecho a través de normas reglamentarias y disposiciones de carácter administrativo emanadas de los ministerios de salud, en cumplimiento de normas constitucionales. Son temas cuyo tratamiento corresponde básicamente a la política pública. La información proporcionada por los países nos permite concluir:

- a. La protección de la salud materno-infantil es un tema frecuentemente abordado en el ámbito constitucional. De allí derivan las disposiciones legales que plantean para el Estado el deber de atender el embarazo, el parto y el puerperio.
- b. La incidencia que estos eventos tienen en la mortalidad materna y perinatal hace que nuestros países asignen alta prioridad a los planes y programas de salud dirigidos a la atención del embarazo, parto y puerperio, pero ello no se refleja de manera tan clara en las condiciones de acceso a los servicios. En el ámbito normativo, algunos países plantean la gratuidad de la atención (Ecuador) o la tendencia a la gratuidad (Perú), aunque por lo general es un aspecto que queda librado a la definición de la política sectorial que corre a cargo del ente rector de la salud. El informe de Brasil señala que el parto gratuito está siendo progresivamente adoptado por un número importante de Estados.

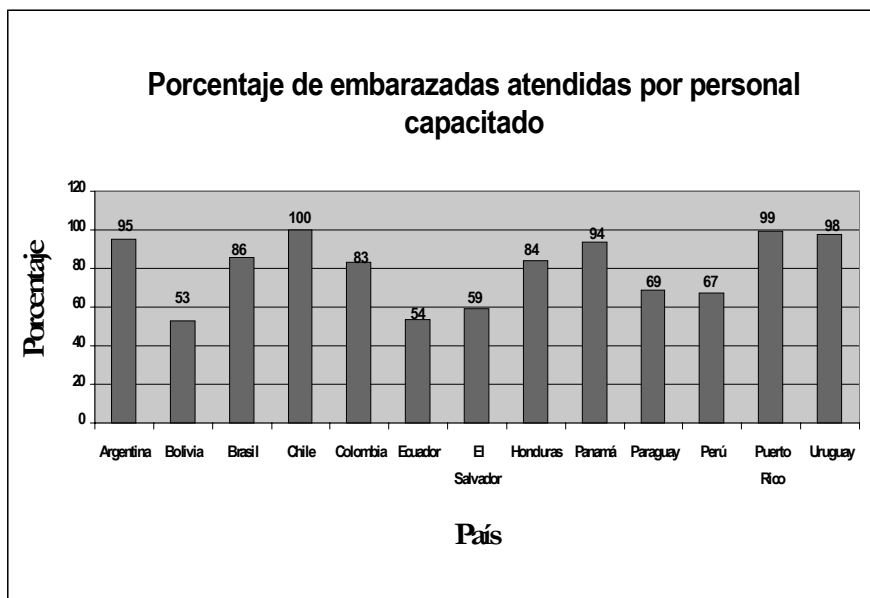
GRÁFICO Nº 5



FUENTE: Informe Control Ciudadano 2001 Nro. 5.

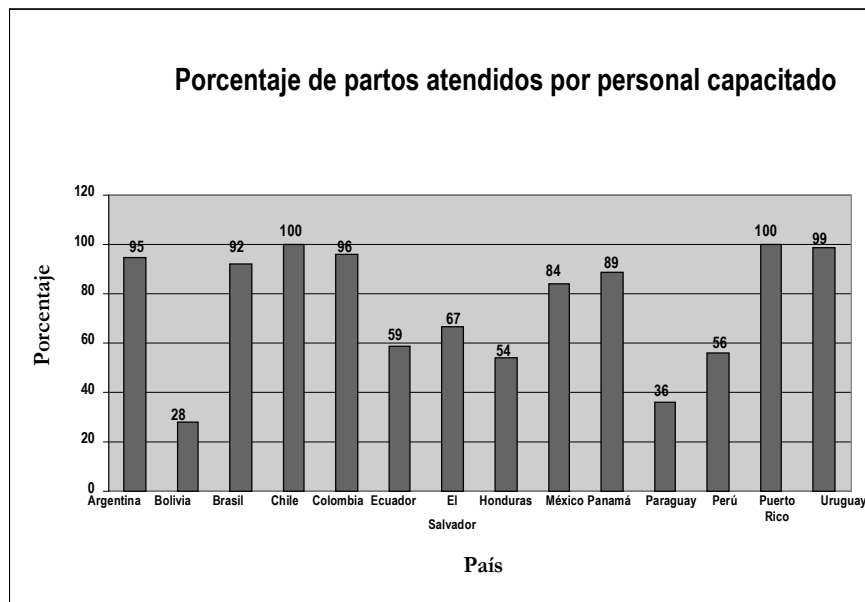
- c. La tasa de mortalidad materna en la región ha bajado sustantivamente como resultado, entre otras medidas, de la mejora en la cobertura de los servicios de salud reproductiva, particularmente de control del embarazo y de atención del parto, aunque debemos señalar que dicha tasa continúa siendo alta.
- d. En el campo del control del embarazo y la atención del parto existen brechas todavía importantes, pero son más significativas cuando se trata de la atención del puerperio, al que inclusive no se le hace el debido seguimiento. Las estadísticas sobre cobertura de control prenatal y atención del parto indican que ha habido un importante progreso en la región. Los niveles de cobertura son, en general, más altos en los países que tienen un importante grado de urbanización, ya que ello facilita el acceso físico a servicios cuya oferta se concentra fundamentalmente en zona urbana. Las estadísticas de las que se dispone indican que los niveles de cobertura son siempre menores en zona rural.

**GRÁFICO Nº 6**



FUENTE: OPS, 1998

**GRÁFICO Nº 7**



FUENTE: OPS, 1998

La figura del acoso sexual, también denominado hostigamiento sexual, es bastante nueva y ya son varios los países que la han incorporado en sus legislaciones. Es un tema cuyo tratamiento está por el momento prácticamente constreñido al ámbito normativo.

El análisis de la información contenida en los diagnósticos nos da el balance siguiente:

- a. Como tipo penal específico existe en El Salvador, Brasil y Paraguay, en Argentina bajo el acápite de violencia sexual y en Ecuador como delito contra la libertad sexual. En Puerto Rico se lo sanciona bajo la denominación de acecho sexual y en Honduras se penaliza el hostigamiento sexual. En Perú y Colombia existen proyectos de ley para incluir la figura del acoso en el Código Penal.
- b. En otros países existe legislación de carácter general que considera al acoso como una forma de discriminación. Uruguay lo contempla como una forma de discriminación grave y en Puerto Rico y Perú se considera discriminación en razón de sexo.
- c. Es un tema abordado mayoritariamente en la legislación laboral y se produce entre quienes mantienen una relación de dependencia. Panamá y Honduras contemplan el hostigamiento sexual entre pares (entre empleados) y Uruguay es el único (pero solamente en Montevideo) que plantea expresamente el acoso entre personas del mismo sexo.
- d. En Argentina, Panamá y Honduras se incluye expresamente la figura del acoso sexual en los estatutos de la carrera pública, como una causal que puede ser sancionada con el cese. En los demás países se regula de manera general.
- e. En algunos países (Perú, Puerto Rico, Ecuador y Honduras) se regula expresamente el acoso en las escuelas, imponiendo sanciones para los docentes que hostigan sexualmente a sus alumnos/as. En Honduras se contempla también el acoso en lugares públicos, incluida la calle.

En líneas generales, el acoso sexual es visto como un problema que debe ser abordado desde el Derecho y que requiere medidas de tipo jurisdiccional. No se aborda como tema de política pública para, por ejemplo, incorporarlo en la política de educación sexual. En el ámbito laboral se prevén sanciones para los acosadores y acosadoras que pueden llegar hasta el despido, y cuando el hostigamiento constituye acto del empleador, se prevé la obligación de indemnizar. El problema, en general, es que en nuestros países no existe reglamentación que extienda a las personas las suficientes garantías frente a una situación de acoso sexual.

## V. CONCLUSIONES

**1** La implantación de políticas neoliberales ha supuesto la redefinición del modelo de Estado y la reducción de sus responsabilidades y atribuciones. La economía se traslada al terreno de la política y en este escenario se juega la tensión entre la ampliación del reconocimiento de derechos y la reducción de los márgenes de ejercicio real o goce de los mismos.

**2** Las brechas que existen entre lo que formalmente se estipula como obligaciones de los Estados en las legislaciones nacionales y lo que finalmente se traduce a nivel de las políticas públicas son importantes; también lo son las que existen entre lo que se plantea como política pública y lo que se concreta en la realidad.

No es posible, sin embargo, realizar un análisis fino sobre la magnitud de dichas brechas ni un seguimiento periódico sobre su evolución, dado que en general existen importantes limitaciones derivadas del tipo, características y alcance de la información que se produce. En la mayoría de los casos no ha sido posible, por ejemplo, acceder a información desagregada por sexo, nivel socioeconómico y área geográfica (urbana/rural); mucho menos disponer de series históricas que nos permitan apreciar la evolución de los indicadores sobre los cuales se dispone de algún tipo de información.

**3** Manejo cerrado de la información, especialmente la relacionada con la asignación y la aplicación de recursos, así como con la evaluación del cumplimiento de las políticas públicas.

**4** La orientación de la legislación y las políticas que los Estados formulan y aplican son el resultado de las pugnas y las alianzas de tres actores principales:

- Los agentes de la comunidad internacional: los organismos internacionales y regionales, y de cooperación técnica y financiera multilateral y bilateral.
- La Iglesia Católica, con el apoyo de las élites de poder económico y de la sociedad civil que tienen visiones conservadoras.
- El movimiento feminista y el movimiento gay y lésbico.

**5** El discurso de los derechos humanos aparece muy convenientemente ligado a temas como la anticoncepción, la educación sexual, el VIH/SIDA o la maternidad, entre otros, pero en la práctica es usado para justificar políticas públicas que tienen también otros propósitos, como el control de la reproducción.

**6** Prevalece todavía el enfoque según el cual la sexualidad y la reproducción deben entenderse como aspectos concernidos por el derecho a la salud, entendido en un sentido restrictivo porque en la práctica se asume desde una perspectiva médica y no en la dimensión del bienestar.

Persiste también un enfoque que tiende a ver la sexualidad reducida a fines reproductivos, ligada a los parámetros de matrimonio y familia heterosexual. De este enfoque se deriva la estigmatización de prácticas que se ubican fundamentalmente en el terreno de la sexualidad.

Advertimos dos visiones en tensión, las mismas que se expresan en dilemas tales como:

- ♦ la punición del aborto y la reducción de la mortalidad en mujeres;

y en contradicciones tales como:

- ♦ la información sobre métodos anticonceptivos y retraso en la iniciación de relaciones sexuales;
- ♦ métodos de protección y abstinencia sexual.

**7** A la luz de estas tensiones, dilemas y contradicciones, advertimos que se estaría produciendo un cambio -todavía inicial y muy acotado- en la visión que se tiene con respecto a los sujetos de derechos: de una en la que dicha condición está determinada por los roles sociales asignados, se estaría transitando hacia otra en la que se reconocen sujetos autónomos, titulares de derechos, independientemente del papel que cumplen.

**8** En este contexto, sería oportuno volver a preguntarnos acerca de las posibilidades que tenemos de influir o incidir en los planos nacionales, en los que resulta claro que los márgenes se estrechan, en particular si consideramos los avances obtenidos a nivel internacional.

9 Del balance llevado a cabo se desprende que nuestras posibilidades/capacidades para afectar las visiones y los enfoques que subyacen en la legislación y en las políticas públicas todavía son limitadas. La estrategia seguida ha dado como resultado logros parciales e impactos puntuales que, salvo algunas excepciones, no han incidido en un cambio sustancial en la lógica de las formulaciones normativas y de las políticas públicas.

## EQUIPOS DE TRABAJO A CARGO DE LOS DIAGNÓSTICOS NACIONALES

<b>Argentina</b>	Cristina Zurutuza Gloria Schuster Luciana Vazquez	<b>Panamá</b>	Rina Castro de Barba Nelly Cumberas Gladis Miller
<b>Bolivia</b>	Cyntia Barrientos Delfa Claros Rosario Licona	<b>Paraguay</b>	Elba Núñez Nimia Ferreira Adelaida Galeano Estela González Ma. del Carmen Pompa Livia Sánchez
<b>Brasil</b>	Wilza Villela Letícia Massula Valéria Pandjjarjian	<b>Perú</b>	Flor de María Monzón Jenny Dador Tammy Quintanilla
<b>Chile</b>	Alejandra Valdés Luis Felipe Abbot	<b>Puerto Rico</b>	Ana Irma Rivera Lassen Olga López Baez María Teresa Ríos Ramos Dessy Bones Colón
<b>Colombia</b>	Olga Amparo Sánchez Gómez. Margarita Sarmiento Osorio Clara Elena Cardona Tamayo Carlota Almeciga Romero Libardo Sarmiento Osorio Abelardo Carrillo Urrego	<b>Uruguay</b>	Graciela Dufau Nea Filgueira Alejandra López Susana Rostagnol Lilián Abracinskaskas
<b>Ecuador</b>	Zaida Betancourt Estela Garzón Consuelo Bowen Susy Garbay Mancheno		
<b>El Salvador</b>	Yolanda Guirola Doris Montenegro Alexia Alvarado		
<b>Honduras</b>	Reina Rivera Aleyda Ramírez		
<b>México</b>	Alba Elena Ávila Gloria Careaga Yanira Mejía Jorge Mendoza Laura Nájera		





PROYECTO DE LEY EN URUGUAY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA  
APROBADO POR LA CAMARA DE REPRESENTANTES EL 10/12/2002

CAPÍTULO I  
DE LOS DEBERES DEL ESTADO

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

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

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

- A)** Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de educación sexual que propendan al ejercicio armónico de la sexualidad y a la prevención de los riesgos.
- B)** Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de planificación familiar.
- C)** El cumplimiento de los objetivos mencionados involucrará a todo el personal de la salud, ampliando y mejorando su capacitación en la esfera de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, incluyendo la capacitación en orientación y comunicación interpersonal.
- D)** Instrumentar medidas que tiendan a la disminución de la morbilidad derivada de la interrupción de embarazos practicada en situación de riesgo.
- E)** Permitir que la mujer ejerza el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.

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

CAPÍTULO II  
CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y  
CONDICIONES DE LA INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

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

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

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

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

Asimismo, deberá recoger la voluntad de la mujer, avalada con su firma, de interrumpir el proceso de la gravidez, que quedará adjunta a la historia

clínica de la misma, con lo cual su consentimiento se considerará válidamente expresado.

**Artículo 7º.**- Fuera de lo establecido en el artículo 4º, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer o cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

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

En todos los casos se deberá tratar de salvar la vida del feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.

### CAPÍTULO III CONSENTIMIENTOS ESPECIALES

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

**Artículo 9º** - Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el asentimiento de quien debe prestarlo, habrá acción ante los Jueces Letrados competentes en materia de familia para que declaren irracional el disenso o brinden el asentimiento.

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

**Artículo 10º** - En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará el titular de la sede judicial competente del domicilio del incapaz, a solicitud del curador respectivo, rigiendo igual

procedimiento y plazo que los establecidos en el artículo anterior.

### CAPÍTULO IV DISPOSICIONES GENERALES

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

Será de responsabilidad de todas las instituciones señaladas en el inciso anterior, el establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la presente ley.

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

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

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

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

**Artículo 14º** - Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley, las ciudadanas uruguayas naturales o legales y aquellas que acrediten fehacientemente su residencia ha-

bitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

## CAPÍTULO V DE LA MODIFICACIÓN DEL DELITO DE ABORTO

**Artículo 15º** - Sustitúyese el Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por la Ley Nº 9.155, de 4 de diciembre de 1933, y modificado por la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

“**Artículo 325** (Delito de aborto)- La mujer que causare o consintiere la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez y quienes colaboren con ella, realizando actos de participación principal o secundaria, fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en la ley, cometen delito de aborto y serán castigados con pena de tres a veinticuatro meses de prisión.

**Artículo 326** (Aborto sin consentimiento de la mujer)- El que causare la interrupción de la gravidez sin el consentimiento de la mujer para la realización del aborto fuera de las condiciones o sin las autorizaciones establecidas en la ley será castigado con pena de dos a ocho años de penitenciaría.

**Artículo 327** (Aborto con consentimiento de la mujer)- No constituye delito el aborto consentido por la mujer en las circunstancias, plazos y condiciones previstos por la ley.

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

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

**Artículo 328 bis** (Causas atenuantes o eximentes):  
**1º** Si el aborto se cometiere para eliminar el fruto de la violación, con consentimiento de la mujer,

será eximido de pena. **2º** Si el aborto se cometiere por causas graves de salud, será eximido de pena. **3º** En el caso de que el aborto se cometiere por razones de angustia económica, el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y podrá llegar hasta la exención de la pena.

**Artículo 16º** - Sustitúyese el artículo 2º de la Ley Nº9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

“Artículo 2º.- Cuando se denunciare un delito de aborto, el Juez competente procederá en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, se llegara a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho es lícito, mandará clausurar los procedimientos, observándose los trámites ordinarios”.

## CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 17º** (Derogaciones).- Deróganse los artículos 2º, 3º, 4º y 5º de la Ley Nº 9.763, de 24 de enero de 1938, y todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

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

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 10 de diciembre de 2002.

**GUILLERMO ÁLVAREZ**  
Presidente  
**HORACIO D. CATALURDA**  
Secretario

