

Documento: proyecto de ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva

31.05.2006

Texto presentado por las senadoras Margarita Percovich y Mónica Xavier a la bancada oficialista.

CAPÍTULO I – De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Art. 1º.- (Deberes del Estado) El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios rectores y éticos que se establecen en los artículos siguientes.

Art. 2.- (Principios rectores) Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos universales, intransferibles e inalienables, y su protección incluye:

- a) la promoción de la equidad en términos de género y de justicia social.
- b) La igualdad de trato y oportunidades.
- c) La prestación de servicios con criterios de universalidad, calidad, eficiencia, confidencialidad, privacidad y solidaridad sin discriminación alguna.

Art. 3º.- (Principios éticos) En materia de sexualidad humana se priorizará la comunicación interpersonal placentera por sobre su función biológica vinculada a la procreación. En tal virtud, corresponde:

- a) respetar la diversidad de idiosincrasias, valores y tiempos personales de evolución.
- b) reconocer el derecho de toda persona a procurar su satisfacción sexual durante todo su ciclo vital según sus propias necesidades y preferencias, siempre que resulten respetados los derechos de terceros involucrados.
- c) combatir las discriminaciones de orden cultural que impidan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres.
- d) Combatir toda forma de violencia sexual y otras presiones de carácter físico, social, económico o cultural en el ejercicio de la sexualidad.
- e) Reconocer y promover el derecho y la obligación de hombres y mujeres, cualquiera sea su edad, a controlar responsablemente su sexualidad por los medios más adecuados y compatibles con sus convicciones.

Art. 4º.- (Objetivos generales) Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) Garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los y las usuarias.
- c) Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona.
- d) Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena.
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) Promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Art. 5º.- (Objetivos específicos) Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) Promover y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) Prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las

pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;

- d) Promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- e) Garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluya la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- f) Fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- g) Prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- h) Promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
- i) Prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual.

Art. 6º.- (Institucionalidad y acciones) Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 4 y 5º, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a) 1. Dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
- 2. Impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
- 3. Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en los niveles nacional y territorial;
- 4. Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva.
- 5. Fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
- 6. Promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b) 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
- 2. Dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
- 3. Promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla;
- 4. Implementar la aplicación de las normativas sanitarias para la protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo en todos los establecimientos de salud de todo el país.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas;
- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
- 2. Promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción;
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
- 2. Protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad;
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
- 2. Detectar la incidencia en la morbimortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
- 3. Protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
- 4.- Incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) 1. Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen genito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva;

h) 1. Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital;

i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etáreas;

2. Proporcionar a las mujeres en edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las ITS en situaciones de embarazo y parto;

3. Impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;

4. Investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras ITS en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Art. 7º.- (Coordinación) En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 4º y 5º de esta ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Art.8º.- (Universalidad de los servicios) Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas de salud que se brinden a la población sin que constituyan compartimientos estancos. Dichos servicios contemplarán:

a) La inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etáreos en su población objetivo;

b) El involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;

c) La jerarquización del primer nivel de atención;

d) La integración de equipos multidisciplinarios;

e) La articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo.

CAPÍTULO II – De la interrupción voluntaria del embarazo.

Art. 9º.- (Derecho de la mujer) En el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que reconoce y protege la presente ley, toda mujer puede decidir la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gestación, en las condiciones que determinan los artículos siguientes.

Artículo 10º.- (Condiciones) Para ejercer el derecho reconocido en 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.

Art. 11.- (Deberes del médico) El médico deberá:

a) Brindar información y apoyo a la mujer respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, antes y después de la intervención.

b) Informar a la mujer sobre las posibilidades de adopción y los programas disponibles de apoyo económico y médico a la maternidad.

c) Recoger la voluntad de la mujer de interrumpir el proceso de gestación, avalada con su firma y adjuntarla a la historia clínica de la misma, con lo cual su consentimiento se considerará válidamente expresado.

d) Dejar constancia en la historia clínica que se informó a la mujer en cumplimiento de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo.

Art. 12º.- (Restricciones) Fuera de lo establecido en el artículo 9º de esta ley, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gestación 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.

Artículo 13º - (Consentimiento niños, niñas y adolescentes) En los casos de adolescentes o niñas, el médico tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción. En dicho consentimiento deberá expresarse la voluntad de interrumpir el embarazo de la adolescente o de la niña y el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales o, en ausencia o inexistencia, de la persona encargada de su cuidado.

Artículo 14º Cuando por cualquier causa se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente o la niña podrá acudir ante los Jueces Letrados de Familia con competencia de urgencia, quienes autorizarán la interrupción del embarazo, siempre que se encuentre dentro del plazo y/o condiciones previstas en los arts. 9, 10 y 12 de esta ley. La niña o adolescente deberá comparecer personalmente, con asistencia letrada. El procedimiento será verbal y el juez, previa audiencia con la misma, resolverá en el plazo máximo de cinco días a partir del momento de su presentación ante la sede, habilitando horario inhábil si fuera menester.

Art. 15º- (Consentimiento especial) En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará preceptivamente el juez con competencia de urgencia en materia de familia, a solicitud de la persona declarada incapaz o del curador respectivo, rigiendo igual procedimiento y plazo del establecido en el artículo anterior

CAPÍTULO III – Disposiciones generales

Art. 16º.- (Acto médico sin valor comercial) 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 que lo soliciten, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

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

Art. 17º.- (Objeción de conciencia) 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.

Art. 18º.- (Reserva) 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.

Art. 19º.- (Alcance) Sólo podrán ampararse en las disposiciones contenidas en esta ley las ciudadanas uruguayas naturales o legales y aquellas que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a 42 semanas.

CAPÍTULO IV – De la modificación del delito de aborto.

Art. 20º.- Sustitúyese el Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por Ley N° 9.155, de 4 de diciembre de 1933 y modificado por la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

ARTICULO 325 (Delito de aborto)- La mujer que causare la interrupción del proceso fisiológico de gravidez, o lo consintiera, fuera de las circunstancias, plazos y condiciones establecidas en la ley, será castigada con tres a nueve meses de prisión

ARTICULO 325 bis (Colaboración en el aborto con consentimiento de la mujer)- El que colabore en la interrupción del proceso fisiológico de la mujer, con actos de participación principal, será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión

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

ARTÍCULO 326 bis (Lesión o muerte de la mujer).- Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 bis 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 sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a quince años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, de quince a treinta años de penitenciaría".

Art. 21º.- Sustitúyese el artículo 2º de la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTÍCULO 2º.- (Procedimiento) 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 V – Disposiciones finales

Art. 22º.- (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Art.23º.- (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.

Montevideo, 26 de mayo de 2006.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El presente proyecto de ley tiene como objetivo generar las condiciones necesarias para garantizar el respeto, la defensa, la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en tanto derechos humanos, como una de las condiciones necesarias para mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo sustentable.

El proyecto a considerar está inserto en un Estado Social de Derecho, erigido a partir de la norma constitucional de un sistema democrático en el que se reconocen derechos a todas las personas que habitan dentro de sus límites y donde el Estado está, desde hace casi un siglo, separado de cualquier iglesia o credo religioso. El Estado no tiene religión alguna y los soportes de sus órganos y cargos, es decir las personas que cumplen los cometidos asignados al Estado, no pueden ni deben afectar sus decisiones más que por el interés general, prescindiendo de la religión o credo que profesen. El Estado laico, desde la perspectiva socio-jurídica, abarca el ámbito de la educación, la administración de justicia, el acceso a la ciudadanía y, hoy día, incluye la necesaria inclusión social y el respeto a la diversidad cultural, ideológica y religiosa.

Los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes (Declaración y programa de acción de la Conferencia de Derechos Humanos, Viena 1993). Los derechos humanos son el conjunto de procesos (normativos, institucionales y sociales) que abren y consolidan espacios de lucha por la dignidad humana desde la promoción, el respeto y la garantía de condiciones civiles, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan a todas las personas desarrollarse plenamente. Los Estados tienen el deber de respetarlos, promoverlos y generar las condiciones y la igualdad de oportunidades, para que todas las personas puedan ejercerlos desde las libertades fundamentales.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en tanto derechos humanos, se basan en el reconocimiento del "derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos" (Párrafo 7.3 ICPD, 1994)

En tal sentido la salud sexual y reproductiva es un "estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivos y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (Párrafo 7.2 ICPD, 1994)

La Conferencia de Población y Desarrollo amplió el enfoque y generó un cambio de paradigma reconociendo que la planificación de las familias, el desarrollo económico, ambiental, el progreso social y los derechos humanos son medios interdependientes para alcanzar un mundo de esperanza, oportunidades, paz y progreso. En dicha conferencia se definieron claramente como derechos humanos: el derecho a la salud comprendiendo los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la educación, a la igualdad, al desarrollo, a la libertad, la dignidad y la seguridad de la persona. Y, el reconocimiento de que las mujeres y las niñas también tienen los mismos derechos.

Dicha Conferencia estableció además las responsabilidades de hombres y mujeres – por igual- con las actuales y futuras generaciones; y la de los gobiernos de respetar las libertades garantizando las condiciones y los recursos para el ejercicio pleno de los derechos sin discriminación alguna. Cambiar, entonces, las situaciones que afecten el ejercicio de estos derechos es una responsabilidad y compromiso político asumido por el Estado uruguayo, signatario de estos acuerdos. En Uruguay se necesitan generar adecuadas condiciones sanitarias, sociales, políticas, legislativas, educativas y culturales para que las personas, en general, y las mujeres y las/los jóvenes, en particular, puedan tomar sus decisiones en sexualidad y en reproducción sin coerciones ni discriminaciones de ningún tipo.

En muchos aspectos, el Programa de Acción de la ICPD, es un plan de implementación para alcanzar la mayoría de las ocho metas fijadas en la Cumbre del Milenio (Metas del Desarrollo del Milenio) en materia de reducción de la morbi-mortalidad de mujeres por razones vinculadas al embarazo, parto, aborto y puerperio; del abordaje integral en salud sexual y reproductiva para afrontar la situación de las infecciones de transmisión sexual y particularmente la feminización de la pandemia de VIH-SIDA así como la promoción del acceso universal a la educación y la asignación de los recursos humanos y económicos necesarios para alcanzar dichos objetivos.

Uruguay presenta serios déficits en materia de derechos sexuales y reproductivos que se originan, a nuestro entender, en la falta de correspondencia entre lo que el país ha suscripto o adoptado en convenciones y conferencias internacionales y la generación de condiciones a través de normas legislativas o administrativas que promuevan, respeten y garanticen dichos derechos.

Uruguay se ha comprometido en materia de Derechos Humanos con numerosos instrumentos jurídicos internacionales, entre otros: la Carta Internacional de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos (y los correspondientes protocolos facultativos). Ha signado y ratificado las Convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, de los Derechos del Niño, contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (y su protocolo facultativo).

En materia de protección particular a los derechos de las mujeres el estado uruguayo ha signado y ratificado: la Convención Interamericana sobre la concesión de los derechos civiles de la mujer (1948), la Concesión de los derechos políticos, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) de la que Uruguay es parte desde el 9 de octubre de 1981, ratificando su Protocolo Facultativo en julio de 2001. Esta Convención establece la obligación de abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación, tomando todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualquier persona, organización o institución.

En 1993 en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer se reconoció el derecho de las mujeres, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Los Estados deben condenar dicha violencia y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. En 1994, el Estado adopta la Convención de Belem do Pará cuyo propósito es eliminar las situaciones de violencia que afectan particularmente a las mujeres ya que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

En cuanto a los compromisos políticos asumidos a nivel internacional se destacan la Conferencia de Derechos (Viena, 1993), Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995), en las que se insta a los gobiernos a revisar, adoptar y mantener políticas y estrategias de desarrollo que consideren las necesidades específicas de las mujeres, particularmente de las que viven en situación de pobreza. Los respectivos planes y programas de acción recomiendan revisar aquellas leyes y prácticas administrativas que obstaculicen la igualdad de derechos y de acceso a recursos y servicios para las mujeres.

En Uruguay la reproducción biológica y social se ha convertido en una de las variables más importantes de discriminación de oportunidades sociales. De acuerdo a los resultados de la encuesta sobre reproducción biológica y social, género y generaciones, realizada en 2004 (MSP, IMM, INE, UDELAR, MYSU, UNFPA, PNUD) la edad modal de inicio de las relaciones sexuales entre los varones se ubica entre los 15 y 17 años de edad cualquiera sea su nivel de instrucción, sin embargo entre los de menor número de años de estudio el inicio de las relaciones sexuales se produce a edades más precoces que entre sus pares más educados. A diferencia de los hombres las distintas generaciones de mujeres exhiben cambios importantes en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, a medida que se avanza hacia las generaciones más jóvenes se aprecia un claro decrecimiento en la edad de inicio de las relaciones sexuales y una creciente concentración en el grupo de edad de 15 a 17 años. Entre las mujeres se presentan dos edades modales de inicio de las relaciones sexuales diferenciadas por el nivel de instrucción: 15 a 17 años entre las que tienen menos de 12 años de estudio y 18-19 entre las de mayor nivel. Asimismo, la precocidad en la edad de inicio de las relaciones sexuales es mayor a medida que desciende el nivel de instrucción alcanzado.

Hombres y mujeres no muestran diferencias significativas en el número de hijos que consideran ideal, próximo al 44% de la población de 15 a 59 años de edad considera que dos hijos es el número ideal. Menos del 2% considera como ideal no tener hijos. El nivel de instrucción no marca diferencias muy significativas respecto a la distribución por números ideales de hijos. Sin embargo la relación entre el número ideal de hijos con el número de hijos tenido se mantiene en mujeres con más años de educación y mejor nivel de ingreso que en las mujeres de bajos recursos económicos y menor nivel de instrucción. En los niveles educativos menores el inicio precoz de las relaciones sexuales determina un mayor número de hijos, tanto en varones como en mujeres.

Por otro lado, una de cada cuatro mujeres nunca ha consultado al ginecólogo por motivos vinculados a su autocuidado, sin mediación de su rol materno. Cuatro de cada diez mujeres nunca se ha realizado un estudio de Papanicolaou, confirmando hallazgos de estudios anteriores en población femenina usuaria del MSP. Las mujeres que completan 12 años de estudio, muestran un mayor nivel de autocuidado. Se manifiesta así el estereotipo de género de "ser para los demás" "cuidar de los otros", en detrimento de "ser para sí", "cuidarse a sí misma", que solo parece debilitarse con el acceso a estudios superiores.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual y en particular VIH-SIDA –luego de más de dos décadas de instalada la epidemia en el Uruguay, la concepción predominante sigue asociando la enfermedad a las conductas homosexuales de los varones. Ello exige la implementación de potentes dispositivos de educación para la salud, que permitan desplazar estas representaciones, brindando a los ciudadanos/as, elementos para un autocuidado efectivo y el ejercicio de sus derechos sexuales. La infección por VIH tiene su pico máximo de incidencia en personas entre los 15 y 34 años, la población femenina entre 25 y 34 años presenta la máxima incidencia de la enfermedad. Esta incidencia en edad sexual y laboralmente activas conlleva un alto grado de perjuicios.

El 48% de los niños que nacen en nuestro país, lo hacen en el 20% de los hogares más pobres. Si bien el 99% de los partos son institucionales, los controles prenatales registran importantes diferencias de acuerdo al nivel socioeconómico y la edad de la mujer gestante. El 80% de las mujeres jóvenes que han sido madres, no completó estudios secundarios y no está integrada a la actividad laboral. En el 85% de los hogares monoparentales, las mujeres son las jefas de hogar y 1 de cada 2

mujeres jefas de hogar en edad activa y con niños menores de 5 años, es pobre.

Dos deberes del Estado son fundamentales para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y estimular las responsabilidades de ciudadanas y ciudadanos, contar con un sistema sanitario adecuado, orientado a la promoción, prevención y atención de las necesidades particulares de hombres y mujeres en función de los diferentes niveles socio educativos, edades, etnias, razas, orientaciones sexuales y capacidades. Un sistema sanitario que implique menores costos humanos en cuanto a morbi-mortalidad y menores costos socio-sanitarios, en un camino que comienza a recorrerse de cambio de modelo y de sistema de salud donde la calidad de atención esté acompañada de dotación de recursos y personal con capacitación permanente y trabajo en equipos multi e interdisciplinarios.

Como segundo deber fundamental, el Estado debe garantizar la educación sexual a todos los niveles del sistema educativo formal, informal y no formal como herramienta sustancial para la promoción de una sexualidad plena y saludable.

Aspectos que darían mejores condiciones para promover el ejercicio de maternidades y paternidades responsables acordes al importante compromiso que significa traer un nuevo ser al mundo al que deben también garantizársele el respeto pleno de sus derechos humanos.

Uruguay tiene una población total de 3.439.000 habitantes y ha estado estancado en cuanto a su tasa de natalidad en los últimos años, disminuyendo en el año 2005 a 47.000 nacidos vivos. Las estimaciones recientes sobre la incidencia de la práctica de abortos en el país arrojan una cifra de 33.000 interrupciones anuales. Esta cifra además de constatar que la ley 9.763 que rige ha sido absolutamente ineficaz para desestimular la práctica de aborto, indica que los mecanismos de prevención de embarazo no planificados, no buscados o no deseados, no tienen la universalidad necesaria para que todas las personas puedan acceder a ellos. La práctica clandestina por donde transita el mayor número de abortos provocados no solo impide su control sanitario sino que, muy probablemente, provoque el que sea utilizado como método de anticoncepción, práctica que debe ser erradicada, dado que el aborto no es un método anticonceptivo. Que así pueda estar siendo utilizado sólo podrá evitarse en la medida que su práctica sea regulada por una ley que efectivamente aborde con integralidad la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de embarazos no deseados y la prestación de servicios que atiendan la decisión de interrumpir un embarazo en los plazos que están previstos en la presente propuesta de cambio legislativo.

El proyecto consta de cinco capítulos.

El primer capítulo -de los Derechos sexuales y reproductivos- establece que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñando programas y organizando los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios rectores y éticos establecidos en el proyecto.

Estos Principios rectores consideran a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos universales, intransferibles e inalienables y se establece por tanto u protección y los Principios éticos que lo inspiran. Principios estos que implican el respeto de la diversidad, la no discriminación, el respeto de las autonomías, el rechazo de toda forma de violencia sexual del derecho y la obligación de hombres y mujeres a controlar responsablemente su sexualidad.

Este capítulo además define los Objetivos generales dirigidos a los ciudadanos y al estado y los específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva como son entre otros el promover y proteger los derechos, prevenir la morbimortalidad materna, promover el parto humanizado, garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos para alcanzar una maternidad y paternidad responsables.

Establece que acciones le caben al Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento de estos objetivos, coordinando con las dependencias del Estado que considere pertinente.

El Capítulo II refiere a la interrupción voluntaria del embarazo, estableciendo el derecho de toda mujer para decidir la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gravidez siempre que 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 la continuación del embarazo.

Determina asimismo que el médico deberá: brindar información y apoyo a la mujer antes y después de la intervención, asesorar sobre las posibilidades de adopción y los programas disponibles de apoyo económico. La mujer deberá expresar su voluntad avalada con su firma y adjuntada a la historia clínica. Fuera del plazo de las 12 semanas la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer, o cuando se verifiquen malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento lo prestará preceptivamente el titular de la sede judicial.

El capítulo III – Disposiciones generales – establece que las interrupciones de embarazo que se practiquen en los términos que el proyecto de ley establece serán consideradas acto médico sin valor comercial, teniendo los servicios de asistencia médica integral – tanto públicos como privados – la obligación de realizar este procedimiento a las beneficiarias que lo soliciten.

Se establece también que los profesionales que tengan objeción de conciencia podrán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan, salvo en los casos graves y urgentes en los cuales la intervención es indispensable.

El alcance de las disposiciones del proyecto abarca a ciudadanas uruguayas naturales o legales y a quienes acrediten residencia habitual durante un período no inferior a 42 semanas.

El capítulo IV, realiza modificaciones al delito de aborto previsto en el Capítulo IV, Título XII del Libro II del Código Penal, estableciendo penas en los casos de realización de aborto fuera de lo previsto en el proyecto de ley, aborto sin consentimiento de la mujer y lesión o muerte como consecuencia de aborto.

Modifica asimismo el artículo 2° de la Ley N° 9.763 que establece aspectos relacionados con la actuación del Juez ante denuncia de aborto.

El último capítulo – disposiciones finales- deroga todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en estas normas. Establece además que luego de aprobada, la Ley entrará en vigencia a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual será reglamentada por el Poder Ejecutivo.

Montevideo, 26 de mayo de 2006.