

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Monografía Final de la
Licenciatura de Trabajo Social

La medicalización de la sexualidad y la reproducción

Reflexiones sobre la Ley 18.426.

Silvana Virginia Rojas Mota

Tutor: Prof. Dra. Elizabeth Ortega

Montevideo - Uruguay
2013

<u>INTRODUCCIÓN</u>	3
Estrategia metodológica.....	5
<u>CAPITULO I</u>	9
<u>Los antecedentes de los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay.</u>	9
Definiciones	9
Los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política	12
<u>CAPITULO II</u>	19
<u>Los derechos sexuales y reproductivos y la medicalización de la vida social</u>	19
La medicalización de la sociedad.....	19
La sexualidad y su medicalización.....	24
La sexualidad en el Uruguay.....	26
<u>CAPITULO III</u>	35
<u>Los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derecho Humano</u>	35
<u>CAPITULO IV</u>	41
<u>Consideraciones finales.</u>	41
<u>BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA</u>	47
<u>ANEXOS</u>	52

“La verdadera fuente de los derechos es el deber. Si todos cumplimos con nuestros deberes, los derechos no estarán lejos de ser alcanzados. Si dejamos los deberes incumplidos, corremos detrás de los derechos, éstos escaparán de nosotros como los fuegos fatuos. Y cuanto más los persigamos, más lejos volarán”

Mahatma Gandhi

INTRODUCCIÓN

La presente monografía final de la Licenciatura de Trabajo Social busca indagar los elementos que hacen a la construcción de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) como derechos humanos en el marco legal de la sociedad Uruguaya y su asociación al derecho a la salud, así como su relación con el modelo medicalizador de la vida social instituido a principios del siglo XX.

El tema seleccionado para el presente trabajo surge de un interés personal, dado que los DSR son una temática que desde hace casi una década se encuentra en los debates de la opinión pública y aún después de haber sido promulgada la Ley N° 18.426, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, continúa transversalizando los discursos de la sociedad Uruguaya.

El Anteproyecto¹ de dicha Ley, fue presentado el 06 de junio de 2006 a la Cámara de Senadores, surge como corolario a una sucesión de anteproyectos, modificaciones y debates, que involucraron a actores políticos y a la sociedad civil organizada desde que el país volvió a la vida democrática en el año 1985.

La presentación del mismo estuvo a cargo de doce de los Senadores integrantes de la bancada del Partido Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría, que había accedido al gobierno en el año 2004, contando con mayoría parlamentaria simple en ambas cámaras.

Inicialmente el documento constaba de cinco capítulos, tres de los mismos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo por la sola voluntad de la mujer, lo que llevó que dicha ley se la denominara desde la prensa y la opinión pública como “ley del aborto”. La discusión del mismo llevo dos años, donde en algunas instancias tuvo que ser catalogado como de trámite urgente, debido a que se dilataba en el tiempo y se aproximaba el período pre-electoral, que según los legisladores, se llevaría a una politización de la temática.

¹ Anexo N°1 – Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores N°93 – Tomo 432, contiene anteproyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Como ya se expresó en junio del año 2006, comienza el trámite parlamentario del anteproyecto de la Ley N° 18.426, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, en la Cámara de Senadores (C.SS.), la que lo pasó para su análisis a la Comisión de Salud Pública. En el mes de noviembre del año 2007, pasa a la Cámara de Representantes (C.RR.), derivándolo para estudio a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, quien lo devuelve en el mes de noviembre del año 2008. Es en el plenario de la C.RR. que en la discusión particular de los artículos se eliminan del Capítulo I los Artículo N° 2 (Principios rectores) y el Artículo N°3 (Principios éticos).

En estos artículos el Estado definía cuales eran los fundamentos a la hora del diseño de programas, planes y proyectos, así como la organización de los servicios que promovieran la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, situación que es considerada por los Senadores como que afecta los fines últimos a los que se quiere llegar con la ley.

Ante la proximidad de la finalización del período parlamentario, la C.RR. le da trámite como de urgente consideración, y lo remite nuevamente a la C.SS., en ésta última es aprobado el 11 de noviembre de 2008 por mayoría que surge de la bancada de gobierno, con el apoyo de algunos legisladores de los otros partidos. Así el Uruguay establecía en su marco legal, según la Ley N° 18.426, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” aprobada: que la sexualidad y la reproducción son un derecho humano vinculado al derecho a la salud, tomaba a su cargo la promoción y verificación de su cumplimiento, establecía la interrupción voluntaria del embarazo por la sola voluntad de la mujer y la modificación de los artículos del Código penal que establecían como delito el aborto.

En todo momento la discusión estuvo determinada por el anuncio público de veto que había realizado el Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, desde antes de la presentación al parlamento del proyecto de ley. Hecho que se efectivizó, haciendo uso del uso del instrumento del veto parcial, a los Capítulos II, III y IV; que referían a la interrupción voluntaria del embarazo y despenalizaban el aborto. Habiendo firmado el mensaje de veto, el Presidente de la República y la Ministra de Salud Pública, la que aunque públicamente había expresado su conformidad con la Ley, acompañó con su firma dicho mensaje en virtud del cargo que ocupaba.

Ante este hecho, la Ley N° 18.426 no promulgada, vuelve a ser tratada en la Asamblea General, el día 20 de noviembre de 2008. No reuniéndose los votos necesarios establecidos por la Constitución de la República para levantar el veto del Poder Ejecutivo, así se quitan los capítulos objetados, ajustándose la redacción y es aprobada nuevamente; promulgada por el Poder Ejecutivo con fecha 01 de diciembre de 2008.²

Estrategia metodológica

Desde lo expuesto se aprecia que la temática de los DSR presenta múltiples dimensiones para su abordaje; y por ser esta monografía un trabajo de corte exploratorio, a tales efectos se utilizaron como fuentes de la investigación: los diarios de sesiones de las distintas instancias parlamentarias en las que se trató el Anteproyecto de la Ley 18.426, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, considerándose las sesiones de las Cámaras, así como de las Comisiones en que se trató, que se encuentran publicados en la página web del Parlamento como Asunto N° 29.685³ (ver Anexo N°3).

Para abordar esta problemática se parte de la idea planteada por Berger y Luckman (1972), que el orden social es construido por los individuos, que en su condición de agentes, llevan adelante negociaciones en las diferentes interacciones en las que intervienen. El producto de estas acciones trasciende en el tiempo y posibilita la estabilidad de la vida cotidiana, consolidándose universos simbólicos que se institucionalizan.

Los autores proponen que:

“Las instituciones y los universos simbólicos se legitiman por medio de individuos vivientes, que tienen ubicación e intereses sociales concretos. [...] las instituciones sociales se cambian con el propósito de conformarlas a teorías que ya existen, vale decir, de hacerlas más legítimas. Los expertos en legitimación pueden operar como justificadores teóricos del statu quo;

² Anexo N°2: Ley 18.426 “Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, texto promulgado por el Poder Ejecutivo con fecha 01 de diciembre de 2008.

³ Son las actas labradas a partir de las transcripciones de las versiones taquigráficas de las distintas sesiones en que se discutió el proyecto de Ley referente a la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

también pueden ser ideólogos revolucionarios“.(Berger y Luckman, 1972:162 - 163).

Para ello plantean que el análisis de estas situaciones debe comprenderse desde el punto de vista de los agentes y del contexto en que se llevaron a cabo. Por esto se consideró que el abordaje de corte cualitativo era el apropiado que para poder comprender como se construyó un orden jurídico nacional referente a los DSR como derecho humano de acuerdo con lo establecido por el derecho internacional y su vinculación con el derecho a la salud.

La técnica que se utilizó fue el análisis de discurso, dado que como lo plantea Brandao (2004) se parte del presupuesto de que el discurso materializa el contrato entre lo ideológico y lo lingüístico, en el sentido de que él representa al interior de la lengua los efectos de las contradicciones ideológicas.

Según dicha autora, el desafío de la técnica es hacer explícitas mediante una lectura crítica y dejando de lado lo puramente lingüístico, aquellas contradicciones que se encuentran en el fondo de las relaciones sociales, que se enfrentarían en una correlación de fuerzas y cuya materialización se da en la forma de organización discursiva.

Por eso expresa Brandao (2004:104):

“Dividida entre uma função, crítica e uma função instrumental, ela se apresenta como uma disciplina não acabada, em constante construção, problematizante, em que o lingüístico é o lugar, o espaço, o território que dá materialidade, espessura a ideais, conteúdos, temáticas de que o homem se faz sujeito; não um sujeito ideal e abstrato mas um sujeito concreto, histórico porta voz de um amplo discurso social.”

El análisis de las expresiones de los legisladores y de los distintos agentes sociales que participaron durante el trámite del Anteproyecto de Ley de “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, se realizó a partir del estudio de los enunciados que según la técnica de análisis son definidos por las formaciones ideológicas. Es decir por las actitudes y representaciones que no son individuales y tampoco de corte universal, sino que hablan del conflicto planteado entre ellas y que por lo tanto proyectan ambas miradas. Todo ello determinado por las condiciones en que se produce, el sentido de las formaciones se configura en el proceso de interlocución con otras formaciones.

La autora expresa:

“Constituindo o discurso um dos aspectos materiais de ideologia, pode-se afirmar que o discursivo é uma espécie pertencente ao gênero ideológico. Em outros termos a formação discursivas interligadas. Isso significa que os discursos são governados por formações ideológicas.” (Brandao, H. 2004: 47)

A partir de lo expuesto, surgió como **pregunta guía** del estudio ¿Cuáles son los elementos que llevan a que la ley que efectiviza los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay, se vincule al área del derecho humano a la salud?

Es así que el **objetivo general** del trabajo es el siguiente:

➤ Estudiar cómo se vincula la discusión que llevó a la aprobación de la Ley N° 18.426, “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” con el proceso de medicalización de la vida social.

De esta manera en el Capítulo I se presentan las definiciones de los conceptos acorde a la normativa internacional, que se utilizaron en este trabajo y están presentes en la discusión parlamentaria. También se realiza una descripción de elementos que influyen en el surgimiento los DSR en la agenda política del Uruguay, destacándose el desfasaje entre los marcos legales nacional e internacional; la consolidación de algunos cambios culturales a nivel de la vida cotidiana de los individuos y que hacen necesaria una actualización del marco legal vigente; unido al momento político que se dio con la asunción en el gobierno con mayoría parlamentaria en ambas Cámaras de la coalición de partidos de ideas de izquierda, Partido Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría.

En el Capítulo II, se analizan los DSR desde el punto de vista de los procesos de medicalización de la vida social, así cómo la sexualidad es uno de los temas que históricamente en la sociedad uruguaya ha sido centro de atención, debate y que ha generado diversos dispositivos según el pensamiento de Foucault.

Se muestran elementos que denotan como se construye el sexo en sexualidad, dejando de ser un hecho biológico y considerado como natural, para ser un problema social que transversaliza la sociedad.

Otro aspecto que se considera es la discusión que se da por cual es el orden de jerarquía entre la sexualidad y la reproducción, así como el lugar que ocupa la satisfacción sexual cuando estos dos conceptos quedan escindidos por la consolidación de la anticoncepción; pasando a ser la concepción una decisión privada de las parejas.

En el capítulo III el análisis es a la luz de la perspectiva teórica de los derechos humanos, poniéndose énfasis en los sujetos de derecho que se definen en la Ley 18.426 “Defensa de la salud sexual y reproductiva”, a partir del debate y de acuerdo con lo que expresa el texto promulgado de la Ley, se busca consolidar y garantizar una ciudadanía sexual y reproductiva activa, para de esta manera propiciar la inclusión de grupos de población que eran reconocidos desde estudios y análisis de la realidad social que se publicaban por diferentes organizaciones; también por algunos grupos que se organizaron y reclamaban al estado dar las garantías necesarias por no contar con instrumentos legales para reclamar y sufrir inequidades y violaciones a sus derechos en estos aspectos, como son la mujeres, los homosexuales, la población de la tercera edad, etc.

Finalmente en Capítulo IV, se retoman algunos temas detectados y se desarrollan reflexiones finales que surgen del proceso de investigación llevada adelante por la estudiante.

CAPITULO I

Los antecedentes de los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay.

El Uruguay en distintos momentos históricos ha signado y ratificado diferentes acuerdos a nivel internacional, como a nivel regional, de protección a los derechos humanos en general, así como aquellos que refieren a temas en particular y que protegen a grupos reconocidos como vulnerables.

Así nuestro parlamento ha refrendado y ha integrado al cuerpo normativo la Carta Internacional de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 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; la Convención Interamericana sobre la concesión de los derechos civiles de la mujer (1948); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer; la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer; entre otros.

Definiciones

Los DSR, surgen a la discusión política internacional a partir del desempeño de los movimientos de mujeres en los años '70. Su punto de concreción fue la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de El Cairo en el año 1994, donde la delegación representante del Estado Uruguayo participa y firma el Programa de Acción, declarándose en él, la esencialidad de incluir dentro de las políticas de los estados las ideas de: sujetos de derecho, de igualdad de género, de equidad y el emponderamiento de las mujeres.

Allí se expresa que los **derechos reproductivos** son "...el 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 sa-

lud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”.

En dicha Convención se definió además el concepto de **salud sexual y reproductiva**, que es utilizado como guía en el proyecto de ley estudiado: “...estado general de bienestar físico, mental y social; no como la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”

Los **derechos sexuales**, debieron esperar para su reconocimiento por el derecho internacional hasta la IV Conferencia Mundial de la Mujer al año siguiente en Beijing, estableciéndose en la Plataforma para la Acción (1995) que “los derechos sexuales incluyen el derecho de la persona a controlar y decidir libremente los asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coerción, discriminación ni violencia.

Las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres en los asuntos sobre relaciones sexuales y reproducción, incluyendo el pleno respeto a la integridad física del cuerpo humano, requieren consentimiento mutuo y la voluntad de aceptar la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Incluyen el derecho a la información, para poder tomar decisiones responsables sobre la sexualidad; el derecho a la dignidad, la privacidad y a la integridad física, mental y moral al realizar una elección sexual; y el derecho al más alto nivel de salud sexual”.

De conformidad con lo dicho, la Asamblea General de la Asociación Mundial de Salud Sexual, (WAS)⁴, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mun-

⁴ **Asociación Mundial para la Salud Sexual** - es una organización mundial que agrupa 82 instituciones representativas a su vez de una amplia gama de sociedades profesionales, organizaciones no gubernamentales, universidades e individuos. Incluye medicina, psicología, educación de la sexualidad, promoción de la salud, sociología, antropología y organizaciones humanitarias. Sostiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), y la Federación Internacional de Planificación Familiar. Tiene también vínculos con UNFPA; UNESCO, y otras organizaciones internacionales. Tiene como misión promover la salud sexual durante toda la vida y por el mundo mediante el desarrollo, promoción y apoyo de la sexología y de los derechos sexuales para todos. Estando

dial de Sexología, Hong Kong, aprueba la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, instrumentaliza de esta forma lo establecido en las convenciones antes referidas⁵:

1. El derecho a la libertad sexual: La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.

2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: Este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de cada uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de los cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual: Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual: Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.

5. El derecho al placer sexual: El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional: La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual: Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

dentro de sus objetivos promover acciones para la creación de redes, facilitando el intercambio de información, ideas y experiencias y promover la investigación científica basada en la sexualidad, la educación sexual y sexología clínica, con un enfoque transdisciplinario. Otro de sus objetivos es promover la sexología intercultural, para lo cual asisten en la creación de bibliotecas regionales, trabajan para desarrollar Sociedades Sexológicas en África, Asia y América Central, y dirigen esfuerzos para prevenir el VIH alrededor del mundo.

<http://www.worldsexology.org/esp/index.asp>

<http://www.worldsexology.org>

⁵ Traducción publicada en <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/18-A-1.pdf>.

8. El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables: Esto abarca el derecho para decidir sobre tener hijos o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico: La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual comprensiva: Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho al cuidado de la salud sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

Los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política

Una vez ratificadas las diferentes convenciones en su legislación, Uruguay comenzó a desarrollar procesos de negociación constantes entre los actores políticos y sociales, buscando formular estrategias conjuntas para consolidar los cambios sociales y culturales que son necesarios para el afianzamiento en la vida cotidiana de los individuos de las nuevas reglamentaciones.

Pero en los hechos los DSR no habían sido reglamentados específicamente y eso llevaba a que distintos sectores de población no fueran considerados o no existieran garantías para el cumplimiento de la normativa internacional, según lo denunciaban los informes de organizaciones internacionales y nacionales que trabajan en el tema, por ejemplo la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA), América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), el colectivo Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), la Universidad de la República, entre otras.

Según el CLADEM en su informe de investigación que cubría el período 1985 – 2002, concluía sobre los DSR el Uruguay:

“En materia legal puede afirmarse que, diecisiete años de gobiernos democráticos, no han alcanzado al Uruguay para poner en consonancia su normativa en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos con el desarrollo alcanzado a nivel de los documentos y recomendaciones de las Conferencias internacionales en la materia. La última reforma constitucional reali-

zada en 1998, a diferencia de lo que ocurrió en otros países de la región, no integró en su articulado ningún propósito o resguardo referido al reconocimiento de la equidad de género ni a estos derechos.

El período estudiado abarca la tercera legislatura post dictadura y los tres primeros años de la actual. En su transcurso es posible percibir cierta intensificación en la atención legislativa sobre estos temas: cuatro leyes aprobadas en una legislatura completa, y tres en los primeros tres años de la siguiente, que además son acompañadas por una Minuta de comunicación y seis proyectos en discusión, dos de los cuales cuentan ya con media sanción legislativa. “ (2002: 47)

En igual sentido argumentan los Senadores firmantes del proyecto de Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva en la exposición de motivos ante la presentación en la C.SS. en el mes de Junio de 2006:

“Uruguay presenta serios déficits en materia de DSR 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.” (Diario de Sesiones de la C.SS., 2006: 14)⁶

Se sumaba a este hecho, que también estas organizaciones denunciaban cambios en la vida cotidiana de la población que en sus explicaciones mostraban transformaciones que referían a los comportamientos sexuales y reproductivos, y que afectan a la reproducción de la sociedad como tal, pero también hablan de una baja ciudadanía en ese aspecto.

Según muestra la historia, el Uruguay desde sus inicios como república emuló la vida del occidente moderno, con patrones de vida europeizados, tendencia que a medida que avanzaba el siglo XX se consolida. (Porzecanski, 1998)

“Los estilos de vida del siglo XX, y en especial aquellos que conforman las prácticas de la vida cotidiana, entran al país a través de la ciencia y la tecnología, la religión, la legislación, los puntos de vista, (...) bajo la estética de la similitud”. (Porzecanski, 1998:329)

⁶ La transcripción de los discursos de los Legisladores se realizará en fuente tamaño 12 a espacio simple de interlineado. Resaltándose en cursiva las referencias al área de la salud que aparecen en las reproducciones.

En lo cotidiano la sociedad uruguaya al volver a la democracia a mediados de los años ochenta, deja ver un proceso de cambio en los patrones culturales, con la legitimación de prácticas y situaciones que se expresan en ese ámbito privado y que son comparables con la forma de vida de las sociedades occidentales desarrolladas. (Polero, 1998; Porzecanski, 1998; Paredes, 2003; López, 2006; Abracinskas y López, 2009)

“(…) la vida privada uruguaya contemporánea: a) el progresivo empequeñecimiento de la familia nuclear aparecida con los procesos de urbanización e industrialización de principios de siglo, cuyo prototipo alcanza su apogeo en la década del cincuenta en todo el mundo; b) el progresivo aumento de las tasas de divorcialidad, las uniones libres, los hogares uniparentales; c) la implementación de educación preescolar pública y privada para edades crecientemente más tempranas; d) tasas de fertilidad de apenas sustituyen la población; e) extensión de la expectativa de vida en general y particularmente la de las mujeres; f) envejecimiento general de la población; g) descenso general de las tasas de mortalidad y de la mortalidad infantil; h) sexualidad más fluida; i) creciente atención a la corporalidad (consumo de cosmética, gimnasia y alimentación dietética); h) aumento de la violencia en general y de la violencia doméstica en particular; i) construcción de nuevas identidades ligadas a subgrupos sociales (sectas, religiones, género, africanidad, inmigración, indianidad, etcétera; j) tendencia conductuales mimética respecto de modelos de vida privada estandarizados presentados por la publicidad y los *mass-media*. “ (Porzecanski, 1998: 330)

Los Senadores firmantes del anteproyecto de Ley N° 18.426, también argumentan de manera similar en la exposición de motivos en el año 2006:

“En Uruguay la reproducción biológica y social se ha convertido en una de las variables más importantes de discriminación de oportunidades sociales. (...)

Asimismo, la precocidad en la edad de inicio de las relaciones sexuales es mayor a medida que descende el nivel de instrucción alcanzado. (...) 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 sólo 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 la edad sexual y las personas laboralmente activas conlleva un alto grado de perjuicios.*” (Diario de Sesiones C.SS., 2006: 14-15)

Por la consolidación de estos cambios es que surge la necesidad de actualizar el universo simbólico oficial, con la generación de leyes que integren a los sub – universos sociales que se gestaron, crecieron con el tiempo y se organizaron ejerciendo presión sobre los decisores dentro de los límites del derecho internacional.

Proponía Ventura (2003) referente a la construcción efectiva en las diferentes sociedades de las leyes internacionales de derechos humanos y en especial sobre la temática:

“El concepto de derechos reproductivos y, más recientemente, el de los derechos sexuales, busca la interacción de derechos sociales, como los derechos a la salud, a la educación y al trabajo, como los derechos individuales a la vida, la igualdad, la libertad, la inviolabilidad de la intimidad.” [...] Así los documentos reafirman el deber de los Estados en la promoción de la salud sexual, independientemente de la salud reproductiva, como integrante no solo del derecho a la salud, más de otros derechos individuales y sociales esenciales para el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.” (Ventura, 2003:19-20)

Ante la C.SS., los legisladores firmantes del proyecto de Ley de “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en la exposición de motivos dicen:

“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.” (Diario de Sesiones C.SS., 2006: 14)

Según Malet (2009) desde la vuelta a la democracia en el año 1985, Uruguay había intentado promover una ley sobre el tema. En las sucesivas legislaturas fueron presentados diferentes proyectos, que no alcanzaron las mayorías, en algunos casos para su análisis siquiera en el plenario de la cámara en la que fuera propuesto o alcanzando media sanción sin llegar a laudarse.

En el año 2005, se produce un cambio en la coyuntura política del país, porque accede al gobierno nacional la coalición política de izquierda, Frente Amplio – Encuentro Progresista.

“Por primera vez en la historia es elegido un gobierno de izquierda lo que implica una renovación histórica del elenco político gobernante. Asimismo, se amplía la participación de las capas medias y populares, de marcada tradición de militancia social y sindical. ...” (Serna et al, 2011:129)

Según Serna (2011), estos dirigentes aportan “ pautas sociales más inclusivas y pluralistas: un perfil menos masculinizado, una formación menos relacionada a las profesiones liberales clásicas, y más vinculadas a categorías de sectores medios, del área de las ciencias humanas, la educación y la reproducción de la cultura, y con mayor participación de categorías de asalariados.” (2011:131)

Esta escena política es un terreno que propicia la aparición en la agenda parlamentaria de temáticas como los DSR, aunque no sin resistencias. Desde los partidos se consideró que es un tema de conciencia y por lo tanto se dejó librado el voto de las bancadas a la opinión personal de cada legislador.

“Si bien las legisladoras de la coalición y varias organizaciones sociales se habían comprometido a presentar un proyecto (...) apenas comenzara la nueva legislatura, recién en junio de 2006 se concretó esa aspiración...” (Malet 2009:8)

Retomando lo dicho, el texto promulgado de la Ley 18.426 -“Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” es el acuerdo al que llegan los agentes políticos de todos los partidos, luego que el Poder Ejecutivo ejerciera el poder de veto al texto sancionado en una primera instancia por contener un capítulo donde proponía la posibilidad de la interrupción del embarazo por la sola voluntad de la mujer en determinadas condiciones y se modificaba el código penal en los artículos que penalizaban el aborto voluntario.

El Presidente de la República de ese momento, Doctor en Medicina Tabaré Vázquez, esgrime como principales razones de su acción en el mensaje de veto, presentado ante la Asamblea General en el mes de diciembre de 2008, firmado por él y la Señora Ministra de Salud Pública, quien aunque expresó públicamente su conformidad con la Ley sancionada, igualmente acató la decisión presidencial de acuerdo con el cargo que ocupaba:

“Se observan en forma total por razones de constitucionalidad y conveniencia las citadas disposiciones por los fundamentos que se exponen a continuación. (...) Hay consenso en que el aborto es un mal social que hay que evitar.

De acuerdo a la idiosincrasia de nuestro pueblo, es más adecuado buscar una solución basada en la solidaridad, que permita promocionar a la mujer y a su criatura, otorgándole la libertad de poder optar por otras vías, y de esta forma, salvar a los dos.

Es menester atacar las verdaderas causas del aborto en nuestro país y que surgen de nuestra realidad socio-económica. Existe un gran número de mujeres, particularmente de los sectores más carenciados, que soportan la carga del hogar solas. Para ello, hay que rodear a la mujer desamparada de la indispensable protección solidaria, en vez de facilitarle el aborto.” (Repartido N° 54 - Tomo 88 – 13° Sesión Extraordinaria A.G.)

Es así que en la Asamblea General no se logran los votos necesarios para levantar el veto del Poder Ejecutivo, debiendo el parlamento aprobar una nueva Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, con las modificaciones determinadas, la que se promulga el 1º de diciembre del 2008.

Quedando así establecido en el Capítulo I, Artículo 1º, de la Ley que se promulga:

“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 y normas que se establecen en los artículos siguientes.”

Además se dispone que sea el Ministerio de Salud Pública (MSP) el organismo que debe tomar a su cargo las acciones para la puesta en práctica, mediante el establecimiento de reglamentaciones, directivas, guías específicas y el establecer contacto con otros organismos para el fomento de los DSR.

De esta forma el Estado uruguayo reconoce que la sexualidad y la reproducción son bienes jurídicos merecedores de protección y promoción, en pro del libre desarrollo de los seres humanos, pero como parte del derecho a la salud.

CAPITULO II

Los derechos sexuales y reproductivos y la medicalización de la vida social

La medicalización de la sociedad

La sexualidad y la reproducción pueden ser vistas como procesos naturales de origen biológico o como una construcción social. Es decir, las conductas de los individuos que están referidas a necesidades biológicas, comienzan a ser definidas por las distintas sociedades acorde a parámetros construidos por la conjunción de factores culturales, políticos, sociales, económicos, tiempo histórico, que se ajustan para mantener un orden social, mediante el control de los cuerpos por los cuerpos mismos. (Giddens, 1992; Foucault, 1977)

En la modernidad, la realidad ya no se explica únicamente por la religión sino que comienza un proceso secularizador que llega a todos los ámbitos de la vida social, la ciencia es quien toma el lugar, instala una forma de pensar, ver y sentir las cosas de acuerdo a sus métodos y técnicas. Inscrito en esos procesos de cambios de hegemonía del poder, es que se desarrolla uno que fue denominado como de “medicalización de la vida social” y así desde la profesión médica se definen aspectos de la vida moderna occidental.

Mitjavila (1995) cuando analiza estos cambios toma lo planteado por Foucault, cuando dice:

“...se establece una nueva manera de vincular determinadas experiencias humanas (locura, enfermedad, transgresión de normas, sexualidad), saberes (psiquiatría, medicina, criminología, psicología) y poder (instituciones dedicadas al control individual).” (Mitjavila 1995:21)

En igual sentido, pero ya pensando en cómo se inscriben en el individuo esas configuraciones de saber, Giddens (1992) dice:

“... las instituciones modernas nos obligan a pagar el precio – la represión creciente – por los beneficios que ofrecen. La civilización implica disciplina, la disciplina implica control de los mecanismos internos. Control que para ser eficaz debe ser interno. (...) El “poder disciplinar” produce “cuerpos dóciles”, controlados y regulados en sus actividades e incapaces de actuar espontáneamente a impulsos de deseo.” (1992: 27)

Para ello: "... según Foucault no depende tanto del saber contenido en la medicina, el derecho, la familia y otras instituciones sociales, como de los dispositivos de dominación de los cuales aquellas forman parte." (Mitjavila,1995:21)

Definiendo la palabra dispositivo como:

"conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentadoras, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas (...). El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos" (Foucault en Mitjavila,1995:21)

Asociado a esta idea, está el concepto de poder que no es solo dominación, sino que es mostrado por Foucault como generador; porque se da un juego de tensiones donde se configura el modo de la dominación. Ese juego de fuerzas pasa a ser parte de la sustancia ética del individuo y de esta manera la persona vive en relación con el sistema prescripto de manera implícita y no como una obligación impuesta por la cultura.

"... el poder es un fenómeno de movilización, no un factor que establece límites y quienes están sometidos al poder disciplinario no tienen necesariamente relaciones de docilidad hacia el mismo." (Giddens 1992:27)

Es así que el saber médico se transforma en un agente socializador de la población y siendo el conocimiento profesional lo que le otorga el poder y la autoridad, legitimado por aspectos culturales.

En ese entramado de saber y poder, se inscribe lo que Mitjavila (1992) plantea como proceso de medicalización de la vida social, que lo define como:

"los procesos de ampliación de los parámetros ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradicionales competencias". (1992:37)

Esa legitimidad de la intervención médica está dada según la autora porque:

“... la legitimidad cultural de la medicina descansa en una serie de atributos entre los cuales se destacan el conocimiento y la competencia profesional validadas por la comunidad de pares; el hecho de que esos conocimientos posean fundamentos racionales y científicos; y la orientación del juicio e intervención médica hacia un valor central como la salud. ..., se trata de una autoridad que no se ejerce al margen de la sociedad. Ésta le confiere a la medicina el mandato de diagnosticar, prevenir y corregir conductas desviadas. ... el rol que designa como “empresario moral”: la actividad médica participa en la creación de nuevas reglas que definen la desviación, al tiempo que la práctica médica refuerza esas mismas reglas a través de la identificación y tratamiento de los desviados”. (Mitjavila, 1998: 37)

La autora plantea, la importancia de tener en cuenta los fundamentos de la relación entre el poder y la medicina. Para ella, una fuente es la necesidad de medicalizar aspectos de las condiciones de vida de la población que afectan la reproducción del modo de producción imperante. Otra es, el normalizar conductas desviadas como forma de economizar en los costos de atención médica, cuando se deben absorber los costos por parte del Estado; y la tercera fuente es la legitimación del universo simbólico imperante. (Mitjavila, 1992)

Este marco teórico nos permite destacar elementos que emergen de los discursos durante el debate en el ámbito legislativo de la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, que muestra como se legitima un dispositivo que consolida la idea de DSR en nuestra legislación, pero como parte del Derecho Humano a la Salud. Que de acuerdo a como lo plantea el derecho internacional y actores sociales, la salud sería una dimensión de esos derechos, que son considerados derechos sociales, como ya se expresó.

Los legisladores de la Comisión de Salud ante el plenario de la C.SS., basan sus argumentaciones en la constitución de la República, para justificar su incorporación al derecho a la salud, para dar comienzo a la discusión del anteproyecto de Ley:

SEÑOR DA ROSA.- Señor Presidente: la Comisión se abocó al estudio de este proyecto de ley de la defensa del derecho a la salud se-

xual y reproductiva, en primer lugar, con un criterio objetivo y buscando, por sobre todas las cosas, deponer preconcepciones o criterios que, de alguna manera, pudieran significar afiliarse a tesis o a posiciones exclusivamente dogmáticas y, fundamentalmente, encarar con la racionalidad que corresponde el estudio de una iniciativa como esta, que ha sido presentada por un número importante de Legisladores en el seno del Senado de la República.

En ese sentido, el marco primario que consideramos fundamental a tener en cuenta fueron determinadas normas de la Constitución de la República. El artículo 7º consagra el derecho a que los habitantes de la República sean protegidos en el goce de los derechos a la vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. (...) la norma jurídica reconoce derechos preexistentes de la persona humana y, por tanto, no los está constituyendo o creando. Repito, pues, que la norma dice que los habitantes de la República deben ser protegidos en el goce de esos derechos.

Luego, el artículo 72 de la Constitución establece que la enumeración de derechos, deberes y garantías -hecha básicamente en el artículo 7º, pero desarrollada a lo largo de la Sección II, "Derechos, Deberes y Garantías"- no excluye los derechos inherentes a la personalidad humana y los que deriven de la forma republicana de Gobierno.

Finalmente, el artículo 44 de la Constitución de la República establece: *"El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes"*. (Repartido N° 178 - Tomo 446 – 39º Sesión C.SS.)

Es así que los Legisladores establecen que hay una búsqueda de un bien común, dentro de las normas establecidas y legitimadas por la sociedad a finales de la década del 60. Reafirmando la legitimidad del vínculo entre derecho, salud y desde ahí la construcción de los DSR.

En los discursos aparecen delineados diferentes sujetos de derechos, la búsqueda de la consolidación de los de derechos humanos, cuando se exponen las nuevas realidades sociales siempre se buscan soluciones legitimadas históricamente, desde el control de los cuerpos por el saber médico, mediante el establecimiento de controles y definición de cuales son las conductas propias para los diferentes colectivos, mostrando elementos que se inscriben en procesos medicalizadores e higienistas (Barran, 1995).

Otro aspecto que reafirma lo planteado sobre el poder de la medicina y la legitimación por parte de la sociedad uruguaya, es que en la conformación de la

Ley 18.426 en ambas cámaras, la mirada que dieron los actores que representaban a las organizaciones médicas fueron referidas en las discusiones entre los parlamentarios para realizar modificaciones a la redacción de la ley.

Un ejemplo de ello es lo que expresa la Senadora en la Comisión de Salud de la C.SS.:

“Más allá de que todavía queda por recibir a alguna persona que la Comisión había decidido invitar -que vendría la semana que viene-, quiero destacar muy particularmente algunas sugerencias interesantes realizadas en la sesión pasada -lamentablemente, el señor Presidente no estaba presente-, sobre todo por la Cátedra de Derecho Legal⁷. Por lo tanto, a la hora de ajustar el texto, más allá de que hasta ahora los médicos que han venido han expresado la necesidad de tener una legislación al respecto, deberíamos considerar algunas modificaciones sugeridas -como dije- especialmente por la Cátedra de Derecho Legal, que creo a todos nos parecieron bien interesantes. No sé si en el día de hoy se podría trabajar algo en ese sentido.” (Distribuido N° 1873, 14/08/2007)

En tanto, la sociedad civil organizada que concurrió a presentar sus opiniones en las diferentes Comisiones, es recibida y escuchada, pero sus consideraciones no se ven reflejadas en discusiones a posteriori, ni generan modificaciones al anteproyecto.

Ante las solicitudes de audiencia de las organizaciones sociales, los integrantes de la Comisión de Salud Pública se expresan de la siguiente forma:

“Señor Antía.- Debemos decidir si recibimos o no a las delegaciones, pero en el caso de aceptar la comparecencia, creo que tendríamos

⁷ Se refiere al Director del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina - UdelaR, Dr. Guido Berro.

“La Medicina Legal es una disciplina esencialmente pericial que requiere conocimientos generales de todas las especialidades, además de los específicos de ésta.

No es una disciplina estrictamente terapéutica. El especialista realiza un acto médico con evaluación de la situación, tomando en cuenta el contexto normativo ético y legal.

La formación en Medicina Legal facilitará la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan actuar en todo lo concerniente a lo medicolegal y forense, asesorar a profesionales del ámbito jurídico, legislativo y administrativo, a otros médicos y profesionales relacionados con la salud en general, en los diferentes planos que conllevan a la responsabilidad profesional, así como en lo que refiere a la práctica de peritaciones médicas.

Interviene en las situaciones que demanden conocimientos medicolegales y de ciencias forenses, así como en las instancias que requieran valorar el actuar ético y responsable del equipo de salud. Su campo de acción fundamentalmente será: a) A nivel Judicial, en sus diferentes áreas (como ejemplo: civil, penal, menores, familia y laboral) ya sea como perito o asesor técnico.

b) A nivel de las instituciones de asistencia médica: públicas, mutuales o privadas, de seguros y seguridad social. c) Docencia e investigación. d) Ejercicio libre de la especialidad. “ (Definición de Medicina Legal publicada en el Programa de Formación de Medicina Legal aprobado por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina, Año 2003).

que hacerlo antes de votar el proyecto de ley; de lo contrario, no tendría sentido, puesto que implicaría hacer oídos sordos.

Señora Percovich.- Ya habíamos discutido si la Comisión escucharía a las distintas delegaciones o no, y *habíamos decidido recibir a aquellos que están directamente involucrados en el tema que, en este caso, son los médicos y algunos otros actores*. Al respecto, todas las opiniones que nos han dejado han sido muy importantes y nos han enriquecido a la hora de analizar este proyecto de ley. (...)” (Distribuido N° 1913, 28/08/2007)

Así el análisis del trámite parlamentario de la Ley N° 18.426, deja ver la fuerte impronta que tiene el saber médico no solo en los legisladores por utilizar en sus argumentaciones el consejo de los invitados que pertenecen a las gremiales médicas y juristas, sino que estos últimos también alegan en base a información surgida de revistas científicas o del área de la medicina.

La sexualidad y su medicalización.

La sexualidad y la reproducción, históricamente no siempre tuvieron la misma relación con el saber, de hecho eran vistas como algo natural, sin necesidad de explicación ni estudio. Afirma Foucault que antes del Siglo XVIII, se hablaba de sexo: “Las prácticas no buscaban el secreto; las palabras se decían sin excesiva reticencias, y las cosas sin demasiado disfraz; se tenía una tolerante familiaridad con lo ilícito. [...] los cuerpos se pavoneaban.” (Foucault 1977: 6)

Es hasta la era Victoriana, que comenzó la etapa represiva, este tema pasó a ser un asunto a regular desde el Estado:

“El sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión. Debe ser tomado a cargo por discursos analíticos. (Foucault 1977:17)

“En las postrimerías del siglo XVIII, (...) nació una tecnología del sexo enteramente nueva; (...), escapaba en lo esencial a la institución eclesiástica. Por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse.” (Foucault 1977:69)

En ese devenir histórico, Giddens (1992) propone que hay hitos vinculados a los avances tecnológicos que modifican los comportamientos de los individuos con respecto a la sexualidad, entre ellos se destaca el surgimiento y la difusión

masiva de los anticonceptivos, conjuntamente con las técnicas de reproducción asistida, como hechos que “desanclan” a la sexualidad de la reproducción, así se configuran estilos de vida diferentes y nuevas formas de vivir la sexualidad, desde la idea de libertad y de búsqueda del placer como forma de realización personal.

También, Foucault plantea que aunque creamos que no se habla sobre sexo, es ésta una de las temáticas sobre la que el poder ha invertido más en desarrollar dispositivos para controlar al cuerpo social.

“Y el futuro se preguntará por qué quisimos tanto derogar la ley del silencio en lo que era la más ruidosa de nuestras preocupaciones. Retrospectivamente, el ruido podrá parecer desmesurado, pero aún más extraña nuestra obstinación en no descifrar en él más que la negativa a hablar y la consigna de callar. (...) Y allí donde nosotros vemos hoy la historia de una censura difícilmente vencida, se reconocerá más bien el largo ascenso, a través de los siglos, de un dispositivo complejo para hacer hablar de sexo, (...) para hacernos creer en la soberanía de su ley cuando en realidad estamos trabajados por los mecanismos de poder de la sexualidad.” (Foucault, 1977:94)

Es así, como ya se expresó, la sexualidad deja de ser impulso sexual para transformarse en un constructo social, que según Giddens (1992) es donde comienzan a operar campos de poder. Siendo el leitmotiv de una infinidad de investigaciones, textos, manuales, discursos que la normalizan y establecen comportamientos patológicos, formando parte de los discursos institucionales.

“Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida. En relación con las sociedades que hemos conocido hasta el siglo XVIII, hemos entrado en una fase de regresión de lo jurídico; las constituciones escritas en el mundo entero a partir de la Revolución francesa, los códigos redactados y modificados, toda una actividad legislativa permanente y ruidosa no debe engañarnos: son las formas que tornan aceptable un poder esencialmente normalizador.” (Foucault, 1977:94)

El anteproyecto de Ley 18.426 le impone a los legisladores el hablar o expresar su opinión sobre sexualidad, también adquiriendo significado no solo la explicitación en el discurso, sino cuando emiten su voto aún sin justificación, de esta forma se expresan sobre el lugar de la sexualidad y la reproducción en la sociedad uruguaya que ellos representan.

En la discusión parlamentaria, impresionó el hecho que cada vez que los diferentes órganos del poder legislativo comenzaban a trabajar en el tema surgía la posibilidad de instituir un dispositivo de consulta popular; así según se expresó, sea la ciudadanía quien discuta públicamente del tema:

“... en un tema en el que deben de adoptarse posiciones tan personales, máxime en torno a un derecho fundamental como es el de la Vida, teniendo en cuenta las contrariedades que la doctrina especializada mantiene al respecto. No debería descartarse analizar la posibilidad de recorrer el camino de hacer una consulta a la población "plebiscito consultivo". Para que sea la ciudadanía la que laude una cuestión que en definitiva es; "inherente a la personalidad humana o deriva de la forma republicana de gobierno". (Repartido N° 178 - Tomo 446 – 39° Sesión C.SS.)

Del análisis de los debates se apreció que existe una resistencia explícita a abordar el tema. En diferentes momentos del proceso parlamentario del proyecto de Ley N° 18.426, este planteamiento estuvo presente por considerarse que sus opiniones eran muy personales viciadas por sus concepciones filosóficas e ideológicas y podían no representar la opinión de los ciudadanos que los habían votado. Esto nos introduce, en la forma que históricamente se ha vivido la sexualidad en el Uruguay y su forma abordarlo, así como su vinculación con la esta instancia parlamentaria.

La sexualidad en el Uruguay

A comienzos del Siglo XX, el Uruguay abrazaba los ideales de la modernidad, asociado al modelo de producción capitalista industrial.

Es así que: “la medicalización de la sociedad no es, por tanto, un fenómeno causal, sino uno de los efectos de la consolidación y legitimación de la hegemonía política de la burguesía a partir de la modernidad. Durante la evolución que la ha transformado en clase dominante, la burguesía ha permeado en un sentido instrumental todos los productos de la actividad de los hombres. (...) La ciencia misma fue convertida en un instrumento al servicio de los intereses y objetivos económicos del capitalismo. (Cheroni, 1993:49)

Para controlar el cuerpo social desde el cuerpo, el modelo medicalizador – higienista, toma como valores la prudencia y la moderación. De esta forma se controló las conductas sexuales, que ponían en riesgo a la forma capitalista de

producción, por considerarse un factor que propiciaban los desbordes y perjudicaban la capacidad de trabajo de la población activa.

Según Mitjavila “El higienismo novecentista (...) generalmente localizaba los peligros para la salud en situaciones concretas (el ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, etcétera) consideradas como totalidades en sí mismas e integradas a grandes y generalizadoras estrategias discursivas.” (Mitjavila, 1999:143)

Se buscaba insertar en la sociedad las costumbres burguesas, una moral austera con la idea de control y administración, para que la fuerza de trabajo fuera productiva.

En la idea de higiene se sintetizó un mundo de significados que se extendieron al cuerpo social y al cuerpo individual. Con el objetivo de conservar la salud y perfeccionar a los agentes de acuerdo con el lugar que ocuparan en el modelo de producción. (Barran, 1998; Cheroni, 1993; Porzecanski, 1998; Portillo, 1993)

Como instrumento el matrimonio fue uno de los pilares de control de los cuerpos y de la sexualidad, en especial la de la mujer, por este motivo se transformó en materia de la higiene pública. Vinculado con esto e inscrita dentro de la Constitución, la familia se transforma en la base de la sociedad uruguaya moderna, garante de la propiedad privada, de la ética burguesa y de la acumulación como se plantea desde la teoría social. (Porzecanski, 1998)

De esta forma la sexualidad femenina fue vista como un mal, que comprometía la estabilidad del sistema social. Lo que gestó un modelo público de mujer “desexualizado” vinculado al hogar, la reproducción y sometida a la voluntad masculina. Por otro lado, se instrumentaban mecanismos para que los hombres pudieran liberar su insatisfacción de forma lícita y obtener placer sexual; estos dispositivos basados en la higiene establecieron controles estrictos a los prostíbulos y en especial sobre las mujeres que ejercían allí. (Trochon, 1998)

Al ser un estado laico casi desde sus inicios, los médicos y los profesionales que se generaron para ayudar en la tarea, fueron los que asumieron la difusión de los preceptos de la moral cristiana, en sustitución del cura. Pasando a ser parte de su preocupación, la sexualidad, el matrimonio y la educación de los individuos. De esta manera se busca curar al cuerpo social que estaba enfermo por los vicios y la holgazanería. (Barran, 1995)

Dice Paredes (2003) cuando analiza los cambios demográficos acaecidos en Uruguay de principios del novecientos:

“Una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX...

Impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, (...). Asimismo descubrió la intimidad transformando “la vida privada” —sobre todo de la familia burguesa— en un castillo inexpugnable tanto ante los asaltos de la curiosidad ajena como ante las tendencias “bárbaras” del propio yo a exteriorizar sus sentimientos y compartirlos con el resto al imponer la vergüenza, la culpa y la disciplina. ... Este culto a la salud condujo y a su vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. “(Paredes, 2003:101)

En consonancia con lo dicho, los análisis demográficos desde comienzos del Siglo XX, muestran que Uruguay desarrolló conductas demográficas que lo hacían despegar del contexto del continente, asociándose a la situación europea.

“Uruguay se incorporó rápidamente al circuito de la fase de la globalización que tuvo su auge en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Su integración a este circuito le permitió participar en las rutas del comercio internacional, en las inversiones internacionales y con ellas, también de la inmigración de ultramar. Estos factores se asociaron a otros fenómenos sociales y culturales que influyeron en la temprana incorporación de mentalidades y comportamientos “modernos”, reflejados a su vez en el cambio de la familia, las relaciones entre los sexos y las actitudes frente a la reproducción.” (Cabella et al, s/f: 1)

A medida que avanza el siglo y adaptándose a las nuevas realidades que se daban a nivel mundial, Ortega y Mitjavila (2005), dicen:

“durante el período neobatllista – que transcurre aproximadamente entre los años 1940 y 1960 – se registra un conjunto de transformaciones institucionales significativas ... Se trata de una profunda reorientación en la gestión de lo social que comprende: a) transformaciones en las respuestas so-

ciopolíticas a los problemas sociales, las cuales representan una inflexión en las formas y contenidos del proceso de “higienización” que fuera inaugurado en el pasaje del siglo XIX al siglo XX; b) transformaciones en los modelos etiológicos que organizaron el saber en el campo de la salud; c) cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios, bajo un fuerte influjo de organismos internacionales en la consolidación de los modelos de gestión y en el papel de las diferentes categorías profesionales del campo de la salud, ...” (Ortega y Mitjavila, 2005: 212)

Es a partir de mediados de siglo XX que la demografía detecta que se comienza a dar en el país una conducta denominada “segunda transición demográfica”.⁸ (Cabella, s/f; Pollero, 1998; Paredes, 2003)

Cuando analizan esta realidad, surgen como elementos que contribuyeron al desarrollo de este proceso en la sociedad uruguaya urbana, la fuerte integración de la mujer al mundo del trabajo más allá del hogar; también la consolidación de lo que se dio a llamar “la revolución anticonceptiva”, lo que consolidó el control de la natalidad y así la concepción comenzó a formar parte de las decisiones propias de la vida privada en aquellas familias que esencialmente pertenecían a las franjas de nivel alto y medio de la sociedad uruguaya. Detectándose que en los sectores de población socioeconómicamente bajos y la población rural estos patrones no se cumplían. (Porzecanski, 1998; Trochon, 1998)

En lo que refiere a la sexualidad, Trochon (1998) dice: “Hacia fines de los cincuenta y especialmente en los convulsivos sesenta comenzó una progresiva liberalización en las relaciones sexuales. La noviecita “casta y pura” ya no constituyó un valor homogéneamente reconocido por el conjunto de la sociedad y se hicieron más comunes – aunque aún hoy cueste admitirlo – las relaciones prematrimoniales de las parejas” (1998: 92).

El año 2006, encuentra al Uruguay con una realidad que había evolucionado, como lo expusieron los legisladores a la hora de la presentación del Proyecto de Ley, en consonancia con lo que se diagnosticaba por diferentes organizacio-

⁸ El término segunda transición demográfica fue originalmente concebido por los demógrafos europeos Van de Kaa y Lesthaeghe (1986) para dar cuenta del conjunto de cambios que experimentó la familia occidental desde mediados de la década de 1960.

Estos cambios se resumen en el aumento del divorcio, el descenso de la nupcialidad, el aumento de las uniones consensuales y los nacimientos fuera del matrimonio legal y el registro de una nueva reducción de la fecundidad, cuyo valor tendió a situarse por debajo del nivel de reemplazo.

nes que monitorean la realidad social, la sociedad no estaba hiperintegrada y no era homogénea, sino que ya dejaba ver sus grietas y desigualdades en los distintos sectores de la población.

Mediante la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, se buscó actualizar el marco jurídico que regula el vínculo entre los DSR y la vida cotidiana de los individuos, a la realidad social. De acuerdo con lo expresado, estos cambios se habían comenzado a consolidar desde la mitad de siglo XX; variaciones en la nupcialidad, la pérdida de legitimación del matrimonio como institución para la vida en pareja; la baja de la edad en la iniciación sexual desligada del matrimonio, el crecimiento del embarazo adolescente, el reconocimiento de la existencia de la sexualidad en grupos específicos como las personas con discapacidad, la tercera edad, la homosexualidad como una elección de vida y no como una enfermedad. (Polero, 1998; Paredes, 2003; López, 2006; Abracinskias y López, 2009).

Asimismo el hecho que los conceptos de sexualidad y reproducción tenían un marco legal de nivel internacional ya consolidado, que los definía no de dominio del área de la salud, sino que debían integrar otras áreas para su consolidación. Esto obligaba a buscar mecanismos que llevaran a la mejora de las relaciones sociales y a su vez acompañar la realidad social con las exigencias desde lo internacional, para lograr la emancipación de las personas y en especial de aquellos colectivos a los que no tenían reconocidos sus derechos. (Malet, 2009; Ventura, 2003)

Uno de los aspectos que se destacó en los discursos de los parlamentarios en el estudio del proyecto de ley “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, es que existe en el país una carencia en el abordaje desde los ámbitos de la salud, y también que en la educación sobre los DSR no se han realizado avances efectivos.

Se reconoce desde el Parlamento, que no se tiene capacidad de injerencia directa sobre esta última área, por la independencia técnica que tienen los órganos encargados de la definición de los programas de educación, y por lo tanto se utiliza la herramienta que se posee para comenzar a poner en el tapete público el tema.

A modo de ejemplo se transcriben discursos emitidos en la discusión parlamentaria:

“Es por eso que nosotros hacemos mucho hincapié en que los proyectos que tengan que ver con la salud sexual y reproductiva deben ser integrales, abarcando el ciclo vital completo de hombres y mujeres. A su vez, se deben sostener en dos pilares fundamentales: el educativo -en el que el Parlamento tiene un campo de acción limitado- y el de servicios de salud, que deben ser accesibles y estar dotados de recursos humanos idóneos, a fin de que brinden el asesoramiento y los métodos adecuados.” (Distribuido N° 1160 de la Comisión de Salud Pública, 16/09/06)

“Creo que sigue habiendo una enorme carencia de la sociedad uruguaya detrás de toda esta temática, que es el famoso tema de la educación. Se habla permanentemente -lo he escuchado desde hace muchos años- de la necesidad de avanzar y profundizar la educación en materia sexual, pero no lo vemos en la realidad de la enseñanza. Mi experiencia en pueblos de campaña me indica claramente que el tema educativo es clave, pues los pueblos más aislados son los más problemáticos.” (Distribuido N° 1160 de la Comisión de Salud Pública, 16/09/06)

“Sentimos que no se podrá convencer con ninguna ley; el bache educativo se resuelve orientando y enseñando a los educandos, e invirtiendo en la formación de educadores que no solo consideren estos temas específicos, sino todo aquello relacionado con *el rol clave de las familias, con el respeto a las personas, muy particularmente a las mujeres y sobre todo a las madres*. Si la realidad socioeconómica está por detrás de prácticas que atentan contra la vida humana, tal como dice la nota del señor Presidente, pues allí está una de las prioridades de acción para una sociedad que se considere verdaderamente solidaria.” (Repartido N° 54 - Tomo 88 – 13° Sesión Extraordinaria A.G.)

Otro elemento a destacar de la discusión parlamentaria, es que mientras se proponía abordar el proyecto sobre salud sexual y reproductiva, desde la mirada de crear sujetos de derecho que decidan sobre su cuerpo de forma autónoma el ejercicio de su sexualidad, asumiendo responsablemente las consecuencias de esos actos; la mirada estuvo centrada en la función reproductiva y el lugar que ocupaba en la vida de los individuos, y cuales son las consecuencias que éstos hechos tienen sobre el conjunto de la población. No existieron planteos que hablaran explícitamente en ninguno de los actores que hicieron uso de la palabra, de los elementos que integran el derecho sexual, más allá del acto sexual reproductivo.

Los discursos de los parlamentarios y de los agentes sociales que participaron, en casi su totalidad estuvieron centrados en los capítulos que reglamentaban la interrupción voluntaria del embarazo por la sola voluntad de la mujer, que

luego fueron quitados de la redacción final de la Ley por veto del Poder Ejecutivo. Aunque este hecho fue el foco de la discusión, estos discursos y alegatos dejan extraer parámetros que reflejan la mirada que tenían la sexualidad y su función, dejando a la vista esa importancia de la reproducción en detrimento del tema sexualidad y del placer como un elemento que genera bienestar de forma integral en el individuo.

Una demostración fueron los cambios que se le realizaron al anteproyecto de Ley de “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, cuando proponía en el Artículo 3º (Principios éticos), que: “En materia de sexualidad humana se priorizará la comunicación interpersonal placentera por sobre su función biológica vinculada a la procreación.” (Diario de Sesiones de la C.SS. Nº 93: 9)

Luego de debatirlo en Comisión y llegar al plenario de la C.SS., se establecen acuerdos entre ellos y la modificación que se registra es la equiparación de ambas funciones por considerarse que no se considera correcto que el estado establezca una supremacía de una sobre otra:

Una argumentación expresada en contra dice:

“Parece que es más importante el placer personal que la función biológica de procrear. Sinceramente, no estoy de acuerdo con esto, porque sería una concepción casi hedonista de la materia de la relación sexual. ¡Y vaya si es importante la función biológica de la procreación en un país despoblado como el nuestro! En buenas condiciones, claro, nos parece bien el tema del placer, pero creemos que es más importante lo otro. Lo que no nos parece bien es privilegiar una cosa sobre la otra y decir que este es un principio ético que vamos a imponer a la sociedad uruguaya; francamente, creemos que esto es un exceso.” (Senador Moreira, Diario de 40º Sesión Extraordinaria C.SS. Nº 179)

En este mismo sentido el Senador Gallinal afirma:

“De acuerdo con el título del artículo 3º, “Principios éticos”, daría la impresión de que el Parlamento está en condiciones de imponerle a la sociedad uruguaya un conjunto de principios éticos que son los suyos y que, quizás, disten de ser los de la sociedad, (...) Considero que esto no es ético y mucho menos un principio; por lo tanto, no estoy dispuesto a incorporar bajo ningún concepto, una normativa de estas características que sea guía o rumbo para el transcurso de los próximos tiempos. En todo caso, podría colocarlos en un pie de igualdad y decir que en materia de sexualidad humana se reconoce la función biológica vinculada a la procreación, de la misma manera que se reconoce también la comunicación interpersonal placentera.” (Diario de 40º Sesión Extraordinaria C.SS. Nº 179)

Cuando el debate se traslada a la C.R.R. este debate directamente no se da, sino que el artículo referido es quitado de la redacción definitiva de la Ley, sin discusión por alcanzarse la mayoría para su aprobación.

Ante la supresión de este artículo, la C.SS. retoma la polémica, pero esta vez evaluando cuales son las consecuencias de no tener desarrollado los principios filosóficos que van a guiar al Ministerio de Salud Pública a la hora de establecer políticas públicas en la materia; emitiendo expresiones como las que se transcriben:

“Señor Cardoso: En realidad, entendemos que el proyecto de ley a consideración fue desguazado en la Cámara de Representantes. Sin duda, es muy difícil desconocer que una iniciativa que ha perdido la enumeración de principios -nada más y nada menos- ha quedado inarmónica; lo cierto es que ha quedado especialmente inarmónica, pues ha perdido la clave.

Pero, además, no es correcto que el debate en la otra rama parlamentaria se haya dado a propósito de la mención a lo placentero. Si así hubiera sido, podría haberse votado por literales y suprimido únicamente el punto en cuestión.

Lo que en realidad aconteció fue que se borró de un plumazo todo el artículo 2º, el cual, desde nuestro punto de vista, era uno de los ejes del proyecto de ley.

(...) El otro eje es, justamente, la definición de principios. Aquí se quitaron todos los principios, así como la declaración de que los derechos sexuales son derechos humanos. Todo eso se eliminó del proyecto de ley. Se suprimió el artículo 2º y, con ello, se descabezó la iniciativa. Es probable que no se quiera evidenciar este hecho, debido a un problema del partido de Gobierno, pero esa es la realidad. En todo caso, se trata de un tema político. El partido de Gobierno no logró sostener la votación tratándose del artículo 2º.” (Diario de 57º Sesión Ordinaria C.SS. Nº 253)

Ante esta circunstancia algunos de los legisladores buscan rescatar lo que se conserva de la Ley, se transcribe un extracto de las opiniones emitidas:

“Señora Xavier: (...) En definitiva, esta ley no sólo despenaliza el aborto, sino que también establece un marco para todos los derechos sexuales y reproductivos. No quiero que sigan naciendo niños con sífilis connatal en este país; no quiero que las niñas y los niños no sepan que son dueños de sus cuerpos, cuándo pueden decir sí y cuándo no y, además, con esto y con su autocontrol aprenden a respetar los tiempos y el cuerpo de los demás.

Aunque lamentablemente esta iniciativa no incluya una parte que originalmente contenía, quiero decir que los principios y los valores están insitos en ella y pretenden rescatar, también en este plano, los derechos humanos.” (Diario de 57º Sesión Ordinaria C.SS. Nº 253)

Otro elemento que aparece en el texto de la Ley 18.426, en su Artículo 4º, es el que habilita al MSP a “desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva”, de esta forma hay una búsqueda de controlar conductas, mediante su identificación y protocolización para evitar riesgos en las condiciones sanitarias del país.

De lo expuesto se puede resumir que el eje de las afirmaciones de los legisladores está basado en la primacía y legitimidad que tiene la visión del saber médico en la construcción del orden social. Aunque la normativa es presentada como un cambio de paradigma en la legislación porque se introdujo la idea de derecho humano al tema de los DSR, igualmente por la forma en que se resolvió no deja de utilizarse las fundamentaciones que se asocian a los procesos medicalizadores, que se habían utilizado históricamente.

Los posicionamientos personales, en algunos casos presentaron desacuerdos con artículos tratados, pero legitimaban su voto en la posición de cargo público, con la idea que debían pensar en el bien común.

Lo que coincide con lo expresado por De Martino y Vecinday (2011) cuando dicen que: “... las nuevas formas de gobierno poblacional representan la adopción de una particular forma de comprender los derechos sociales y el compromiso que la sociedad asume para garantizarlos a todos sus miembros en su condición de ciudadanos. Este nuevo arte de gobierno no consiste en aplicar medidas represivas sino en lograr que tanto la disciplina como el control de sí sean interiorizados. (2011: 5)

De hecho la expresión de la necesidad de una consulta popular para legitimar lo que se quiere legislar, coincide con la forma de pensamiento que se lleva adelante desde el gobierno, donde se busca que la población del país se apropien e internalicen sus marcos normativos, para que sus acciones se autorregulen y la presencia del Estado sea reducida a la verificación como forma de optimizar costos. Para ello el instrumento es la identificación de poblaciones que puedan estar en riesgo (De Martino y Vecinday, 2011) y desde ahí trabajar el emponderamiento para que mediante el uso de la información, logren el cambio de determinadas conductas y se constituyan en ciudadanos activos desde el conocimiento de sus derechos.

CAPITULO III

Los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derecho Humano

Como se planteó, los DSR ingresan a la arena política internacional por los movimientos sociales feministas y de homosexuales a mitad del siglo XX, en el Uruguay también fueron grupos específicos los que ponen en el debate público su situación y reclaman las garantías del estado principalmente después del regreso a la democracia a mediados de los años '80, para el reconocimiento del ejercicio de la sexualidad como un derecho humano.

Cuando se habla de los derechos humanos, es referirse a principios que implican el reconocimiento de valores y derechos inherentes y esenciales a los individuos. Que presentan las siguientes características: universalidad, interrelacionalidad, interdependencia e indivisibilidad; preceptos que son tomados por el derecho internacional y luego son reconocidos como norma jurídica por los distintos estados.

Una definición la da desde la sociología Errandonea (1986), él dice que son: "... (como) el conjunto de preceptos ético-jurídicos que una sociedad – o tipo de sociedad – entiende colectivamente como de protección y garantía absoluta a las libertades y derechos individuales que le reconoce a los seres humanos, por el mero hecho de serlos, y más allá de cualquier otra condición."

Desde la teoría del derecho se dice que la consolidación de los Derechos Humanos como norma jurídica, implica la construcción de sujetos, a los que se quiere proteger, pero también se les imponen obligaciones, dado que se los vincula en interacciones sociales que son normativizadas, es decir legitimadas, sancionadas, prohibidas, permitidas, controladas y también se asignan roles, lugares y particularidades de la relación y de esos sujetos definidos como tal.

Dentro de las categorizaciones establecidas para los derechos humanos, los DSR están en igual nivel que los económicos, sociales y culturales. Tienen como característica que su fuente se encuentra en la Constitución del Estado, por lo tanto es éste quien provee las garantías, mediante la distribución de los recursos colectivos para su cumplimiento.

Este tipo de derechos humanos se definen a partir de las desigualdades

que se constatan y se hacen explícitas; de esta forma no solo se reconoce que todos los individuos somos iguales, sino que existen grupos de personas que no están en igualdad de condiciones materiales para ejercer sus derechos naturales. Aunque esa materialización como norma generalmente es parte de un proceso de lucha y enfrentamiento de sectores de la sociedad.

Los derechos sociales, entre los que se encuentran los DSR, no reclaman desvío, omisiones u agresiones de los Estados a los individuos. Dice Correa (2003): "... esta nueva generación de derechos, (...), plantea otra concepción en que los derechos humanos son también referidos a los abusos perpetrados por agentes individuales y privados en esferas de la vida que no son "públicas". Y esta fue una verdadera revolución... que significó la apertura de la esfera privada a la aplicación de derechos y prerrogativas." (2003: 22)

Para la consolidación de las garantías, González Perrett (2010) cuando analiza la práctica del derecho, afirma que: "Muchas veces, el derecho es la única herramienta con que cuentan los grupos excluidos, para exigir condiciones de vida dignas." Es así que justifica el por qué los movimientos sociales han "apostado a la transformación de sus reclamos" en leyes, a los efectos de poder asegurar su exigibilidad y hacer efectivo esos derechos.

Y para el sistema democrático afirma que: "El derecho es reconocido en la actualidad como el garante por excelencia de los derechos humanos de las personas". (2010: 94)

La Ley 18.426 que comienza su trámite parlamentario en el año 2006, tiene como objetivo, según lo expresan los legisladores firmantes del proyecto de defensa de los DSR, que el Estado genere:

"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." (Diario de Sesiones de la C.SS., 2006: 13)

En los discursos impresiona que se da una separación entre la opinión de los legisladores, en general en ambas cámaras las bancadas femeninas coinciden que el proyecto de ley busca consolidar una mirada de la mujer de manera integral.

Pero en cuanto a la mirada masculina, no hay coincidencias, desde sus discursos se hace hincapié en la mujer como madre y no como un ser bio-psico-social, que tiene derecho a ejercer su sexualidad libremente y a elegir la cantidad de hijos y el momento en que quiere tenerlos de acuerdo con su cultura y sin sufrir coerciones, como surge de las definiciones que utiliza el proyecto.

A modo de ejemplo se transcribe lo expresado en una sesión donde se analizó el proyecto de ley:

“Señora Argimon: - (...) las legisladoras del Partido Nacional acompañamos el informe de nuestros dos Representantes en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, pero queremos dejar una constancia que, en definitiva, parte del absoluto convencimiento de la necesidad de expresar, a través de una ley, los derechos sexuales y reproductivos.

Consideramos que los derechos sexuales y reproductivos deben estar establecidos por ley, no solo a efectos de acompañar las medidas internacionales que ratificamos, sino como forma de que el legislador pueda hacer un seguimiento de que los distintos gobiernos, con independencia de los colores de turno, respeten estos preceptos. ...

Pero, como hemos tenido nefastas experiencias, *como hemos visto interrumpidos muchísimos programas que tenían que ver con la paternidad y la maternidad responsables, con la información de los métodos de anticoncepción y el acceso a todos ellos, entendemos que todo aquel programa que contenga estas medidas debe contar con nuestro voto. (...)*” (Diario de 69º Sesión C.RR. N° 3546)

“Señor Botana.- (...) Este proyecto de ley es sobre el aborto; lo otro es un envoltorio, un lindo envoltorio, pero envoltorio al fin; es aquel terroncito de azúcar que nos daban cuando nos iban a dar la vacuna en la escuela. Es más: sorprende, señor Presidente, *que todo esto otro haya que legislarlo en el país para que se practique, y que todo esto que envuelve a esta iniciativa tenga que ser transformado en norma jurídica para que sea práctica habitual y obligación de los médicos y de las empresas médicas.*

Para mí, como legislador, este es el asunto más simple que me toca afrontar en este período; tal vez sea el más delicado, pero sin duda es el más simple.

No tengo dudas entre la vida y la muerte. (...)” (Diario de 69º Sesión C.RR. N° 3546)

También hay un reconocimiento por parte de algunos legisladores de la situación de desigualdad en que se encuentran las mujeres de la población, por ser mayoría hombres los integrantes del Parlamento. Reconocen que la función que cumplen es pública, por lo tanto les exige el tener que ponerse en lugar de las mujeres a las que representan por su cargo.

Expresándose en estos términos:

“ (...) En efecto, estamos aquí reunidos en un Cuerpo integrado mayoritariamente por hombres, decidiendo acerca de un proyecto de ley que irremisible, ineluctable e incontrovertiblemente no nos afecta en forma principal a nosotros como Legisladores varones, sino a esa mayoría de la sociedad constituida por mujeres, que en esta votación son -quizás esto no sea ninguna casualidad- minoría absoluta. Estamos, señor Presidente, nos guste o no, administrando un capital ajeno. Podemos disfrazar ese hecho de mil maneras distintas; podemos manejar, según sea nuestra posición al respecto, los porcentajes de mortalidad materna como consecuencia de abortos realizados en condiciones inapropiadas o hablar, (...), pero en todos los casos, *lo asumamos o no conscientemente, estamos nosotros, los Legisladores hombres, decidiendo en abstracto sobre lo que es en concreto una realidad a la que solamente, y solas, se deben enfrentar las mujeres.*” (Diario de 39º Sesión Ordinaria C.SS. Nº 178)

Igualmente mediante la Ley 18.426 de “Defensa de Salud Sexual y Reproductiva”, el Poder Legislativo y luego con su ratificación por el Ejecutivo, se reconoce por parte del Estado uruguayo que la sexualidad es un derecho humano de la población. De esta forma se busca asegurar la construcción de un ciudadano activo, teniendo en cuenta las diferencias, donde el principio de libertad impere por sobre todas las cosas.

La universalidad del derecho sexual considera seres heterogéneos con identidades sociales complejas y múltiples, que son agentes de sus trayectorias y donde su sexualidad es una categoría más entre las categorías como clase, raza, etnia, edad, entre otras. (Valladares, 2012)

Es así que para dar cumplimiento con el objetivo planteado de la universalidad se incluyó una modificación al Código de la Niñez y la Adolescencia, se reconoce la salud sexual en los niños, niñas y adolescentes, ésta debe asegurarse con la inclusión en los servicios de salud, valorando la autonomía progresiva de los mismos y brindándoles información para que se transformen en sujetos de derecho.

En la votación en general en ambas cámaras, no se presentaron objeciones explícitas a reconocer la sexualidad como un elemento esencial de la vida de todos los niños, niñas y adolescentes del Uruguay.

En cambio se plantearon desacuerdos sobre los elementos que deben darse para reconocer esos derechos, no solo en la población de niños, niñas y adolescentes, sino también para los discapacitados cuando se realiza la discusión en

particular de los artículos, por considerarse que no se tomaba en cuenta la opinión de la familia, cuando en el Capítulo I se analizaron los principios rectores y los éticos, que regirían las intervenciones del sistema de salud en la consulta de los servicios de salud sexual y reproductiva, y también cuando se plantea la confidencialidad en la consulta y el respeto de la autonomía de acuerdo con sus capacidades. En sus alegatos afirmaban que la Ley contradecía los derechos constitucionales otorgados a las familias como elemento básico de constitución de la sociedad.

Se transcribe una parte del informe confeccionado por la Comisión de la C.R.R. que analizara el Proyecto de Ley, que ejemplifica lo dicho:

“Con referencia a los artículos 12 y 13 del mencionado proyecto que tratan el consentimiento de niñas y adolescentes, los legisladores firmantes entienden que la norma es absolutamente improcedente porque a nuestro criterio no sigue los principios generales establecidos por el Código Civil en esta materia.- *Para nosotros no se puede obrar con el consentimiento de la persona menor y solamente con el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales. Como expresaríamos, para nosotros rigen los principios generales del Derecho Civil en cuanto a la tutela, curatela y patria potestad.*” (Diario de 39º Sesión Ordinaria C.SS. N° 178)

De los discursos también se desprenden objeciones al proyecto por considerarse que la normativa lesiona en parte los DSR de los hombres, dado a que en el capítulo I, hay un artículo que refiere que el MSP debe implementar acciones para que los hombres participen en la prevención de la salud sexual y reproductiva de la mujer; así como en el capítulo II, que luego es quitado, cuando habilita a la mujer a la interrupción del embarazo por su sola voluntad.

Esta situación es vista como que lesiona la universalidad que se plantea al hablar de los DSR como Derechos Humanos, por juzgarse que el varón ve lesionados sus derechos y que la ley sería una defensa solo del derecho a la mujer.

Aunque en el análisis de los discursos emitidos durante el trámite parlamentario, el centro de la discusión estuvo dado por la búsqueda de la equidad y la diversidad desde lo sexual. Para las argumentaciones se utilizaron estereotipos, en las referencias a la mujer en general, se delinea una mujer pobre con bajo nivel de estudio, con una cobertura de salud débil, que por lo general es jefa de hogar monoparental con menores a cargo, sin o con inserción laboral inestable, con

inestabilidad de pareja sexual y sin alusión expresa pero utilizando parámetros en la ejemplificación que hablan desde lo urbano.

En tanto el modelo de hombre que sobresalió fue el de “reproductor”, que no se responsabiliza de las consecuencias de su conducta sexual o el agresor de la mujer y niños, pero también la imagen se centró en el rol que adquiere el hombre en la reproducción. Se construye el vínculo hombre – mujer desde la idea de la función reproductiva y no desde una búsqueda de bienestar, en una relación placentera basada en la libertad de elección y donde ambos se vinculen desde una idea de igualdad.

Durante las discusiones parlamentarias del proyecto de la Ley 18.426, no se hizo referencia directa al derecho sexual y reproductivo del grupo de población homosexual, que históricamente fue uno de los grupos que promovió y presionó para que en Uruguay se legislara sobre esta temática.

En resumen desde esos discursos, se establece que el Estado debe tomar acciones para proteger a la mujer en el rol reproductivo, no habiendo referencia directa a la libertad que tiene la mujer para elegir sobre su cuerpo y su sexualidad.

De esta manera impresiona desde el discurso parlamentario que aunque la Ley busca la integración de la totalidad de los individuos que viven en el país, la heterogeneidad inclusiva que plantea la idea del derecho sexual como derecho humano, no se ve reflejada, para poder decir que en Uruguay se comienza a pensar desde un paradigma de la diversidad, donde los individuos a partir del manejo de la información de forma eficiente logren definir un estilo de vida sin coerción o coacción.

CAPITULO IV

Consideraciones finales.

En el desarrollo del trabajo se buscó estudiar el proceso parlamentario que configuró la Ley 18.426 de “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, que llevó adelante desde mediados del año 2006 a finales del año 2008, los elementos que se desprendieran de los discursos de los legisladores donde se pudiera analizar la construcción que se realiza de dichos derechos como derechos humanos, vinculándose al proceso de medicalización social.

Como ya se expresó, desde las organizaciones internacionales y las nacionales se ejercía presión al Estado uruguayo para que se generaran reglamentaciones específicas de las distintas declaraciones internacionales que reconocían los DSR como derechos humanos y que habían sido refrendadas en la década de los 90.

Fue hasta el año 2006 que este proceso logró consolidarse, para ello se destacan algunos factores que a nivel social y político que actuaron favorablemente para su desarrollo. La consolidación de cambios en los patrones sociodemográficos y culturales de la vida cotidiana de los individuos, consideradas de la vida privada y que se venían configurando a lo largo del tiempo, pero que con la apertura a la democracia emergieron a lo público de la mano de grupos sociales organizados o de instituciones públicas que denunciaban que se daban omisiones y en algunos casos violaciones vinculadas a los DSR, que cercenaba la posibilidad de ejercer una ciudadanía plena en ese aspecto a sectores de la población, como eran mujeres de nivel socioeconómico y educativo deficiente, niños, niñas, adolescentes, discapacitados, homosexuales y tercera edad. Estas inequidades llevaban a que las demandas exigieran las garantías legales que los consolidaran como sujetos de derechos.

En lo político en el año 2004 se dio un cambio de las elites de gobierno, con el acceso a éste del partido político de izquierda. Teniendo dicho partido la mayoría parlamentaria simple; también en ambas cámaras aumentó el número de mujeres legisladoras con respecto a períodos anteriores. Es importante señalar que muchos de ellos eran activistas sociales de larga data, en algunos casos integrantes o participaban de las organizaciones que defendieron históricamente los DSR, lo que propició la introducción del tema en la agenda parlamentaria, y el

logro de los consensos necesarios para que la iniciativa esta vez siguiera el curso hasta llegar a ser promulgada como Ley y no tuviera el final de otras anteriores, que en algunos casos no había llegado a su discusión en sala.

En el tratamiento del proyecto que se consolidara como la Ley 18.426, el comportamiento de los legisladores fue independiente, no se ejerció desde los partidos el instrumento de la “disciplina partidaria”. En todas las instancias parlamentarias los votos se justificaron por las concepciones filosóficas que defendía cada individuo.

Estando tan dividida las opiniones sobre el tema de los DSR en el parlamento como en la en la sociedad. En la lectura de los discursos impresiona que en los Legisladores hombres un número alto de ellos buscan mecanismos para no emitir opinión explícitamente, proponiendo la consulta popular como forma de resolución del tema. Este hecho puede tener múltiples explicaciones entre las que se encuentran: buscar el menor costo político, por ser un tema que transversaliza y polariza la opinión de los ciudadanos y su discusión se dio hasta próxima al comienzo del período pre-electoral. Pero también el considerar el tema como del ámbito de la vida privada de la población y de la que cada individuo debe hacerse cargo, configurándose así como un tabú social el abordarlo en lo público y mucho menos el legislar para establecer patrones de conducta.

En cambio desde las bancadas femeninas la mayoría de los votos fueron afirmativos a la Ley por considerarse una necesidad para comenzar a instrumentar dispositivos que disminuyan la brecha que existe actualmente para determinados sectores de la población y que se ha detectado que afectan el libre ejercicio de los derechos con respecto a lo sexual y reproductivo, generando cambios en la estructura social, como lo explicitan diferentes estudios y que se describieran anteriormente.

La redacción inicial del anteproyecto de Ley de “Defensa de la salud sexual y reproductiva”, fue un conceso entre las organizaciones sociales y el partido político de gobierno, conteniendo capítulos referidos a la interrupción del embarazo por la sola voluntad de la mujer, la libertad de conciencia de la corporación médica para realizar dicho acto y además la modificación del Código Penal donde se establecía el aborto como delito. Dicho articulado fue sacado de la redacción final por haber sido vetados por el Poder Ejecutivo en una primera instancia de aprobación.

También en dicho texto inicial, que consolida esos derechos como derechos humanos en el país, contenía artículos en su Capítulo I, que planteaban cuáles iban a ser los principios rectores filosóficos y éticos que serían la guía de las políticas sociales que instituiría el Estado uruguayo por intermedio del MSP. Inicialmente, fueron objetados por un número elevado de legisladores y por las organizaciones que concurrieron como invitadas a las diferentes instancias. Estando el punto centrado en el hecho que inicialmente se establecía que la comunicación interpersonal placentera era prioritaria por sobre la función biológica para la procreación. Expresándose que estipular esto era entrometerse en la moral privada, estableciendo conceptos que no se ajustaban a la ética que el Estado debía definir para el tema por su calidad de laico.

Finalmente fue resuelto sacarlo del texto definitivo de la ley en una instancia de la C.RR., sin debate y por mayoría simple. Hecho que según los Senadores comprometía la calidad de la ley que se refrendaría posteriormente, dado que no se delimitaban claramente cuáles eran los fines últimos a los que se quería llegar y cuál era el lugar de la sexualidad con respecto a la reproducción en los dispositivos que se generaran a partir de la ley 18.426.

Esos cambios efectuados a la redacción original del anteproyecto, se pueden considerar como un vacío que contiene la ley, el marco filosófico era lo que le daba sustento y definía a los Derechos Sexuales en esencia, eran la transcripción de conceptos emanados de las diferentes Convenciones que rigen el orden jurídico internacional. Con la forma que tomó la Ley 18.426, la definición de los DSR queda librada a las estructuras filosóficas de los integrantes del MSP que deban instrumentar la reglamentación de la misma, de esta forma no se asegura el cumplimiento de lo establecido internacionalmente y la estabilidad de los conceptos en el tiempo, por depender de las reglamentaciones ministeriales.

Como consecuencia de lo anterior, en el texto definitivo hay una referencia a los derechos sexuales, pero sin definirlos explícitamente. De esta forma, se considera que los legisladores construyeron una Ley de “Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva”, donde el énfasis está en la reproducción biológica de la sociedad y sus consecuencias, no así en el rol de vivir una sexualidad de forma libre y con responsabilidad sobre sus actos; donde prime el respeto a la diversidad, y que toda persona pueda procurar la satisfacción sexual en todo momento de su

vida según su nivel de desarrollo personal, idiosincrasia y valores, mientras no lesione el derecho de los demás.

Se establece que el Estado deberá delinear intervenciones que aseguren a la totalidad de la población del Uruguay, las condiciones óptimas para la reproducción y donde la sexualidad fue representada desde los discursos como el acto sexual únicamente y no como lo define la WAS en su declaración sobre los derechos sexuales, que dice: “la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. (...) derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.”

Mostrando una forma de pensamiento medicalizador, aunque no en un carácter estricto, sino que conservando algunas características que se enfrentan a las que hacen referencia a la idea de libertad de elección tanto para hombres y mujeres sobre su cuerpo, como una manera de vivir su salud sexual y reproductiva buscando una realización personal desde el manejo de la información. Pero igualmente se distinguieron un número alto de opiniones que se siguen centrando en el disciplinar esos cuerpos en torno a la reproducción biológica y la sexualidad subordinada a este fin, mediante estrategias planteadas desde la medicina.

La mirada desde la medicina y emitida por las gremiales médicas fueron legitimadas por las argumentaciones de los legisladores, también por la sociedad civil organizada que participó del debate parlamentario y por los juristas que concurrieron a dar su opinión.

Otro hecho que denota el carácter medicalizador de la Ley es que establece, que de ser necesario el MSP debe instrumentar mecanismos de vigilancia epidemiológica, es decir identificar y monitorear aquellos grupos de personas que ponen en riesgo la salud en general del resto de la población por su conducta con respecto a la sexualidad y la reproducción y así imponer acciones que modifiquen conductas que se consideren lesivas a los derechos de los otros habitantes del país.

En la redacción y discusión de la Ley se destacan dos elementos para el cambio de la conducta de los individuos: uno es el mecanismo de difusión mediante la promoción y emponderamiento por parte del MSP. El otro es la educación, que es presentada desde los discursos como una debilidad, en virtud que en el Uruguay es el organismo descentralizado especializado quien establece cuales son las temáticas para trabajar en los programas que luego se desarrollan en los

centros educativos en de diferentes niveles; y hasta el momento en que la ley se confecciona no se trabajaba seriamente el tema de los DSR, sino que la mirada es biologicista, centrada en la anatomía y fisiología humana.

El concepto de salud que se expone cuando se presenta la ley al parlamento, tomada de la OMS, implica pensar no solo en el cuerpo físico, debe incluirse el aspecto psicológico y social del sujeto, desde la idea de equilibrio e integralidad, concepción que no es utilizada en los discursos explícitamente. El concepto asocia la ausencia de enfermedad, con el logro de una satisfacción subjetiva.

Un ejemplo es el caso de la mujer, que en el debate de la Ley 18.426 se la presenta en su rol de madre y sus deberes como tal, primando la idea de responsabilidad hacia los otros, incluyendo la sociedad y su trascendencia, pero no la posibilidad de ejercer la autodeterminación de su cuerpo sin estar al servicio de la misma, donde no aprecia la posibilidad de vivir la sexualidad por el mero hecho de experimentar placer.

Desde la posición del DSR como derecho humano se plantea que la sexualidad en el ser humano es una parte integral de la personalidad más allá de las necesidades biológicas. El considerar al ser humano como un ser bio-psico-social lleva a que se deba pensar, que su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

En resumen con la Ley 18.426 – “Defensa de la salud sexual y reproductiva”, la sociedad uruguaya buscó actualizar parámetros que se consideraban compartidos por la mayoría de la población. Se llevó a la discusión pública los conceptos de sexualidad y el lugar de la reproducción para nuestra sociedad, aspectos que se habían configurado históricamente como del ámbito privado, iniciativa que condice con la una nueva forma de pensar internacionalmente y que aunque con algunas presiones hemos adoptado, que es sustentada desde la teoría de los Derechos Humanos.

Igualmente, desde el inicio se constata que para abordar el tema de los Derechos Sexuales y Reproductivo se lo hace asociándolos a la idea de salud, buscando la instauración de dispositivos innovadores desde una metodología que se utilizaba en el Uruguay a partir de que abrazó la concepción moderna de desarrollo, cuando se buscaba dominar los cuerpos para liberarlos de la enfermedad y

que se ha ido adaptando a los cambios en el pensamiento social, pero sin perder legitimidad.

Durante la elaboración de la redacción definitiva, los legisladores a partir de los dichos que quedaron registrados en actas, dejan entrever conceptos que se asocian a viejas formas de pensamiento, ligadas a la medicalización social y aunque se utilizaba los términos que se manejan en la actualidad desde nuevos paradigmas, en sus diálogos no mostraban el tener integrados su conceptualización, sino que explícitamente mostraban las viejas estructuras de pensamiento.

El concepto de bienestar integral del individuo, es compartido unánimemente, pero cuando se piensa en sexualidad, ésta no trasciende el hecho físico en sí y la idea de placer o de búsqueda de placer es evitada de tratar por los legisladores. La expresión sexual emocional como lo dice la declaración universal de los derechos sexuales no es considerada dentro de los elementos que constituyen la integralidad reclamada desde la sociedad.

La ley busca modificar desde la educación en salud comportamientos de determinados grupos sociales, que son considerados en riesgo social, para evitar epidemia de enfermedades de transmisión sexual, es decir se pone énfasis en la prevención y la cura. También aumentar y volver eficiente el control de Estado, que en la actualidad fue presentado como deficiente en temas vinculados a la sexualidad y no tanto a lo reproductivo.

Así se puede decir que la Ley 18.426 “Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva”, fue de hecho un hito en la historia uruguaya, porque instauró en el debate público un tema que venía siendo tratado desde diferentes lugares pero con éxitos relativos. Significa avances para la construcción social acorde a nuevas realidades, pero igualmente el dispositivo aún continúa atado a la idea de disciplinamiento del cuerpo de las personas en determinados aspectos vinculados a la sexualidad y a su ejercicio.

Este consenso inicial da seguridades, por ser un instrumento que reconoce que existen sujetos de derecho en el tema sexualidad y reproducción, habilita a ejercerlos dentro de las responsabilidades que se determinan a la totalidad de población del país, y desde ahí construir ciudadanos activos en el tema sexual y reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

ABRACINSKAS, LILIÁN.; LÓPEZ GÓMEZ, ALEJANDRA (2009) Uruguay: la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En Derechos Humanos en el Uruguay – Informe 2010. Montevideo. Serpaj.

ABRACINSKAS, LILIÁN.; LÓPEZ GÓMEZ, ALEJANDRA (Coord.). (2009) Informe 2009 / Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo. UNFPA.

AMORIN, DAVID, ET AL. (2008) El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la violencia Basada en el Género, en el contexto de la reforma del Sistema de Salud en Uruguay. Montevideo. M.S.P. / PNSMG.

AQUIN, NORA. (2008). Situar las prácticas, pensar las prácticas. En Revista Escenarios N°13 – Año 8. Facultad de Trabajo Social de la Universidad de La Plata. Ed. Espacio.

BARRÁN, JOSÉ PEDRO. (1995) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.

BARRÁN, JOSÉ PEDRO; CAETANO, GERARDO Y PORZECANSKI, TERESA. (Comp.) (1998) Historia de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920 - 1990. Ediciones Santillana S.A. Montevideo.

BERGER, PETER; LUCKMAN, THOMAS (1972) La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu Ed.

BRANDAO, HELENA (2004) Introdução à análise do discurso. Editora da Unicamp, Campinas. R.S.

CABELLA, WANDA; et al (s/f) De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. Disponible en <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Art%C3%ADculo%20Cabella%20et%20al.pdf> (07/08/13).

CHERONI, ALCION (1993) Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay. En La medicalización de la sociedad. Editorial Nordan Comunidad. Montevideo. Pp. 47-62.

CLADEM. (2002) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico Nacional y Balance Regional - 1995- 2002. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/disenio_final_guia2.pdf (19/07/13).

CORREA, SONIA (2003) Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política. Aportes al Debate. Montevideo. MYSU.

DE MARTINO MONICA, BENTURA CELMIRA, MELGAR ALEJANDRA. (2006) Tendencias actuales en el Trabajo Social uruguayo. Hacia un campo profesional envejecido. En Catálisis V. 9. Florianópolis. S/Ed.

DE MARTINO, MONICA; VECINDAY, LAURA (2011) Las nuevas formas de gobierno poblacional. Sobre individualización e ingeniería social. En Revista Fronteras. Número Especial 2011. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Pp. 19-27. FCS.

FASSLER, CLARA; HAUSER PATRICIA, IENS INES (Coord.) (1997) Género, Familia y Políticas Sociales. Modelos para armar. Montevideo. Ed. Trilce.

FOUCAULT, MICHEL. (1977) Historia De La Sexualidad I. "La Voluntad de Saber". Siglo XXI Editores, s.a. de c.v.

_____. (1994) Estrategias de poder. Ed. Paidós, Barcelona.

_____. (2004) Nacimiento de la Biopolítica. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

FREIDSON, ELIOT. (1978) La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona. Ed. Península.

GIDDENS, ANTHONY. (1992) La Transformación de la Intimidad: Sexualidad, Amor y Erotismo en las Sociedades Modernas. Madrid, Ed. Cátedra S.A.

_____. (1995) Modernidad e identidad del yo, Barcelona, Península.

GONZALEZ PERRETT, DIANA. (2010) Derecho, Poder, Género encontrando miradas. En Espacio Abierto. Montevideo. Pp. 92-97. CIEJ – AFJU

GÜIDA, CARLOS (Et. Al.) (2007) De paternidades y exclusiones. Montevideo. Ed. Trilce.

LANZIANO, WASHINGTON. (1998) Derechos Humanos. Montevideo. s/Ed.

LOPEZ GOMEZ, ALEJANDRA (Coord.) (2006) Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población Uruguaya. Montevideo. Ed. Trilce.

LÓPEZ GÓMEZ, ALEJANDRA; ABRACINSKAS, LILIÁN.; FURTADO MAGDALENA. (2009) Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. Montevideo. UNFPA.

MALET VAZQUEZ, MARIANA. (2009) Vicisitudes de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18.426 de 1º de diciembre de 2008) en Tribuna del Abogado N° 161, Separata Vademécum del Abogado 2009. Montevideo. Colegio de Abogados del Uruguay. Pp. 8-11.

MENENDEZ, EDUARDO. (1984) Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. En Revista Paraguaya de Sociología, Año 21 No. 61. Pp. 153-170.

MITJAVILA, MYRIAM. (1992) Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización. En Cuadernos del CLAEH N° 62. Montevideo. Pp 37-45.

_____. (1995) Individuo, saber y modernidad: una comparación de enfoques. En Anuario de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Pp. 18-26. FCU.

_____. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. En Documento de Trabajo N° 33. Montevideo. FCS-DS.

_____. (1999) "O risco e as estrategias de medicalizapao do espaço social. Medicina familiar no Uruguai (1985-1994). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de Sao Paulo. Sao Paulo. En ORTEGA, ELIZABETH. (2008a) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo. Ed. Trilce.

_____. (1999) El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad. En Revista de Ciencias Sociales N° 15 Año 12. Montevideo. FCS - Dpto. de Sociología.

_____. O risco como recurso para a arbitragem social. En Tempo Social; Revista de Sociología USP, Sao Paulo, 14 (2). Pp.129-145.

ORTEGA, ELIZABETH y MITJAVILA, MYRIAM. (2005) El preventismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay

neobatllista: una indagación genealógica. En Revista Katálisis, vol.8, núm 2, Julio –Diciembre, Florianópolis. Ed. Universidade Federal de Santa Catarina.

ORTEGA, ELIZABETH. (2008a) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo. Ed. Trilce.

_____. (2008b) Prácticas, Instituciones, profesiones. Dimensiones del primer proceso de profesionalización del servicio social en Uruguay. En Revista Escenarios N°13 – Año 8. Facultad de Trabajo Social de la Universidad de La Plata. Ed. Espacio.

PAREDES, MARIANA. (2003) Trayectorias reproductivas, relaciones de género, y dinámicas familiares en el Uruguay. Disponible en <http://ddd.uab.cat/record/36591> (19/07/13).

PELLEGRINO, ADELA. (1998) Vida conyugal y fecundidad en la sociedad Uruguay del Siglo XX: una visión desde la demografía. En Historia de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920 - 1990. Ediciones Santillana S.A. Montevideo. Pp. 105-133.

PORTILLO, JOSÉ. (1993) La Medicina: el imperio de lo efímero. En La medicalización de la sociedad. Editorial Nordan Comunidad. Montevideo. Pp. 15-36.

PORZECANSKI, TERESA. (1998) La nueva intimida. En Historia de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920 - 1990. Ediciones Santillana S.A. Montevideo. Pp. 329-355.

RAMIREZ, LORENA. (2008) Tensiones, contradicciones y perspectivas en los procesos de medicalización de la maternidad. Tesis de Grado. Biblioteca Facultad Ciencias Sociales. Montevideo.

SAUTU, RUTH et al. (2005) Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Títulos del Campus Virtual. Buenos Aires. CLACSO Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/campus/metodo/metodo.html> (06/10/2012).

SERNA, MIGUEL et al. (2011) Antes y después de la Izquierda: Cambios recientes en la composición de la elite política uruguaya. En El Uruguay desde la Sociología. Montevideo. UR.FCS-DS

SILVA FORNÉ, DIEGO. (2010) De las buenas costumbres a la libertad sexual aportes para una lectura del Código Penal a través de los derechos

sexuales y reproductivos. En Espacio Abierto.. Montevideo. Pp. 98-103.
CIEJ – AFJU

TROCHON, YVETTE. (1998) De grelas, cafishios y piringundines... En Historia de la vida privada en el Uruguay. Individuo y soledades 1920 - 1990. Ediciones Santillana S.A. Montevideo. Pp. 63-102.

VALLADARES, LOLA; et al. (2012) Derechos sexuales. Disponible en <http://semp.co/convencion/wp-content/uploads/2012/05/Lola-Valladares.pdf> (20/04/2013).

VENTURA, MIRIAM. (2003) Dilemas y desafíos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. En 1er. Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Montevideo. Fac. Psicología – UdelaR.

FUENTES DOCUMENTALES.

Asuntos del Parlamento Nº 29.685

Declaración Universal de Derechos Humanos.

Decreto – Ley que reglamenta la Ley 18.426

Iniciando un camino. Curso de capacitación en Salud Sexual y Reproductiva – Proyecto Maternidad Paternidad Elegida. MSP.

Ley 18.426 de la República Oriental de Uruguay

Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer. (1995). Beijing.

Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. (1994) Editado por Naciones Unidas. Estados Unidos.

Declaración Universal de los Derechos Sexuales, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (<http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/18-A-1.pdf>)

ANEXOS

Anexo N°1 – Extracto del Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores N° 93. Tomo 432.

Anexo N°2 – Ley 18.426 - “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”.

Anexo N°3 – Asunto Parlamentario N° 29.685.