

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

SI SON TUS DERECHOS ¿POR QUÉ NO HACERLOS VALER?

Ponencia de Lilián Abracinskas¹

Panel 4: “Mi cuerpo el lugar que habito”, derechos sexuales y derechos reproductivos para la emancipación.” JORNADA FEMINISTA “CONECTAR PARA EMANCIPAR” – CONEXIÓN FONDO DE EMANCIPACIÓN – Abril 2016.

La nueva agenda de derechos humanos, que incluye los derechos sexuales y reproductivos, transita en la región de América Latina y el Caribe con avances y retrocesos de diversa complejidad. Desde el punto de vista formal ha habido un creciente reconocimiento de la ciudadanía de las personas LGTBI² y en algunos países se ha avanzado en el respeto a la libertad y autonomía reproductiva de las mujeres con la modificación de leyes que regulan la práctica legal del aborto y otras que procuran asegurar acceso universal a métodos anticonceptivos, atención adecuada del embarazo, humanización del parto, prevención de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y acciones para mitigar la violencia de género. También se promueve la inclusión de la educación en sexualidad y se han incrementado los esfuerzos para atender las situaciones de abuso y el tráfico de personas con fines de explotación sexual.

El “Consenso de Montevideo”³, adoptado en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo de CEPAL, realizada en 2013 en Uruguay, es un ejemplo de estos cambios. Los estados de América Latina y el Caribe han reconocido los derechos sexuales como derechos humanos, lo que no logró alcanzarse aún en los acuerdos globales de Naciones Unidas. Las medidas para la región procuran atender las necesidades de hombres y mujeres de todas las edades y condiciones de acuerdo a su etnia/raza, lugar de residencia, nivel socio-educativo, orientación sexual e identidad de género. La salud y los derechos sexuales y reproductivos deberían ser garantizados a través de políticas públicas integrales que prioricen las necesidades de las personas viviendo en condiciones de mayor vulnerabilidad incluyendo en estas acciones, explícitamente, a niños, niñas, adolescentes y población joven. Sin embargo, este reconocimiento formal dista de verse reflejado en la realidad de las personas donde las injusticias impactan sobre la vida cotidiana de amplios sectores de la población.

El contexto

¹ Directora de Mujer y Salud en Uruguay –organización feminista para la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

² La población Lésbica, Gay, Trans, Bi e Intersexual (LGTBI) ha logrado el reconocimiento del matrimonio en un mayor número de países de América Latina alentado por la legalización en Argentina, Brasil, Uruguay y la capital de México, pese a las reticencias de sectores conservadores, de la Iglesia Católica y los vacíos legales en varios países. <http://www.nodal.am/2016/05/el-matrimonio-homosexual-se-abre-paso-en-los-paises-de-latinoamerica/>

³ http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf

La incidencia feminista y de los movimientos sociales ha sido sustantiva para impulsar y lograr cambios positivos, tanto en el sistema político-institucional como a nivel social y cultural. Lenta pero de forma progresiva se modifican las actitudes estigmatizadoras y discriminatorias hacia mujeres y hacia personas trans, gay, intersexuales y lesbianas. La población más joven tiende a adherir e involucrarse en la lucha feminista, por el respeto a la diversidad sexual y la justicia de género, articulándose con otras demandas por el respeto pleno de los derechos humanos. Las identidades de género se explicitan con mayor libertad así como las diversas orientaciones sexuales.

La emancipación de las mujeres es incorporada progresivamente a la lucha de otros sectores de la población que se movilizan por la justicia social y de género y se registran cambios alentadores. Pero, al mismo tiempo, las fuerzas conservadoras se fortalecen y también hay importantes retrocesos y muchas resistencias ante los impulsos transformadores. En los procesos de reconstrucción democrática, luego de tiempos de dictaduras cívico-militares y de políticas neoliberales y neocolonialistas, la asunción de gobiernos de corte progresista, en muchos países de América latina, albergó expectativas para el avance de esta agenda emancipadora. Sin embargo estas expectativas, en la mayoría de los casos, han sido frustradas en un alto porcentaje de las plataformas reivindicativas impulsadas por los movimientos sociales.

Los partidos y sectores políticos definidos de izquierda o progresistas, que han llegado al poder, no generaron los cambios esperables en el reconocimiento de la autonomía reproductiva de las mujeres. Los avances que se pudieron concretar como en el caso de Uruguay, tampoco estuvieron a la altura de lo que debería haberse logrado de acuerdo a las condiciones generadas en el país, como veremos más adelante. Los gobiernos y particularmente muchos de sus líderes han tenido posturas muy conservadoras a la hora de posicionarse en esta agenda. En muchos casos han impuesto sus creencias personales⁴, permitieron la injerencia de los grupos religiosos más fundamentalistas para alcanzar el poder político⁵ o han hecho acuerdos con ellos para dirimir asuntos de Estado en una clara violación de la laicidad⁶.

Las demandas para la superación de la división sexual del trabajo, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, la democratización de los espacios de poder, la soberanía de los cuerpos, el placer sexual y la autonomía reproductiva de las mujeres, han sido débilmente atendidas cuando no han sido negociadas con las fuerzas de derecha, como moneda de cambio para la permanencia en el poder y tener la supuesta gobernabilidad que éstos sectores garantizarían. Acuerdos que no sólo han obstaculizado la posibilidad de legalizar el aborto en países como Argentina⁷ y en

⁴ Rafael Correa en Ecuador <http://www.elmundo.es/america/2013/10/11/noticias/1381509096.html> o de Tabaré Vázquez en Uruguay <http://www.mysu.org.uy/multimedia/mysu-en-medio/el-veto-de-tabare-vazquez-nadie-dijo-nada/> son ejemplo de estas situaciones.

⁵ Daniel Ortega en Nicaragua, "LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO EN NICARAGUA. UNA PRÁCTICA DE FEMINICIDIO DE ESTADO"; de Roberta Granelli en Master GEMMA Erasmus Mundus en Estudios de las Mujeres y de Género, Universidad de Granada, Universitá de Bologna, 2010/2011.

⁶ Evo Morales y la Iglesia Católica http://internacional.elpais.com/internacional/2015/05/13/actualidad/1431469470_429976.html

⁷ Desde que comenzó a gobernar Cristina Fernández de Kirchner, en 2007, un grupo de unas 250 ONG llevan adelante una "Campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito", pero sin embargo no han logrado que el tema siquiera sea debatido por las autoridades. http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/10/141010_argentina_aborto_intocable_vs

Brasil⁸, por ejemplo, sino que además no aseguraron ninguna gobernabilidad como lo demuestra la actualidad de Brasil⁹ o el resultado de las últimas elecciones en Argentina¹⁰.

En términos generales y en los diversos contextos políticos “(...) *la heterogeneidad de la región tiende a mitigarse cada vez que se observan las brechas entre mujeres y hombres. De todas las desigualdades, la de género es la única que está presente sin que el tamaño de la economía, los niveles de pobreza o los logros educativos la modifiquen significativamente* (ONU, 2007: 6). La justicia de género y la emancipación de las mujeres siguen siendo luchas vigentes dado que a pesar de algunos avances queda mucho por andar para lograr los cambios que los sistemas políticos de la región y el mundo requieren para asegurarlas.

Importa conocer el origen y tránsito de los derechos sexuales y reproductivos en la arena política porque son una propuesta transgresora que integra los ejes sustantivos de los procesos emancipatorios de las mujeres. Son además uno de los nudos del complejo contexto socio-político por el que atraviesa la región. Identificar los avances y los retrocesos así como las luchas y actores vinculados a estas situaciones es parte de la transferencia intergeneracional que deberían hacer las organizaciones y movimientos sociales para la inclusión de nuevos actores en defensa de estas demandas y para la renovación de liderazgos. Pero también sería necesaria la apropiación de dichos cambios por parte de la ciudadanía que debería percibir que estos derechos son intrínsecos a la construcción de la libertad y soberanía de los pueblos y de los cuerpos. Los escenarios que se presentan en la actualidad latinoamericana y mundial ameritan destinar mayores esfuerzos para complejizar los análisis y revisar de forma crítica y auto-crítica los procesos políticos. Revitalizar el pensamiento feminista y libertario permitiría acompañar la necesaria renovación de prácticas y estrategias que se requieren para robustecer la resistencia ante los retrocesos e innovar la lucha por los cambios.

La conceptualización de los DSR y su reconocimiento.

La visibilidad de los derechos sexuales y reproductivos se gesta hacia mediados del SXX y son, como lo señala Sonia Correa, una invención humana muy reciente y a iniciativa del movimiento feminista y de mujeres. El término derechos reproductivos fue acuñado por la feminista Marge Berer, hacia el final de los años 1970 cuando en los Estados Unidos se llevaba a cabo la campaña por la despenalización del aborto, contra la esterilización forzada y el derecho a la contracepción (Campaña CARASA). Inicialmente se empezó a hablar de dichos derechos en círculos cerrados, entre las

⁸ En Brasil desde 2003 el Partido de los Trabajadores gana las elecciones llevando a la presidencia por dos periodos a Ignacio Lula Da Silva y a Dilma Rousseff a partir del 2010. En los acuerdos electorales que le permitieron ganar en segunda vuelta, el aborto formó parte de las negociaciones, lo que fue denunciado por las organizaciones sociales

<http://www.ipsnoticias.net/2010/04/brasil-abre-la-agenda-electoral-y-cierra-la-del-aborto/>

<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-noticia/manifiesto-expresa-indignacion-por-el-manejo-del-tema-aborto-en-la-campana-electoral-de-brasil/>

⁹ <http://www.lanacion.com.ar/1897893-impeachment-en-brasil-el-senado-suspendio-a-dilma-rousseff-y-michel-temer-asume-hoy-como-presidente>

¹⁰ http://internacional.elpais.com/internacional/2015/11/22/argentina/1448224098_588686.html

feministas, hasta que el concepto experimentó un primer momento de legitimidad social y política en Amsterdam en 1984. En la reunión convocada por las redes europeas y americanas a la que concurrieron representantes de los países en desarrollo, instancia a partir de la cual posteriormente se constituiría la Red Mundial por los Derechos Reproductivos de las Mujeres, el término derechos reproductivos fue adoptado de manera amplia como la denominación más adecuada para abarcar los conceptos de salud integral de la mujer, derecho al aborto, derecho a la anticoncepción (Correa, S. en Cuadernos para el Debate- MYSU, 2003). El debate de Amsterdam estableció un primer consenso global de los derechos reproductivos para la incidencia política de las organizaciones feministas que, desde su origen, ha significado un campo de lucha y disputa en la arena global, regional y nacional.

En el contexto de Naciones Unidas, la agenda de derechos en salud y, en especial, en el terreno de la reproducción fue construyéndose desde las definiciones de la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán (1968), de la Conferencia de Salud de Alma-Ata (1975) y en varios contenidos de la Convención contra todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW) adoptada por la Asamblea General de NNUU en 1979. El marco más significativo por donde transitó el debate han sido las Conferencias sobre Población y Desarrollo desde que en Bucarest en 1974, se adoptó como principio general que *“los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos y el derecho a la educación e información adecuada para así decidirlo”*. Diez años más tarde en la Conferencia realizada en México se avanza en reconocer que son las parejas pero también cada persona la que tiene *“el derecho a decidir libre y responsablemente el número e intervalo de sus hijos y a tener información, educación y medios para así decidirlo”*. Reconocimiento que se mantuvo a pesar de la posición en contra de los Estados Unidos en alianza con el Vaticano.

En 1994 en la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo, la influencia de la acción feminista contribuyó a generar el cambio de paradigma en las políticas de población virando de una concepción puramente economicista a una más basada en el respeto a los derechos de las personas¹¹. El Programa de Acción acordado en El Cairo incorpora el concepto de salud reproductiva y lo reconoce como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos así como la libertad de no tener o tener hijos, en el número y la frecuencia que se decida.

Hasta entonces, controlar el tamaño de la población por parte de los Estados era condición necesaria para habilitar el desarrollo económico de los países. Se aplicaron así campañas de control poblacional que significaron la esterilización masiva de mujeres y varones de los sectores más pobres de la población, particularmente de la población negra e indígena. Las denuncias de éstas y otras violaciones a los derechos de las mujeres, fueron realizadas en la década de los noventa por las organizaciones

¹¹ López, G. A; Abracinskas, L.; Furtado, M. (2009): “Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción”. Cuadernos de UNFPA, Año 2. N. 4, Noviembre, Uruguay.

feministas en el marco de las Conferencias de Medio Ambiente (Rio de Janeiro, 1992), Derechos Humanos (Viena, 1993) y de la Mujer (Beijing, 1995) entre otros espacios de incidencia política. Los resultados de estas acciones se reflejan en el contenido de los acuerdos del Sistema de Naciones Unidas adoptados en esta década, que son utilizados en las acciones de demanda social y de exigibilidad ciudadana en los niveles nacionales.

Desde las organizaciones y redes del movimiento social se han perfeccionado las acciones de control ciudadano desarrollándose mecanismos de monitoreo¹² para evaluar el grado de cumplimiento alcanzado en los países. Se han llevado adelante litigios ante las Cortes y Comisiones de Derechos Humanos frente a la vulneración de los derechos consignados¹³ y se ha sostenido la intervención en los espacios de debate político en la arena regional e internacional.

El “Consenso de Montevideo”, es un indicador exitoso de la acción de influencia sostenida por las redes regionales y organizaciones sociales involucradas en la agenda de derechos sexuales y reproductivos. Adoptado en la conferencia regional de CEPAL en 2013¹⁴ contiene 120 medidas acordadas por los 38 países firmantes, donde se registran importantes avances entre los que se destacan: *“Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia (art. 33); promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva (art.34); revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales (art.35); desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación(art.36).”*

Este acuerdo plantea un nuevo marco de desafíos y conflictos para que lo consagrado en el papel se traduzca en políticas públicas que modifiquen la realidad y ponga en hechos los compromisos asumidos por los Estados de la región y una nueva herramienta de control y exigibilidad ciudadana.

¹² Observatorios en género y salud sexual y reproductiva, Informe para OPS sobre buenas prácticas. López G. A. Abracinskas, L. <file:///D:/Users/MYSU/Downloads/MYSU-Uruguay.pdf>

¹³ Litigios en el Centro de Derechos Reproductivos <http://www.reproductiverights.org/es>

¹⁴ <http://www.cepal.org/es/comunicados/paises-de-la-region-adoptan-el-consenso-de-montevideo-sobre-poblacion-y-desarrollo>

Para ejercer los derechos humanos en general, y los sexuales y reproductivos en particular, hay que asegurar la EQUIDAD para el acceso a los bienes y condiciones, la LIBERTAD de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y condiciones de JUSTICIA para que las diversas decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos). Una igualdad que no avasalle y respete la riqueza de la diversidad de las personas y una universalidad de derechos que se sustente en la autonomía de las decisiones individuales (Petchesky, R.; Correa, S. 1994)¹⁵. Estos principios pueden ser violados por funcionarios gubernamentales, proveedores de salud, parejas masculinas, miembros de la familia; mediante actos de omisión, negligencia o discriminación por autoridades públicas (nacionales o internacionales). Además cada uno es origen de dilemas y contradicciones que pueden ser resueltos, sólo bajo ordenamientos sociales radicalmente diferentes a los que prevalecen actualmente en la mayor parte del mundo, como sostienen estas autoras.

Para que todas las personas, particularmente para que las mujeres de todas las edades y condiciones, puedan ejercer el control sobre sus cuerpos de forma informada, libre y autónoma, se debe procesar una verdadera revolución que todavía está en curso y lejos de alcanzar el fin para el que fue iniciada: la liberación de las mujeres.

La situación de los DSR en la región.

En términos generales no se ha podido superar la intencionalidad disciplinante de las normativas y políticas públicas que refieren a los derechos de las mujeres, en general, y a los derechos sexuales y reproductivos en particular. Hay enormes resistencias para reconocer a las mujeres como sujetos éticos capaces de tomar sus propias decisiones. Son particularmente afectadas quienes están en el nivel socio-educativo y económico más bajo.

Las mujeres siguen falleciendo por causas que son evitables como la mayoría de las situaciones que impactan sobre la morbi-mortalidad por complicaciones del embarazo, parto, puerperio y por el aborto inseguro. Aunque la atención en el parto ha aumentado y muchos países cubren cerca del 100% de los alumbramientos (Cuba, Chile, Argentina o Uruguay, entre otros), en países como Nicaragua, Perú, Honduras o Haití está en torno al 50% (ONU, 2007). En este sentido, la mortalidad materna es especialmente grave en las zonas rurales y con menos servicios, áreas con una importante población indígena.

Se ha incrementado el acceso a los métodos anticonceptivos y se ha reducido la tasa de fecundidad en la mayoría de los países que han completado su transición demográfica alcanzado cifras cercanas al promedio de dos hijos por mujer. De todas maneras se sostienen altas tasas de maternidad temprana y alta fecundidad en las mujeres con menos años de estudio. Aproximadamente un tercio de las jóvenes de América Latina ha sido madre antes de cumplir 20 años, la mayoría perteneciente a los estratos educativos más bajos y los socio-educativos más desfavorecidos. La situación compromete la autonomía de estas mujeres para emprender otros proyectos de vida

¹⁵ Derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva feminista <http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>

además del de la maternidad y evidencia la necesidad de que la educación sexual y los servicios de salud sexual y reproductiva sean prioritarios para las políticas públicas. (CEPAL/UNFPA, 2011)¹⁶.

El aborto se admite en cuatro países (Cuba, Puerto Rico, Guyana y Uruguay) y en cinco está absolutamente prohibido (Nicaragua, Honduras, El Salvador, Chile y República Dominicana). De acuerdo a los estudios del Instituto Guttmacher el número estimado de abortos anuales en América Latina aumentó ligeramente entre 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones, de los cuales en el año 2008, 95% fueron inseguros. En el Caribe, 46% de los abortos fueron inseguros, tal y como fueron casi todos los abortos en América Central y América del Sur (Guttmacher, 2012). Salvo en México en su Distrito Federal y en Uruguay donde hubo cambios legislativos que habilitaron servicios públicos y legales de aborto; en los otros países estos servicios son restringidos a las causales que habilitan sus leyes, no están disponibles o son muy limitados.

Las mujeres pobres de la región también ponen su vida en peligro al momento del parto. En Haití, Guyana, Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador la tasa de mortalidad materna se sitúa por encima de 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (CEPAL-UNFPA, 2011).

De acuerdo a información compilada por ONUcida, la prevalencia del VIH en población adulta en América Latina está estimada en 0.4%, pero en los grupos más expuestos al VIH pero los datos disponibles en población trans, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y personas usuarias de drogas intravenosas, indican que la prevalencia es considerablemente más elevada. En poblaciones trans se ha reportado hasta 34% de infección por el VIH, en hombres que tienen sexo con hombres, la prevalencia del VIH puede llegar a 20,3% y es superior a 5% en todos los países de la región. En trabajadoras sexuales, llega hasta el 4,9% reportado por Brasil. Pero en los trabajadores sexuales masculinos, la prevalencia del VIH en los países que reportan datos puede alcanzar el 22,8%. En personas usuarias de drogas intravenosas, la prevalencia del VIH supera el 5%. El porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que dice haberse realizado la prueba del VIH en los últimos doce meses y conoce su estado serológico sigue bajo, con valores entre el 4% y el 30%. La cobertura de tratamiento antirretroviral (TAR), de acuerdo a las directrices de la OMS de 2010 muestra una gran variabilidad en la región. El promedio regional es del 51% (45-61%), superior a la cobertura promedio de todas las regiones con países de ingresos medios y bajos, que estaba estimada en 2009 en 36%. Si se considera a las personas con infección por VIH avanzada que necesitan recibir TAR según las informaciones reportadas por los servicios de salud, el porcentaje es mayor al 70% en la mitad de los países de América Latina (9 de 17 países).¹⁷ El vínculo entre violencia de género y sexual y transmisión de VIH se evidencia y tiene particular impacto en las

¹⁶ CEPAL –UNFPA (2011) http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/S1100075_es.pdf?sequence=1

¹⁷ <http://onusida-latina.org/es/sobre-onusida2/52-epidemia-de-vihsida-en-america-latina.html>

mujeres donde evidencian como la violencia se vuelve causa o consecuencia de la infección por VIH.¹⁸

La violencia intrafamiliar y las distintas formas de violencia de género en la región adquieren rango de pandemia.¹⁹ El feminicidio en países como Guatemala o México adquiere dimensión de genocidio donde las mujeres son asesinadas por ser mujeres y el Estado, a través de su inoperancia, contribuye a sostener la impunidad, el silenciamiento y la indiferencia social.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe debe ser enfrentada integralmente por los Estados, considerando los factores de desigualdad económica, social y cultural que operan en la sociedad y en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.



La violencia contra las mujeres en los ámbitos privado y público atenta contra su autonomía

ACOSO POLÍTICO

En **Bolivia**, único país con legislación específica contra el acoso político, se registraron en 2014

272 casos de violencia política a concejalas en **170** municipalidades
(Fuente: ACOBOL, 2014)

En **Perú**, 4 de cada 10 autoridades mujeres fueron víctimas de acoso político en alguna de sus formas en 2012.
(Fuente: Jurado Nacional de Elecciones, 2012)



ACOSO EN EL ESPACIO PÚBLICO

La calle

Lima
9 de cada 10 mujeres entre 18 y 29 años han sido víctimas de acoso callejero (2013)

El transporte

Bogotá y Ciudad de México
6 de cada 10 mujeres han vivido alguna agresión o acoso sexual en el transporte público

Santiago de Chile
6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de acoso sexual en los espacios públicos

Las principales víctimas serían niñas y jóvenes que se movilizan en el transporte público (2012)

Recomendaciones

- Fiscalizar la aplicación de las leyes para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.
- Legislar sobre acoso político para garantizar el ejercicio igualitario de los derechos políticos de las mujeres.
- Avanzar en legislación específica contra el abuso y el acoso sexual en el espacio público.



Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL
- <http://www.cepal.org/oig/>
Más información en: Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe
- <http://www.cepal.org/12conferenciamujer/>

¹⁸ <https://womenwontwait.wordpress.com/>

¹⁹ <http://www.seguridadyregion.com/es/indicadores/indicadores-de-seguridad-ciudadana/119-tasa-ajustada-de-denuncias-violencia-intrafamiliar-familiar-por-cada-100mil-hbtes-2008-a-2010.html>

Como muy bien afirman Susana Ruiz Seisdedos y Petra Bonometti: *“La existencia de una cultura machista, la persistente división del trabajo según el sistema sexo-género o la influencia de la Iglesia Católica ha conllevado que a pesar de los avances desde 1995 (Conferencia de Naciones Unidas de la Mujer de Beijing) la situación no sea la deseable, aunque lo cierto es que el continente americano presenta importantes desigualdades intraterritoriales y entre Estados. Algunos de los países, producto de políticas más favorables a las mujeres se postulan como Estados en los que los niveles educativos, de atención sanitaria y de acceso de la mujer al poder (entre otros indicadores) son aceptables mientras en otros, principalmente los más pobres y los que cuentan con mayor población indígena, se encuentran muy rezagados.”* (Rev. Ciencias Sociales 2009; 77)

Las personas que no responden a los cánones impuestos por la heteronormatividad, que desobedecen la doble moral sexual, que no actúan de acuerdo a los modelos estereotipados, siguen siendo vulneradas en sus derechos. Quienes se organizan para bregar por la emancipación y la justicia de género están siendo perseguidas y amenazadas en diversos países de la región lo que ha requerido organizar campañas en defensa de quienes defiende los derechos humanos²⁰, incluidas las defensoras por los derechos sexuales y reproductivos.²¹

Los derechos sexuales y reproductivos han entrado a la arena política y las experiencias en los distintos países indican que hay más actores y más alianzas para promover y defender estos derechos. Pero, las fuerzas opositoras también se han fortalecido y tienen fuerte influencia para impedir que los Estados cumplan con los compromisos adoptados en los acuerdos y tratados de Derechos Humanos.

Entre estas experiencias está la de Uruguay, país que se destaca y es identificado como de los más progresistas por los avances registrados en los últimos años. Los cambios legales en aborto, matrimonio igualitario y regulación de la comercialización de la marihuana, son alguno de los ejemplos de la nueva agenda de derechos impulsada por los movimientos sociales. Han sido procesos políticos de alta intensidad con características propias pero también con aprendizajes útiles para ser tenidos en cuenta en otros países de la región.²²

La experiencia uruguaya en el reconocimiento de los DSR

En el último decenio Uruguay ha procesado cambios en el marco normativo de los DSR y en la implementación de políticas y servicios en salud sexual y reproductiva, que lo destacan en la región. Luego de años de intenso debate y movilización social se aprobó la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva (año 2008)²³ y la de

²⁰ Ver campaña “Defender a las defensoras” <http://www.mujiereenred.net/spip.php?article438> que llevan adelante diversas organizaciones sociales a nivel mundial y regional.

²¹ Campaña defensoras bajo ataque – Amnistía Internacional <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-noticia/lilian-abracinskas-es-parte-de-campana-%e2%80%8defensorasbajoataque/>

²² Correa S, Pecheny M. El proceso político del aborto legal en Uruguay. Montevideo: MYSU, 2016 en edición.

²³ [Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva \(SSR\)](#)

interrupción voluntaria del embarazo en el 2012²⁴. En ese mismo año se reconoció el matrimonio entre personas del mismo sexo²⁵ y se reglamentó la ley para habilitar el cambio de sexo registral por identidad de género²⁶. Y, en el año siguiente, se reguló el acceso a las técnicas de Reproducción Humana Asistida²⁷ y se aprobó la extensión de licencias laborales por maternidad y por paternidad²⁸. Se han implementado además otras políticas que generan las condiciones para ejercer los DSR como la inclusión de la educación en sexualidad en el sistema educativo, el acceso universal a la medicación para personas con VIH y la creación de servicios para personas trans para atender sus requerimientos específicos, programas para la inclusión sociales y campañas contra el estigma y la discriminación por orientación sexual e identidad de género.

Los servicios de salud sexual y reproductiva se han incorporado al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como medidas prestaciones obligatorias para las instituciones públicas y privadas afiliadas al sistema. Éstas deben dar tratamiento a las infecciones de transmisión sexual, trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen reproductivo y prevenir la morbilidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Deben crear las condiciones para que el parto institucional sea humanizado, y promover la participación y el acompañamiento de parejas, u otras personas a elección de la mujer, en el momento del parto. También deben atender las situaciones de violencia física, psicológica y sexual desarrollando acciones de prevención y reducción de daños.

Con la aprobación de la Ley de interrupción del embarazo, a este esquema de atención de la SSR se le incorporó el servicio de aborto legal. Como la ley promulgada no modificó el delito de aborto en el código penal sino que amplió la exención de la pena, la mujer que lo solicite debe cumplir una serie de requisitos administrativos para que la práctica del aborto no sea punible. Debe presentarse ante un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología, la psicología y la asistencia social, que deben informar a la mujer sobre “(...) *las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción*” (Art. 3º de la ley). Luego de esa consulta y si el tiempo gestacional está dentro del margen legal, la mujer deberá tener, por lo menos, cinco días de reflexión antes de acceder a la interrupción legal del embarazo. El plazo es hasta las 12 semanas de embarazo por solicitud, se extiende a las 14 semanas cuando el embarazo es producto de una violación y no se establece plazo cuando exista una malformación fetal incompatible con la vida o cuando el embarazo ponga en riesgo la salud o la vida de la mujer. La ley no permite el acceso a estos servicios a mujeres extranjeras que tengan menos de un año de residencia en el país. Las menores de 18 años deberán tener el consentimiento de padres o tutores. La mujer declarada incapaz judicialmente requerirá el consentimiento informado de su

²⁴ [Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo \(IVE\)](#)

²⁵ [Ley N° 19.075 de Matrimonio Igualitario](#)

²⁶ [Ley N° 18.620](#) sobre el cambio de sexo registral (2009)

²⁷ [Ley N° 19.167](#) de regulación de la reproducción humana asistida

²⁸ [Ley N° 19.161](#) licencias por maternidad/paternidad.

curador y venia judicial del Juez competente. El aborto no puede ser un acto médico lucrativo y el servicio debe ser gratuito en todas las instituciones que lo proveen. Se habilita la objeción de conciencia para los ginecólogos que no estén dispuestos a participar de los servicios de aborto legal y además se establece la objeción de ideario para las instituciones de salud que expresen en sus estatutos está en desacuerdo con el aborto. Afiliaron a este recurso el Hospital Evangélico y el Círculo Católico, dos proveedores de salud del sub-sistema privado del SNIS. También han realizado objeción de conciencia, un alto porcentaje de profesionales de la ginecología.²⁹

A pesar de todas estas barreras, aproximadamente 20.000 mujeres han podido abortar en las instituciones de salud, lo que es el logro más importante del cambio procesado en el país.

Desde el punto de vista jurídico-legal la norma promulgada sufrió importantes modificaciones en el proceso de negociación parlamentaria debido a que hubo legisladores de la bancada de izquierda que no dieron su voto para aprobar un proyecto más armónico en términos de reconocimiento de los DSR. Para alcanzar la mayoría en la Cámara de Representantes hubo que acceder a los cambios exigidos por el representante del Partido Independiente (de orientación demócrata-cristiana). Predominó la concepción tutelante y de control bio-médico sobre el cuerpo y las decisiones reproductiva de las mujeres. No se derogó el delito de aborto del Código Penal y se estableció un engorroso trámite de acceso al servicio de interrupción legal del aborto con el cometido –de acuerdo a la voluntad del legislador- de desestimular a las mujeres de abortar. La decisión legislativa tampoco representó la mayoría ciudadana dado que las encuestas de opinión marcaron casi dos tercios a favor de la despenalización del aborto por voluntad de la mujer.³⁰

En el caso del matrimonio entre personas del mismo sexo se introdujeron cambios al código civil que posibilitan a las parejas homo y heterosexuales a elegir el orden de los apellidos en los hijos. También hubo modificaciones en los criterios de adopción habilitando la posibilidad a parejas del mismo sexo³¹. Estas normativas han contribuido a que un importante número de parejas gay, lesbianas y de personas trans hayan podido formalizar sus acuerdos familiares con los mismos derechos y obligaciones. El Ministerio de Desarrollo Social ha promovido acciones afirmativas para la inclusión laboral de personas trans, el Ministerio de Salud Pública ha elaborado guías clínicas para la atención de los requerimientos específicos con el desarrollo de centros de salud libre de homo y transfobia.

Ha habido una batería de esfuerzos institucionales para difundir, promover y reconocer derechos sexuales y reproductivos a través de guías, manuales, programas y servicios. Así como se han desarrollado dispositivos de capacitación de los recursos humanos

²⁹ La cifra inicial brindada por el MSP fue de 30% de profesionales objetores pero estudios realizados por el Observatorio en género y SSR de MYSU han identificado localidades en el país con 100% de objetores con lo cual las mujeres deben ser trasladadas a otros lugares del país para acceder al servicio legal de aborto. www.mysu.org.uy

³⁰ Botinelli y Bouquet, opinión pública sobre aborto en Uruguay. 2010. <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-Aborto-en-la-op-p%C3%BAblica.pdf>

³¹ [Ley N° 18.590](#) de adopción

afectados a los servicios. Esta serie de cambios son avances que están en proceso de consolidación, en niveles distintos de implementación y de resultados. Pero en la opinión de muchos actores involucrados en el proceso, la decisión del sector político no fue acorde al avance logrado a nivel social, por lo menos en lo relativo a la ley de aborto (MYSU, 2014).

La acción emancipadora en el proceso uruguayo.

Los cambios han sido el producto de más de veinticinco años de incidencia social, desarrollada en primera instancia por organizaciones feministas que progresivamente fueron construyendo una amplia base social en defensa de los DSR y de la libertad de decidir.³² La demanda por el aborto legal y seguro se convirtió en tema ineludible de la agenda política y electoral en el país y se consiguió el compromiso y apoyo de importantes movimientos sociales como el sindical, estudiantil y de derechos humanos. Paulatinamente fueron involucrándose y participando del debate con posiciones favorables al cambio legal, profesionales de la salud, representantes del ámbito universitario y académico y los medios de comunicación. La despenalización del aborto en Uruguay ha sido uno de los temas más presentes en el debate público, entre los diversos asuntos de la agenda política.

Los partidos políticos han debido definir posicionamiento sobre el tema desde 1985, dado que la discusión por la despenalización del aborto ha sido parte de la reconstrucción democrática desde la salida a trece años de dictadura cívico-militar. Desde entonces, en cada periodo legislativo hubo iniciativas que procuraron atender la problemática de la práctica clandestina del aborto y a nivel social se fue conquistando mayor adhesión el reclamo por el derecho a decidir de las mujeres.

Plataformas reivindicativas de la sociedad civil^{33 34} dan cuenta como los DSR permearon, se articularon y se vincularon a otras demandas de la agenda amplia de derechos humanos y justicia social. La construcción de alianzas y el desarrollo de acuerdos para la acción conjunta, ha sido una de las buenas prácticas de la experiencia uruguaya que podrían ser de utilidad para la realidad de otros países y el trabajo de organizaciones sociales con igual cometido.

³² Hay información disponible sobre el largo proceso de debates en <http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/aborto.htm>; <http://www.cotidianomujer.org.uy/2004/dossieraborto.pdf> y en www.mysu.org.uy

³³ La Comisión Nacional de Seguimiento, mujeres por democracia equidad y ciudadanía (CNSmujeres) ha elaborado la Agenda de las Mujeres, plataforma de reivindicaciones de más de 70 organizaciones de todo el país en cada año electoral (1999, 2004, 2009, 2014) incluyendo en el capítulo de DSR, la demanda por aborto legal.

³⁴ Desde 2012, dos veces por año MYSU junto con el PIT_CNT co-organizan las Jornadas Nacionales por la salud y los DSR en las que participan representantes de organizaciones que trabajan en VIH, trabajadoras sexuales, de la diversidad sexual, de jóvenes, de personas trans, de mujeres y de gremios y profesionales de la salud y la educación, de todo el país. Para las últimas elecciones nacionales desde la 5ta Jornada se acordó la Plataforma ciudadana por la salud y los DSR (2014) con demandas y acciones para los próximos cinco años. Esta información está disponible en www.mysu.org.uy

El proceso para la construcción de alianzas y la ampliación de base social de apoyo al cambio legal fue intenso y con una batería argumentativa que permitió acordar en las siguientes líneas argumentales: a) El aborto inseguro como un problema de salud pública. b) El aborto inseguro como expresión de injusticia social. c) El respeto a la diversidad de creencias y religiones como condición para la profundización de la democracia (el valor de la laicidad del Estado). d) El respeto y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en tanto Derechos Humanos universales, integrales e indivisibles. e) El derecho a decidir como un ejercicio sustancial de ciudadanía³⁵.

Esta estrategia se consolidó con la conformación de la Coordinación Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva³⁶ que funcionó hasta el año 2008 cuando se aprueba la ley pero sin los capítulos de aborto que son vetados por presidente Tabaré Vázquez el primer mandatario socialista electo en la historia uruguaya. Un año después se conforma la coordinadora por el aborto legal que nucleó a nuevas organizaciones y trabajó por el cambio legal hasta el 2012 que se aprueba la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La articulación entre una amplia red de actores promovió la participación ciudadana y se amplificó el debate más allá del ámbito parlamentario. Las organizaciones con sus diferentes perfiles, capacidad de incidencia e influencia sobre diversos públicos, fueron involucrando a la población en el proceso. La sistematización de las estrategias uruguayas para la ampliación de base social³⁷ identificó que para lograr un cambio trascendental fue importante incorporar los diversos abordajes y miradas sobre la configuración del problema. Salir de los terrenos conocidos para “transgredir creativamente” los límites que estaban fijados por los viejos modos de concebir y organizar el problema, enriqueció la construcción de argumentaciones y vías de llegada a la opinión pública. Conocer la vigencia del peso de la Iglesia Católica en todas sus expresiones y tener la habilidad de promover nuevos interlocutores en lugar de continuar con una discusión “desgastante” como la que históricamente sitúa el debate de aborto entre feministas y autoproclamados “grupos provida”, fue fundamental. También haber integrado otras voces y perspectivas a la discusión permitió mostrar la amplia y diversa gama de argumentaciones a favor del cambio legal. Implícita y explícitamente hubo un cambio en el modelo de conducir el debate público potenciando el protagonismo de los actores sociales y la importancia de la ciudadanía como interlocutora en el debate. El trabajo en coordinación permitió enfrentar el peso de las Iglesias, sus múltiples recursos y ramificados espacios para predicar su mensaje opositor. En gran medida se pudo contrarrestar el enorme poder de los grupos “anti-

³⁵ Abracinskas, L; López, A: “El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal”

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqu%C3%AD-la-publicaci%C3%B3n-Aborto-en-Debate.pdf>

³⁶ La Coordinación se constituyó en el año 2002 y estuvo integrada por: MYSU (Mujer y Salud en Uruguay); CNS (Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía); CLADEM Uruguay; Cotidiano Mujer; Casa de la Mujer de la Unión; Mujer Ahora; Central Única de Trabajadores/as (PIT-CNT); Consejo de Estudios y Difusión de las Culturas y Religiones Africanas y Amerindias; Iglesia Metodista del Uruguay; Católicas por el Derecho a Decidir; Iglesia Valdense; Red Género y Familia; Red de Jóvenes DESYR; Juventud Socialista y Juventud de la Vertiente Artiguista (Frente Amplio); Grupos de la Diversidad Sexual.

³⁷ Estudio de sistematización realizado por Silvana Weller, Mariana Romero y Silvina Ramos sobre los actores sociales y el debate ciudadano en torno a la campaña a favor de la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay: reflexiones, prácticas y lecciones aprendidas.

derechos” construyendo una red de “micro-poderes locales” extendido en todo el territorio del país en base a los recursos y capacidad de cada organización que articulaba en la Coordinación. Se salió a ganar voluntades y a hablar con la gente y no sólo con los decisores políticos y actores tradicionales del debate. Hubo mensajes con lenguajes para cada público, argumentos para cada dimensión del problema y acercamientos asimilables por el ciudadano común.

Sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los actores tradicionales de mediación política y social adhirieron a las acciones para su reconocimiento de los DSR. Las peticiones por el aborto legal tuvieron el apoyo del Rector de la Universidad de la República y de siete de los Decanos de distintas Facultades de la principal casa de estudios terciarios del país. También se manifestaron favorablemente integrantes del Consejo Directivo Central de la Educación (CODICEN), autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la Intendencia de Montevideo. Personalidades de la cultura, el deporte, las artes y la academia se expidieron públicamente a favor del cambio legal.

Expertos y expertas internacionales en el campo jurídico, filosófico, médico, religioso participaron en conferencias, seminarios dirigidos a públicos profesionales específicos, dieron entrevistas en medios de comunicación, actividades abiertas y expusieron ante las comisiones parlamentarias. Fueron innumerables las actividades de debate público y las movilizaciones que se realizaron tanto en la capital como en distintas ciudades del país. Comisiones barriales, Juntas Vecinales, sindicatos y espacios académicos, fueron ámbitos de discusión social y posicionamiento público. La diversidad de espacios, así como la amplitud, profundidad y densidad del debate, fueron el rasgo distintivo de un proceso de participación social que dio cuenta de un acumulado histórico y de una demanda ciudadana creciente a favor de respuestas legislativas acordes a sus necesidades.

La sociedad uruguaya se ha permitido hablar con apertura de los DSR y de sus asuntos más controversiales logrando acuerdos que permiten mayores espacios de libertad y autonomía. Ha avanzado en la legitimación desde la ley de nuevos contratos sexuales donde mantener relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, así como mantenerlas sin fines reproductivos, no es sancionable.

Este proceso de alta intensidad ha dejado multiplicidad de reflexiones, evaluaciones y aprendizajes. Entre ellas la importancia de la acción feminista y de su protagonismo en la generación y articulación de estrategias de incidencia, debate político y construcción de base social por la defensa y promoción de los DSR como derechos humanos. La inclusión y transversalización de esta demanda en las propuestas emancipadoras más amplias por la construcción de justicia social y de género. La capacidad de planificar acciones a corto, mediano y largo plazo y la identificación de las tensiones y los riesgos que plantea la obtención de lo posible en detrimento de lo deseable en los cambios que se impulsan.

Conectar para emancipar

Para finalizar quisiera compartir algunas ideas y sugerencias que podrían fortalecer los procesos emancipatorios en los que estamos involucradas como personas y organizaciones.

En el campo de la lucha por los derechos humanos, la profundización democrática y la justicia de género es necesario impulsar propuestas innovadoras que avancen en la concreción de los DSR en tanto horizonte ético y político de los proyectos de transformación económica, política, social y cultural de la región. Es necesario fortalecer el ejercicio ciudadano de estos derechos y generar mecanismos adecuados de denuncia, protección y reparación cuando éstos son vulnerados.

Debería promoverse la participación ciudadana informada y con capacidad de demandar los cambios requeridos para universalizar el acceso a los bienes simbólicos y materiales que habilitan la ciudadanía plena. Los aportes teóricos feministas deberían influir la definición de marcos normativos y políticas públicas que aseguren condiciones e igualdad de oportunidades para el ejercicio de estos derechos sin discriminaciones.

El monitoreo de las políticas públicas y el seguimiento de los compromisos y obligaciones asumidas por los Estados es una herramienta técnico-política que permite conocer mejor la realidad para cambiarla. Aporta elementos que contribuyen a la formación continua de los recursos humanos implicados en la definición e implementación de las políticas y en la valoración de sus resultados. Así como nutren con evidencia la elaboración de demandas y plataformas reivindicativas de la sociedad civil organizada.

Proyectar horizontes visionarios desde los diversos ámbitos de actuación (gubernamental, académico, movimientos, organizaciones sociales, cooperación internacional, sistema de NNUU) y trabajar de forma sinérgica articulando esfuerzos entre los diversos espacios y ámbitos de influencia auspicia mejores condiciones para la construcción de sociedades justas, equitativas e igualitarias, mejorando las condiciones de vida de las personas, en general, y de las mujeres en particular.

Avanzar en los cambios, ampliando y fortaleciendo la base social de defensa y promoción de esta agenda así como fomentar la exigibilidad ciudadana de los derechos contribuirá, a su vez, a dar sustento al rol de las organizaciones sociales en su capacidad de interlocución y acción coordinada, desde la independencia y autonomía para la acción política.

Los espacios de reflexión crítica, generación de conocimiento, análisis político y revisión de prácticas son necesarios para repensar la praxis y no perder el cometido emancipador de la lucha feminista. Enfrentar las contradicciones, desarrollar mecanismos transparentes de rendición de cuentas, fomentar el diálogo entre sectores, apostar a la formación continua de liderazgos, compartir información y recursos, generar demandas y reclamos sustentados en evidencia, son algunos factores que

permitiría potenciar la capacidad de movilización social emancipadora. Movilización que se hace muy necesaria para promover cambios así como para resistir a los retrocesos que enfrenta la región y el mundo.

Bibliografía consultada

Abracinskas, L; López, A: (2007) “El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal” en Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-20014. MYSU, Montevideo.

----- (2010) Uruguay: la salud y los derechos sexuales y reproductivos” en Informe SERPAJ, 2010, Servicio de Paz y Justicia, Montevideo-Uruguay.

Abracinskas, L. (2011) “El medio vaso lleno, el medio vaso vacío: la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay”, en Informe “Derechos Humanos en el Uruguay”. Informe SERPAJ, Servicio de Paz y Justicia, Montevideo-Uruguay.

----- (2012) “Ellos ponen las condiciones, nosotros ponemos el cuerpo”. Informe SERPAJ, Servicio de Paz y Justicia, Montevideo-Uruguay.

------(2014) “Salud y derechos sexuales y reproductivos en Uruguay: avances y desafíos.” Informe SERPAJ, Servicio de Paz y Justicia, Montevideo-Uruguay.

Alan Guttmacher Institute (2012): Facts on Abortion in Latina America and the Caribbean. USA.

Botinelli, O.; Buquet, D. (2010): “El aborto en la opinión pública uruguaya”. Cuadernos de Aportes al Debate, época 1, N°2, MYSU, Uruguay.

CEPAL (2011) “La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina”. Serie Población y Desarrollo, N° 102, Santiago de Chile.

CLADEM (2002) Derechos sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos. III Seminario Regional Lima- Perú

Cook, R.; Dickens, B.; Fathalla (2005): Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Proframilia, segunda edición.

Correa, S. (2003): Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política”, Aportes al debate, MYSU, Uruguay.

Correa, S.; Pecheny, M.(2016): El proceso político del aborto legal en Uruguay. Montevideo: MYSU, en edición.

Correa, S.; Petchesky, R. (1994): Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective”. Population Policies Reconsidered Health, Empowerment and Rights. Boston, Harvard School of Public Health.

Flores C.E.; Soto V.E. (2008): El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. New York: Inter-American Development Bank.

IPAS (2008): Reproductive health in Latin America and the Caribbean. Chapel Hill: Ipas

López Gómez, A.; Abracinskas, L. Furtado, M. (2009) “Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción”. Cuadernos de UNFPA, Año 3, N° 4, UNFPA, Uruguay.

Miller, A. (2002) “Las demandas por los derechos sexuales. En III Seminario regional Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Derechos humanos. Lima: CLADEM, 121-140.

MYSU (2010) Percepciones y valores de profesionales de la salud y la salud sexual y reproductiva. Observatorio en género y políticas de salud sexual y reproductiva, Informe 2010. MYSU. Uruguay.

------(2014) Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Informe 2010-2014 del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. MYSU, Montevideo.

------(2014 b): Plataforma Ciudadana en salud y derechos sexuales y reproductivos. Montevideo, MYSU

UNFPA (2010): Country Profiles for Population and Reproductive Health. New York: UNFPA.

Weller, S.; Romero, M.; Ramos, S. (2007): “Actores sociales y debate ciudadano en torno a la campaña a favor de la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva”; en Abracinskas, L.; Gómez, A. (comp). Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004 MYSU, Montevideo.

WHO (2011): Unsafe Abortion: Global and Regional Estimate of the Incidence of Unsafe ABortion an Associated Mortality in 2008, sixth ed. Geneva: WHO.

WHO (2012): Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: WHO.