



Experiencia feminista de acompañamiento en Aborto en Uruguay

**Informe y análisis de la atención en la “Línea Aborto
Información Segura”
(2015-2020)**



Marzo 2021, Montevideo, Uruguay.

Meeh. Colectiva Feminista “Mujeres en el Horno”

Web: www.mujaresenelhorno.org

Contacto: contacto@mujaresenelhorno.org

Redacción del informe:

Mag. Lic. en Psicología, UdelaR, Dayana Curbelo

Lic. en Ciencia Política, UdelaR, Isabel Cedrés

Agradecimientos

Agradecemos a todas las compañeras que han apoyado distintos procesos de aborto. Gracias por sus desvelos, por su compromiso, por priorizar la atención de la línea en todos estos años. A todas aquellas que de distintas formas dieron sus horas a este proyecto feminista y colectivo de transformación cultural, intentando compatibilizar las múltiples tareas y roles que este sistema carga de forma desigual sobre nuestras vidas, el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado, los cuidados, el amor y el acompañamiento, el estudio y la militancia. Esto no hubiera sido posible sin el compromiso político de todas quienes formamos y formaron parte de MEEH.

También agradecemos especialmente al Fondo de Mujeres del Sur y a todas sus integrantes, por haber seleccionado nuestro proyecto, lo cual nos permitió llevar adelante la sistematización de los datos y realizar este informe. Las alianzas entre colectivas feministas son especialmente relevantes en un contexto latinoamericano donde el movimiento feminista se encuentra luchando por el derecho legal y seguro al aborto, consiguiendo grandes victorias como la aprobación de la ley en Argentina. Sin embargo, aún queda camino por recorrer tanto en los países que han logrado garantizar los derechos a través de la legislación como los que aún no. La muerte de una adolescente de 14 años en nuestro país, en el mes de diciembre de 2020, por mala praxis en un aborto realizado en el marco de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay, visibiliza de forma muy lamentable la inadecuación de cualquier marco normativo, cuando no existe un compromiso social y político real con las leyes que nos rigen a todes.

Contamos con la fuerza y la memoria de las innumerables luchas que dieron y darán muchas compañeras, con la crítica y la construcción constante que los feminismos tienen como génesis y futuro. Nuestros cuerpos, los cuerpos feminizados, siguen siendo objeto de múltiples violencias. La sexualidad y la reproducción han sido procesos a través de los cuales muchas de estas violencias se manifiestan, se hacen explícitas y se sostienen a lo largo del tiempo. Identificar bajo qué formas se expresan, encontrar los móviles de esas violencias, revelarlas cuando parecen invisibles, además de sostener y promover procesos de



autoconciencia y de autonomía en derechos sexuales y reproductivos, son nuestros objetivos políticos.

A ellas, a quienes consultaron y consultaron a la línea, gracias. Sus relatos, necesidades, dudas, inquietudes y angustias, pero sobre todo su confianza en nosotras, nos han motivado, movilizadas e invitadas a reconstruirnos, a buscar alianzas, evaluar nuestras prácticas y crecer colectiva e individualmente.

Mujeres en el Horno.

Marzo de 2021.

Índice

1. Introducción	6
Presentación Mujeres en el Horno. Colectiva Feminista.....	7
Objetivos y metodología del informe	9
Los derechos sexuales y derechos reproductivos	10
Aborto desde una práctica política feminista	11
2. Aborto en Uruguay.....	13
Marco regulatorio y procedimiento del aborto en Uruguay.....	13
En Uruguay el aborto sigue siendo un delito.....	17
3. Sistematización de Línea Aborto Información Segura	20
¿Quiénes son las personas que nos llaman?.....	21
4. Barreras en el acceso al Aborto en Uruguay.....	27
Semanas de gestación	28
Estatus migratorio: mujeres migrantes en Uruguay.....	29
Accesibilidad geográfica y económica.	31
Acceso a la información	33
Maltrato en el servicio.	35
Objeción de conciencia.....	38
Demora en los plazos de la ley.	39
Situaciones de violencia.....	40
5. Reflexiones colectivas.....	41
Bibliografía.....	43

1. Introducción

Este informe tiene como objetivo describir el trabajo que venimos llevando adelante las mujeres integrantes de la colectiva feminista Mujeres en el Horno (Meeh), tanto en la atención de la “*Línea Aborto Información Segura*”¹, así como, en la defensa y difusión de los derechos sexuales y reproductivos y el aborto en Uruguay y en América Latina. Los datos que se presentan sistematizan el trabajo de esta línea desde el año 2015.

En Uruguay, se aprobó en 2008 la **Ley N° 18.426, de Defensa de la Salud Sexual y Salud Reproductiva**, y, en el año 2012, la **Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del embarazo**, que regula y legaliza el aborto en determinadas situaciones ². Sin embargo, el aborto sigue siendo tipificado como un delito en el Código Penal uruguayo³, lo que implica una barrera simbólica y práctica en la decisión de las mujeres sobre sus propios cuerpos y evidencia otras barreras para el acceso real al mismo como un derecho sexual y reproductivo.

Además, aunque por el momento, el país cuenta con datos periódicos acerca de las prácticas de aborto en los servicios de salud; éstos invisibilizan las vivencias y las voces de las mujeres que han transitado estas experiencias. Desde la Colectiva Mujeres en el Horno, queremos compartir la práctica de haber acompañado a estas mujeres en este momento vital, sin pretender representarlas, sino mostrando sus experiencias. Con distintos objetivos, por un lado, el que las vivencias experimentadas por las mujeres sean narradas por ellas mismas, como sujetas fundamentales en la transmisión de estas vivencias y aprendizajes. Por el otro, deseamos que este informe pueda aportar tanto a la mejora de los servicios, como también de la ley - en el sentido de sus limitaciones - además de a la discusión política en torno al

¹ El informe se basa en el procesamiento y análisis de los datos de la “*Línea Aborto Información Segura*” durante los años 2015 al 2020.

² Ley N° 18.987. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 22 de octubre de 2012.

³ Artículos 325 a 328 del Código Penal uruguayo. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>

tema. Por último, nuestro objetivo, es el de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, considerando la diversidad de las características de la sexualidad humana.

Desde nuestra experiencia militante, hemos podido identificar algunas barreras en el acceso y por lo tanto para la real implementación de la legislación vigente. También logramos identificar buenas prácticas, las cuales pueden marcar una dirección a seguir para asegurar el derecho al aborto, pero también para una atención de salud integral y, por ende, una mejora toda del sistema de salud.

El objetivo de la *Línea Aborto Información Segura* ha sido acompañar afectivamente, ponderando la escucha, y generando un espacio que proporcionara información segura en pos de la decisión de las mujeres que consultan, y brindando, las mejores herramientas para que pudieran decidir autónomamente.

A través de la Línea se abrió un espacio donde se compartieron experiencias desde una escucha comprensiva y empática, información acerca del procedimiento para realizarse un aborto y acerca de los derechos y limitaciones de la legislación existente en nuestro país. Asimismo, se recepcionaron las dificultades y las barreras que las mujeres atraviesan en los servicios de salud, acompañando en el tránsito por este momento vital.

Este trabajo se organiza en una primera parte que contiene elementos del marco de trabajo de la colectiva, a saber: presentación de Mujeres en el Horno y el trabajo que realizó a través de la línea, objetivos y metodología del informe, la concepción de derechos sexuales y reproductivos, aborto y contexto nacional. En la segunda parte, se sistematizaron los datos de las consultas recibidas que se organizaron brindando algunas características de las mujeres a las que acompañamos e identificando las barreras que encontraron en los servicios. Para finalizar compartimos algunas reflexiones a partir de los datos analizados.

Presentación Mujeres en el Horno. Colectiva Feminista

Somos una colectiva feminista que trabajamos por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y por la autonomía de las mujeres para decidir sobre nuestros cuerpos. Somos una organización social militante, que funciona de manera horizontal buscando poner en

práctica una forma de hacer y pensar el feminismo, no sólo mediante nuestras acciones hacia el afuera sino en nuestras prácticas internas y con nosotras mismas como mujeres.

Nuestra denominación, “**Mujeres en el horno**” (**Meeh**) da cuenta de la situación de las mujeres a nivel mundial, situación de desigualdad y de opresión en nuestras sociedades. En Uruguay, en un sentido coloquial, “en el horno” significa cuando ya no existen alternativas y realmente la persona se encuentra en una situación complicada. Sin embargo, para nosotras, “el horno” también implica un proceso de creación constante y de elaboración de propuestas para transformar la vida y las situaciones que vivimos de manera colectiva.

Entre otras acciones, realizamos talleres de promoción y difusión de los derechos sexuales y derechos reproductivos, buscando brindar información, así como promover una cultura crítica y consciente con respecto a estos temas en la sociedad uruguaya.

En marzo del 2014 inauguramos la “*Línea Aborto Información Segura*”, brindando apoyo y asesoramiento a quienes necesitan información para interrumpir sus embarazos, en el marco de la **Ley N° 18.426**⁴ de “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” (2008) y la **Ley N° 18.987**⁵ de “Interrupción Voluntaria del Embarazo” (2012).

Trabajamos de forma articulada en la Intersocial Feminista y en la Coordinadora de la Marcha de la Diversidad, con organizaciones de diversidad sexual, mujeres afrodescendientes y de visibilidad de otros factores de opresión y desigualdad.

Entendemos el aborto, como un derecho fundamental que poseen las mujeres y las personas gestantes de decidir sobre sus cuerpos, a su vez que partimos de su reconocimiento como una práctica históricamente realizada entre y por mujeres, entendiéndola como un procedimiento que desde hace siglos decidimos transitar en contextos determinados.

El aborto en nuestro país es una práctica altamente medicalizada, así como lo es el parto y otras experiencias referidas a la salud sexual y reproductiva. Esta situación representa por un lado una garantía en cuanto a la salud de las mujeres, pero a la vez, nos posiciona en una

⁴ Ley N° 18.426, Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 1 de diciembre de 2008.

⁵ Ley N° 18.987, Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 22 de octubre de 2012

situación de riesgo como sujetas pasivas de la medicina moderna, alienándonos de nuestros propios cuerpos, minimizando nuestra vivencia y decisiones respecto a nuestra propia sexualidad y capacidad reproductiva. El desarrollo de la ciencia y en particular de las ciencias de la salud, ha invisibilizado las vivencias, experiencias y, por lo tanto, los conocimientos de las mujeres que eran y son, quienes se ocupan del cuidado de la salud y en particular de las prácticas sexuales y reproductivas. La ciencia hegemónica, se ha erguido entonces sobre campos de ignorancia que refieren, entre otros, al punto de vista y la experiencia de las mujeres (Díez y Miras, 2019).

Desde la práctica feminista, las mujeres hemos abogado por el ejercicio de nuestras autonomías y nuestros saberes. Así, el acompañamiento a mujeres se enmarca en la búsqueda de garantías para decidir sobre nuestros propios cuerpos, focalizando en la necesidad de abordar la dimensión afectiva y respetuosa que es habitualmente ignorada en los servicios de salud.

En nuestro país, al igual que en toda América, la práctica de acompañamiento en aborto, basada en acciones de consejería se proponen la descriminalización - jurídica y culturalmente por parte de organizaciones de mujeres que reivindican el derecho a abortar - como parte de una lucha política por los derechos de las mujeres. También se ha nutrido del conocimiento sanitario enfatizando la subjetividad de las mujeres y su necesidad de estar informadas para poder optar (Michel y Carballo, 2018).

Objetivos y metodología del informe

Este informe narra y sistematiza el trabajo realizado, de atención y asistencia, desde el año 2015 al 2020, por la colectiva **Mujeres en el Horno** a través de la “**Línea Aborto Información Segura**”, **0800 8843, *8843** y de los correos lineaaborto@mujereenelhorno.org y contacto@mujereenelhorno.org. Para este reporte se sistematizaron los datos de los años 2015 a 2020 sin considerar los registros del 2019. En el año 2019 se utilizó un formulario diferente a los demás años, considerando otras variables, por lo tanto, estos datos no son comparables con los registros de otros años y en consecuencia se optó por dejarlos fuera de este trabajo.

Tal como mencionamos en la introducción, la atención de la *Línea Aborto Información Segura* consistió en una tarea voluntaria, que se enmarcó en la militancia a favor de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En este marco, los registros que encontramos difieren en su calidad y completitud de variables. Ante esta situación, tomamos la definición metodológica de procesar solo los casos de los que se obtuvieron los mejores registros y entre ellos, se procesaron las variables que estaban completas para estos casos. Es decir que, no se incluye acá la totalidad de las llamadas recibidas, sino aquellas para las que se completaron datos de calidad para reportar. Asimismo, se buscó que estos datos llegaran al 50% de los registros para cada año y se respetó la proporcionalidad del número de llamadas por año. El total de casos procesados fue de 2054.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos

Los derechos sexuales y derechos reproductivos (DS y DR) son derechos humanos acordados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), son derechos que se establecen a partir de normas y leyes, nacionales e internacionales, de forma reciente. A raíz del proceso de transición demográfica, los cambios en los modelos familiares, la existencia de una mayor movilidad social producida durante el siglo XX, y los avances en métodos anticonceptivos, las personas pueden gozar de mayor autonomía para sus elecciones vitales, entre ellas, la decisión sobre cuándo, cómo, con quién y cuántas hijas e hijos tener. Sin embargo, esto no significa que la reproducción y la sexualidad no sean campos en disputa, ya que de una forma u otra marcan la manera en la que se organizan todas las sociedades. En este sentido, es relevante remarcar que son derechos que siempre están en riesgo de ser vulnerados por los Estados y por las comunidades políticas tanto nacionales como internacionales.

Los DS y DR son derechos humanos universales, esto significa que pertenecen a cada persona, con independencia de las decisiones que cada una tome sobre su reproducción, su sexualidad y en materia de fertilidad, y sea cual sea su etnia-raza, religión, clase social, identidad de género, orientación sexual, nacionalidad, edad o configuración de su familia o de las relaciones íntimas que establezca. Se basan en el derecho a la libertad y el derecho a la autonomía sexual; incluyen la capacidad de tomar decisiones autónomas, es decir, libres

de coerciones externas, según las propias creencias y el ejercicio libre de toda forma de discriminación, coerción y violencia.

Estas decisiones, suponen para nuestra colectiva, el respetar la capacidad que hemos tenido históricamente y que tenemos las mujeres de conocer nuestro propio cuerpo y tomar decisiones en torno a nuestra sexualidad y reproducción en función de nuestras ideas, sentimientos e intereses, a pesar de que nos son negadas constantemente. De esta forma, consideramos que el aborto es y debe ser una práctica libre de coerción, entendiendo que todas las mujeres que deciden transitar por este proceso, o deciden parir, tienen sus motivos y solo ellas pueden tomar esta decisión.

Aborto desde una práctica política feminista

*El feminismo es un modo de análisis,
un método de acercamiento a la vida y a la política,
más que un conjunto de conclusiones políticas
acerca de la opresión de las mujeres*

Hartsock, 1983.

Nuestra acción política se orienta y ha buscado el acompañamiento de abortos seguros desde una posición política feminista. El patriarcado y el modelo heterosexual, y sus múltiples formas de opresión han tenido como centro los cuerpos de las mujeres, imprimiendo el control basado en relaciones de dominación. La violencia sobre los cuerpos de las mujeres y disidencias, o cuerpos feminizados (Segato, 2018) y concebidos como subalternos al poder masculino; ha adquirido formas insospechadas en los últimos tiempos. La maternidad no escapa a aquellas formas de dominación que hoy ha sabido ajustar el patriarcado, desde una perspectiva religiosa, poblacionista, moralista y violenta. Así, siguen vigentes prácticas como la deshumanización en la atención a partos institucionales donde el cuerpo de la mujer - y al de su hijo o hija - son tratados como subalternos al poder gineco-obstétrico y pediátrico, hasta la violencia del juicio moralista que reciben las mujeres que deciden abortar porque no están dispuestas a concebir su maternidad de forma obligada.

Por esta razón, reconocemos la práctica de abortos como un derecho a la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos y a la capacidad de definir su proyecto vital. Concibiendo la maternidad desde el deseo, el acompañamiento feminista aboga por desestigmatizar la práctica del aborto, promover el respeto por la decisión de las mujeres y personas gestantes, acompañar desde la empatía y sin juicio de valor, además de orientar en todo aquello que sea necesario para que la decisión y el procedimiento sean seguros, informados y contenidos.

La decisión de un aborto es compleja y sabemos que se ponen en juego diversos contextos y situaciones de vida. El aborto no siempre es la “solución mágica”. Sin embargo, consideramos imprescindible que las mujeres tengan espacios de contención y escucha, considerando la fuerte penalización social que existe actualmente al respecto. También sabemos que no es lo mismo abortar en un contexto de privilegios que si se vive en ciertas situaciones de exclusión o vulnerabilidad económica, o siendo mujeres afro, o por tener una determinada orientación sexual u otra situación de desigualdad.

Cuando los derechos sexuales y los derechos reproductivos no están garantizados como derechos humanos, las mujeres con privilegios de clase siguen teniendo acceso a servicios privados en salud sexual y reproductiva, pero la mayoría de las mujeres, que no son de una clase social privilegiada, no tienen acceso a los mismos o acceden en condiciones que ponen en peligro su salud. Es importante tener en cuenta la intersección de estos factores en el acceso y también en la representación acerca del aborto para la diversidad de mujeres que existen. Como ejemplo, no es lo mismo, al momento de tomar la decisión, la noción para las mujeres que profesan alguna religión que para aquellas que no. Así como para quienes viven en pueblos o ciudades muy pequeñas, de quienes viven en Montevideo u otras ciudades con mayor densidad poblacional de nuestro país. Por esta razón, tener en cuenta cómo se pueden cruzar los distintos sistemas de discriminación - no viéndolo como categorías aisladas - nos ayuda a comprender que las desigualdades, cuando se interseccionan, profundizan la exclusión y la violencia.

Es por esta razón que desde un acompañamiento feminista a los abortos abogamos por considerar, analizar y tener siempre presente todos estos factores de desigualdad que - cuando

se producen simultáneamente - expulsan con mayor fuerza y frecuencia a las mujeres y personas gestantes de la posibilidad de un aborto seguro.

2. Aborto en Uruguay

Marco regulatorio y procedimiento del aborto en Uruguay

Desde el año 2012 en nuestro país existe la Ley N° 18.987, de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”, la misma establece:

- La despenalización del aborto bajo determinadas circunstancias y cumpliendo determinados requisitos.
- Atención de calidad y asesoramiento Pre y Post aborto, realizando los estudios médicos correspondientes (análisis para saber el tipo de sangre, ecografía pre y post aborto)
- Cobertura bajo el Sistema Nacional Integrado de Salud (lo que implica que todo el sistema de salud uruguayo debe proveer del servicio IVE a las usuarias)
- Atención de un equipo interdisciplinario: ginecólogo/a, profesional de la salud mental y del área social.
- Información, asesoramiento y escucha durante todo el proceso
- IVE a través de los pasos 1,2,3 y 4 (que implican los estudios paraclínicos, el asesoramiento, la medicación y control posterior)
- Interrupción mediante la administración de Mifepristona y Misoprostol

La ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) despenaliza el aborto bajo las siguientes circunstancias y requisitos:

- 1- Que la interrupción se realice antes de las 12 semanas siempre que se cumpla con el procedimiento y los pasos que se establecen.

- 2- Existen causales que modifican ese plazo; en casos de violación (hasta 14 semanas); y en caso de riesgo de vida o incompatibilidad con la vida extrauterina (sin plazos).
- 3- Para personas migrantes residiendo en Uruguay, el aborto está permitido siempre que tengan 1 año o más de residencia legal en el país.
- 4- Según la Ley N° 19.580 de Violencia Basada en Género, las mujeres migrantes con menos de un año de residencia legal en el país pueden acceder al aborto en el marco de la ley IVE si vivieron una situación de violencia de género en el país. El artículo n°7, numeral I) establece que toda mujer víctima tiene derecho:

Al respeto y protección de sus derechos sexuales y reproductivos, incluso a ejercer todos los derechos reconocidos por las leyes de Salud Sexual y Reproductiva (Ley No 18.426, de 1o de diciembre de 2008) y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley No. 18.987, de 22 de octubre de 2012), cualquiera sea su nacionalidad y aunque no haya alcanzado el año de residencia en el país, siempre que los hechos de violencia hayan ocurrido en el territorio nacional, lo que constituye una excepción al artículo 13 de la Ley No. 18.987, de 22 de octubre de 2012⁶

En este marco, los servicios de salud deben brindar asesoramiento profesional confiable en cuanto a los siguientes servicios:

- Servicios de salud de calidad y respetuosos de la confidencialidad y privacidad.
- Acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables.
- Incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado exclusivo de la persona solicitante.
- Prevención y reducción del daño de las infecciones de transmisión sexual.

⁶ Ley de la violencia hacia las mujeres basada en género, N° 19.580. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 22 de diciembre de 2017.

Al momento de solicitar el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se deberá realizar una evaluación clínica y paraclínica completa, que incluya:

- Examen clínico general en busca específica de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones en caso de realizarse un aborto mediante IVE.
- Análisis paraclínico para descartar patologías y sobre todo infecciones de transmisión sexual (I.T.S.) en especial Infección por VIH – SIDA, Sífilis y Hepatitis B.
- Estudio ecográfico con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico de edad gestacional y de implantación.
- Análisis morfológico del aparato genital interno para descartar malformaciones (sobre todo uterinas).
- Descartar patología embrio–fetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido. En este sentido también se debe evaluar y descartar la enfermedad trofoblástica.
- Prestar especial atención a la inmunoprofilaxis en el caso de que la paciente sea Rh (D) negativo.

El asesoramiento post-aborto incluye la consulta luego del procedimiento para constatar que el proceso fue efectivo y prevenir complicaciones, incluyendo una ecografía, asesoramiento en medidas de anticoncepción inmediata y apoyo del equipo de salud mental.

PASOS IVE



IVE 1

1er consulta con
partera, ginecólogo/a o
Dr/a en medicina gral o
medicina familiar

Se verifican requisitos,
se solicita paraclínica y
se refiere a la 2da
consulta



IVE 2

2da consulta
Equipo Interdisciplinario
Asesoramiento

3 profesionales realizan
asesoramiento e
informan sobre el plazo
de reflexión (5 días)
establecido en la ley

IVE 3

3er consulta
Con ginecólogo/a
Expresión final de voluntad de
la mujer

Se inicia el
procedimiento IVE
definido en la Guía
Técnica (MSP)



IVE 4

4ta consulta
Consulta con ginecólogo/a,
partera o médico/a de familia
Ecografía de control



En síntesis, existe un marco regulatorio que ampara los derechos sexuales y reproductivos y la práctica del aborto a nivel nacional, que independientemente de su valoración debería garantizar el acceso a la información y la atención médica. Las prácticas realizadas por nuestra colectiva, en cuanto al acompañamiento a mujeres que transitan por una situación de aborto refieren a esta legislación y buscan alcanzar su pleno cumplimiento para todos los casos. Sin embargo, reconocemos las limitaciones de la Ley y señalamos aquí también algunas situaciones a las que no podemos dar respuesta y que han quedado desprotegidas por el sistema de salud, como el caso de las mujeres migrantes con menos de un año de residencia o que no pueden probar el momento de entrada al país, o aquellas que por diferentes motivos (algunos vinculados a la burocracia de los servicios) quedan fuera de este plazo.

En Uruguay el aborto sigue siendo un delito

Como mencionamos anteriormente, en Uruguay existe, desde al año 2012, una ley que legaliza y regula el aborto dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (público y privado), bajo determinadas circunstancias. Mas allá del avance que representó y representa, en comparación con otros países de la región la Ley N° 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el aborto sigue siendo penalizado en Uruguay, encontrándose en el código penal uruguayo. Esta Ley se aprobó posteriormente a que fueran vetados por el Poder Ejecutivo, encabezado por el expresidente Tabaré Vázquez, los artículos referentes al aborto en el proyecto de ley N° 18.426 de 2008. La Ley N° 18.987 dispone en su artículo 14 la derogación de los artículos del código penal que la contradigan, *“dispone tan sólo que se derogan aquellas disposiciones que se opongan a ella (art. 14), por lo cual a mi juicio el único artículo del Código que ha quedado derogado integralmente es el 328”* (Rivera, 2020).

De esta manera, los artículos que establecen que el aborto y la colaboración en el mismo son delito, siguen vigentes, exceptuando los abortos que suceden en el marco de la ley: es decir en el servicio de salud y dentro de las 12 semanas que establece la misma, 14 en caso de violación, o sin límite de semanas en caso de correr peligro la vida de la mujer.

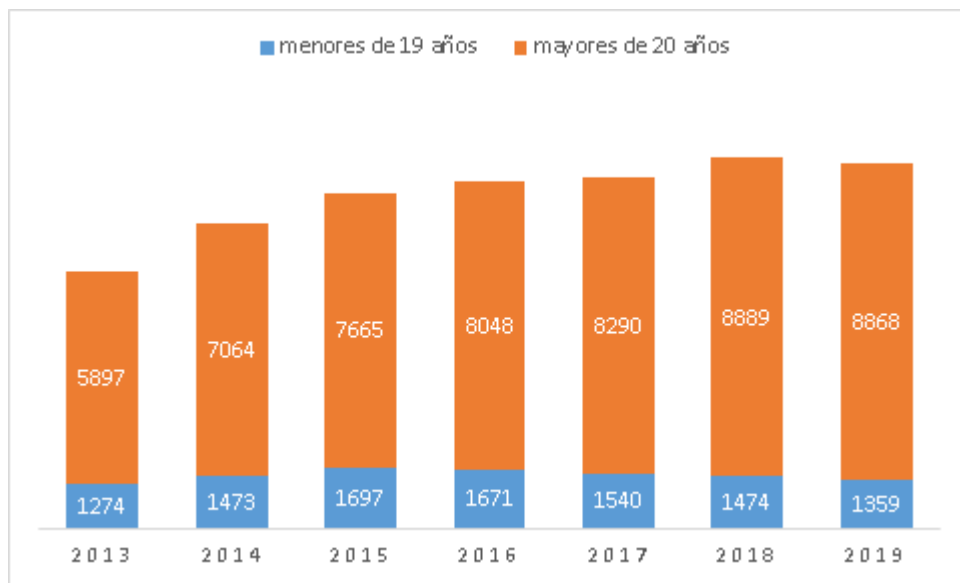
Este delito implica el incumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y reproduce condiciones estructurales de desigualdad, al criminalizar a aquellas mujeres y personas que quedan al margen de la ley, por distintos motivos. Generando así una barrera en el acceso al aborto seguro y libre en Uruguay. De hecho, en 2012 fueron procesadas tres mujeres y dos varones por la práctica de aborto (*Correa y Pecheny, 2016*).

Desde el aspecto jurídico, Uruguay es un caso de modelo mixto basado en su regulación en el modelo médico hegemónico. Pese a ser el primer país de América Latina que habilitó el aborto en ciertos plazos, se mantiene la penalización y se incrementa la vigilancia de profesionales de la salud. El procedimiento requiere en forma obligatoria y excluyente: análisis y consulta gineco obstétrica, consulta con tribunal interdisciplinario, tiempo de espera obligatorio (que pone en duda la decisión de la mujer sobre su vida reproductiva) y control post. (Michel y Carballo, 2018). El aborto en Uruguay es un proceso tutelado por el sistema médico, sin posibilidad de decir cuándo y cómo se requiere asistencia o si se podría incorporar otros actores.

Además, la Ley tiene una modificación en el año 2015, cuando un fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), da lugar a introducir la “Objeción de Conciencia” de los profesionales de la salud en cualquier momento del procedimiento del aborto. En este aspecto, la ley da otro giro, que obstaculiza su aplicación, pero además muestra cómo está centrada más en el personal médico, de salud y otros agentes externos que en la perspectiva de las mujeres. Este aspecto, no menor, por cierto, hace que la decisión de las mujeres sea vulnerable a intereses religiosos, morales, sanitarios, pero sobre todo externos. También refuerzan la cultura del estigma y el sentimiento de culpa provocando que muchas mujeres, sobre todo aquellas vulnerables económicamente, se sientan expulsadas del sistema de salud y del pleno goce de sus derechos.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud Pública (2020) en Uruguay, el número de abortos en el sistema de salud ha ido en aumento desde la aplicación de la Ley. Sin embargo, esto no implica un aumento de los abortos *per se*, sino un mayor acceso a la interrupción en el marco de la ley y por ende un descenso de los abortos clandestinos y de la mortandad de las mujeres en edad reproductiva por causa de abortos.

Gráfico 1. Cantidad de abortos por año en Uruguay por rango de edad (2013-2019)

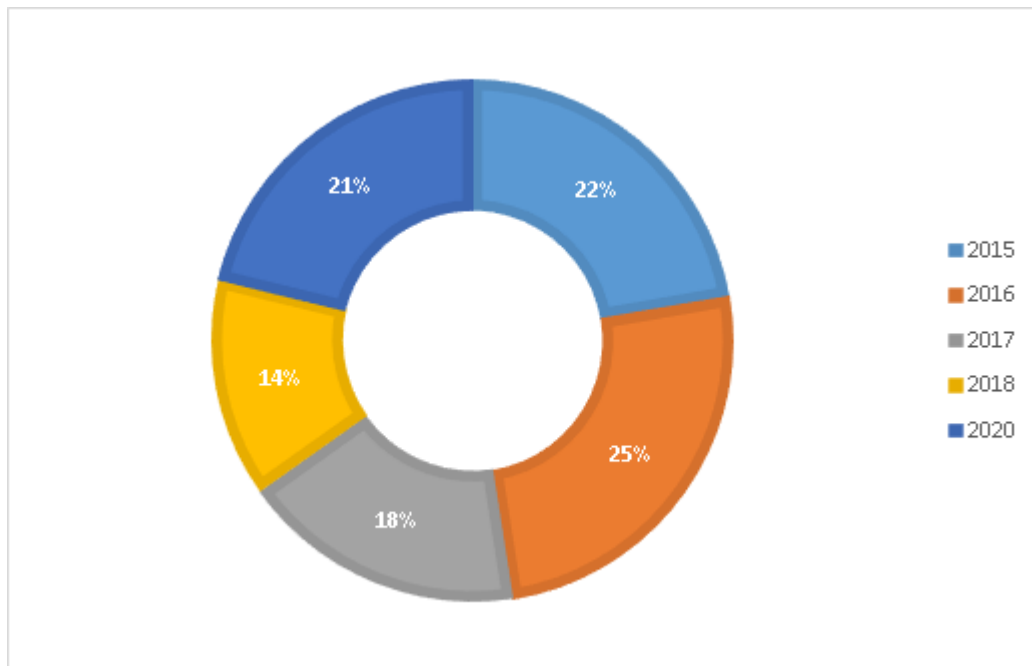


Fuente: MSP (2020) “Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay”.

3. Sistematización de Línea Aborto Información Segura

Tal como se mencionó, los datos que aquí se presentan se corresponden con una muestra de las llamadas recibidas por la *Línea Aborto Información Segura*. De este modo los mismos no poseen validez estadística para el total de abortos que se realizaron en el país, pero si brindan algunas características de las personas que nos consultaron, así como también ejemplifican algunas de las barreras a las que se enfrentaron las mujeres en los servicios de atención en salud.

Gráfico 2. Distribución de llamadas por año (2015-2020)



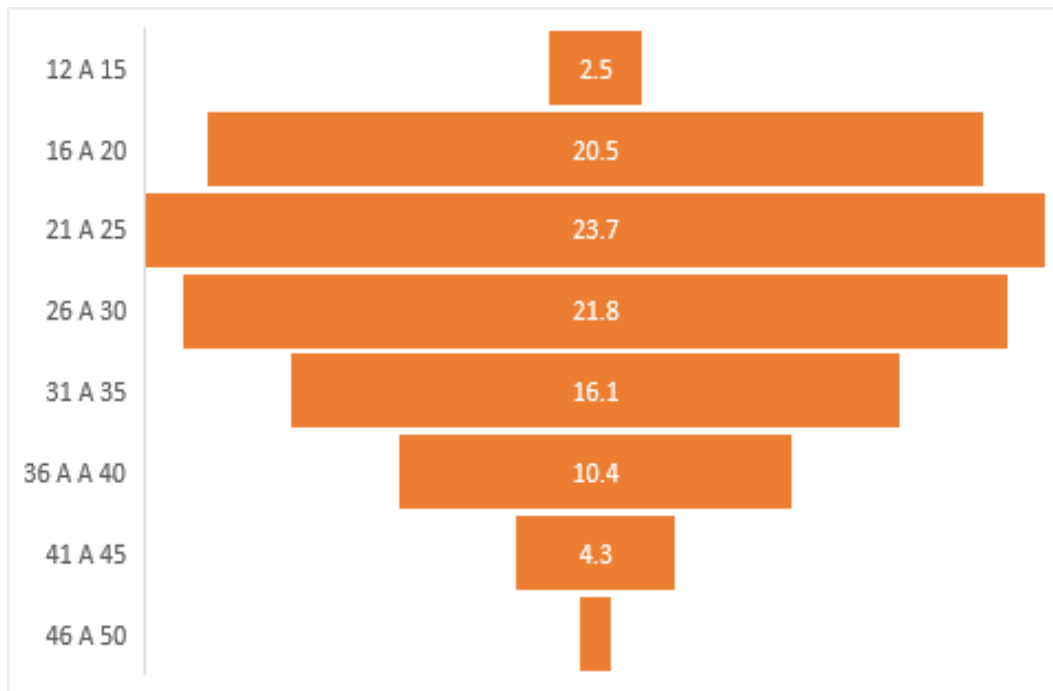
Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

Tal como muestra el gráfico 2, el año 2016 fue el que registró un mayor número de llamadas, sin embargo, el número se asemeja al de 2020 para el cual se sistematizaron solo cuatro meses.

¿Quiénes son las personas que nos llaman?

Las personas que consultan mantienen la representación de los rangos de edad aproximada con relación a los datos del MSP, como indica el gráfico a continuación:

Gráfico 3. Distribución de porcentaje de llamadas por edad

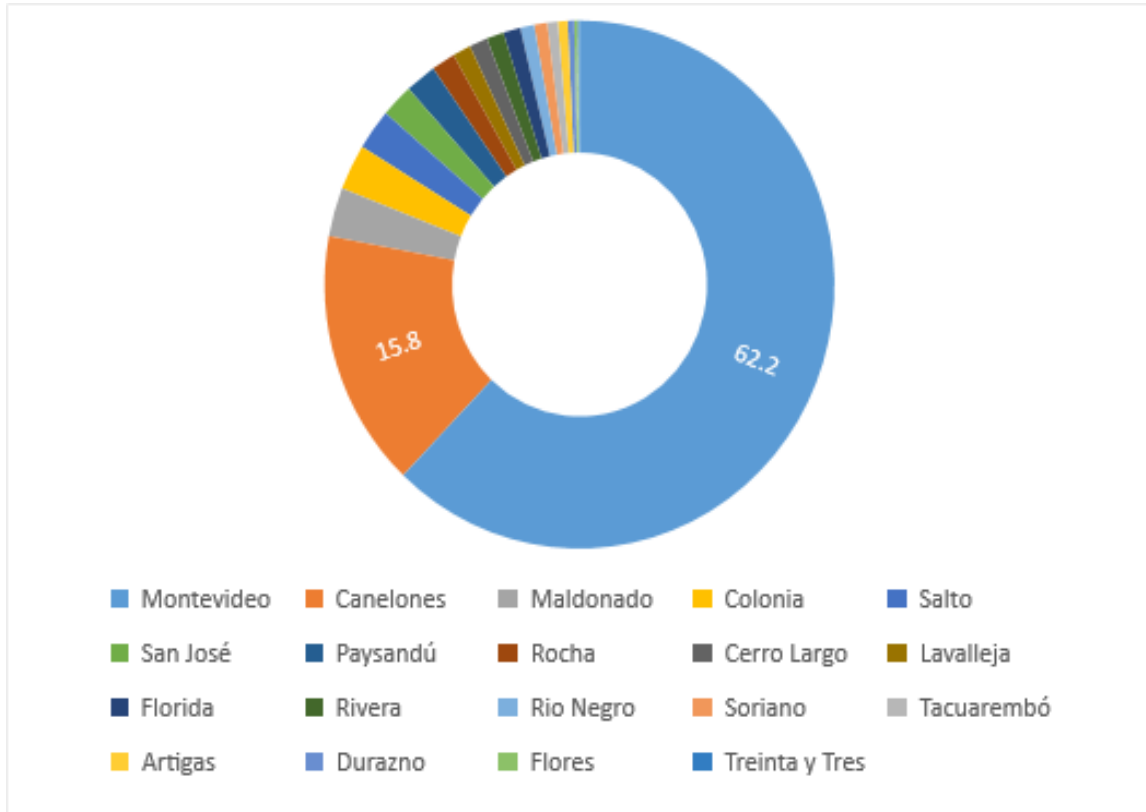


Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

El rango de edad mayormente representado es entre 20 y 30 años, sin embargo, llama la atención que el 23% de las llamadas es de adolescentes. De todos modos, vale destacar que las consultas abarcan todas las franjas etarias de las mujeres en ciclo reproductivo.

Con respecto a la distribución geográfica, las llamadas recibidas provienen de todo el país, aunque el mayor porcentaje de llamadas recibidas se concentra en Montevideo y Canelones (78%), como indica el gráfico 4:

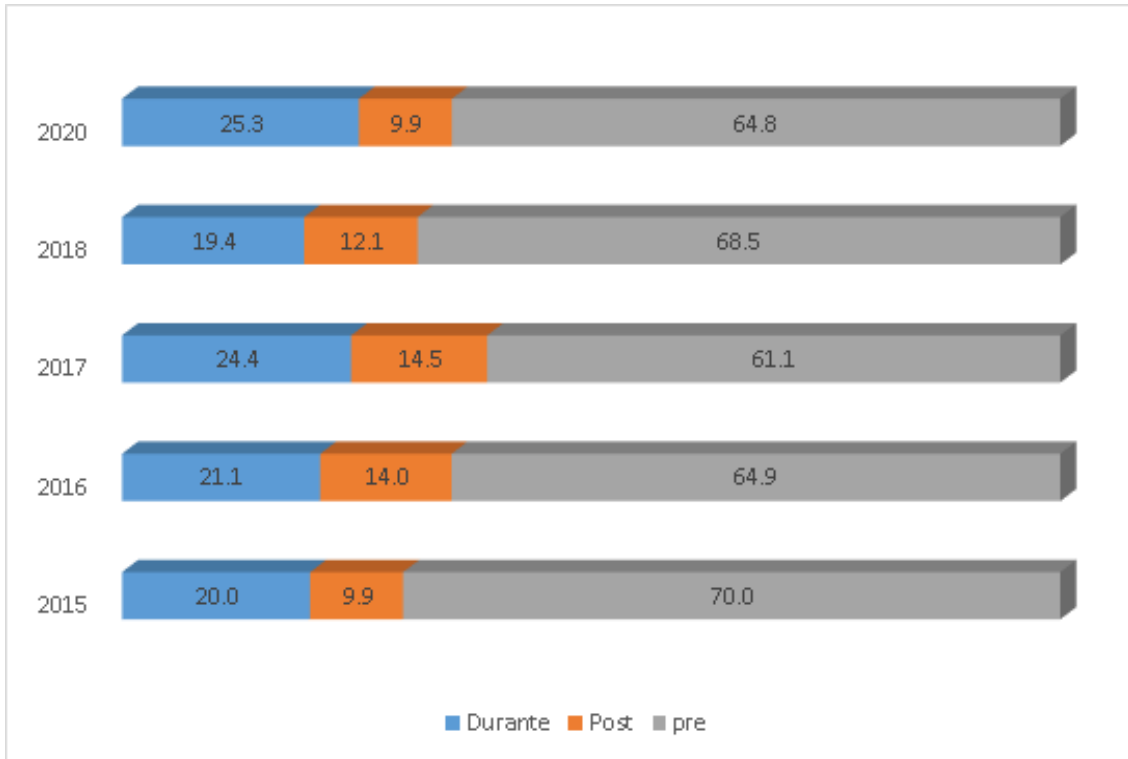
Gráfico 4. Porcentaje de llamadas por departamento



Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

Las llamadas recibidas corresponden en un 54% a los casos de usuarios/as de mutualistas y en un 46% de ASSE como se muestra en el gráfico 5. El momento en que más consultas se recibieron (64%) es el momento previo a la realización de un aborto como se detalla en el gráfico 5. Este tipo de consulta se centra en obtener información y poder compartir con otras las dudas respecto a los procedimientos y a sus derechos en los servicios de salud.

Gráfico 5. Porcentaje de llamadas de acuerdo con el momento del procedimiento de aborto

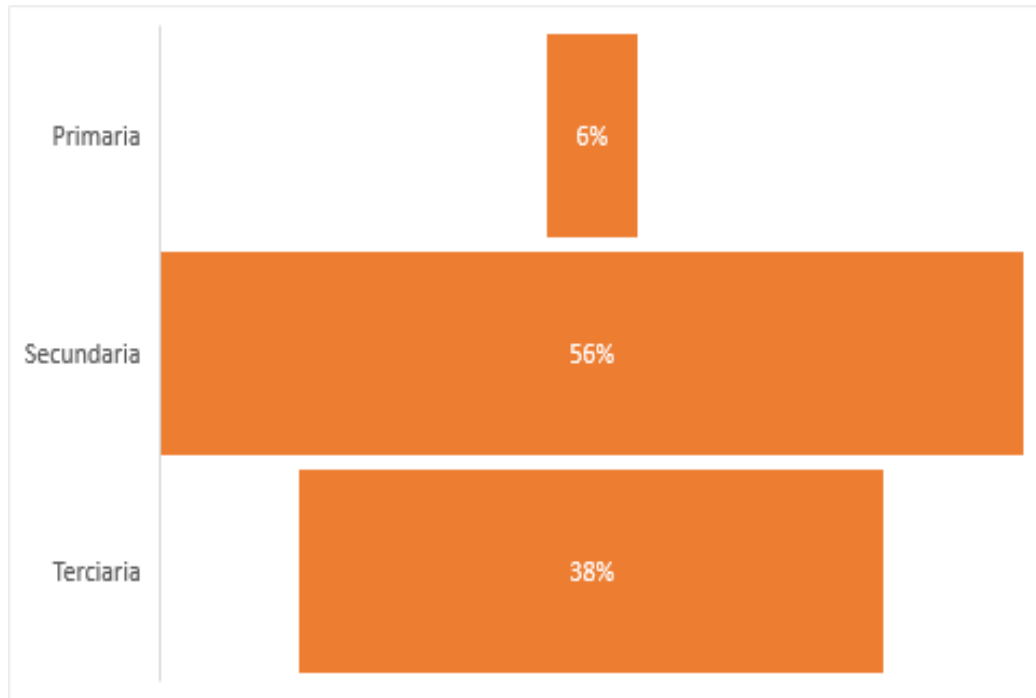


Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

Con el fin de conocer con mayor profundidad las características de las personas consultantes, se registraron algunos datos sociodemográficos que se describen a continuación.

Más de la mitad de las llamadas corresponden a mujeres que tienen formación en la educación primaria y el 38% cursa o culminó educación terciaria.

Gráfico 6. Nivel educativo de las llamadas recibidas

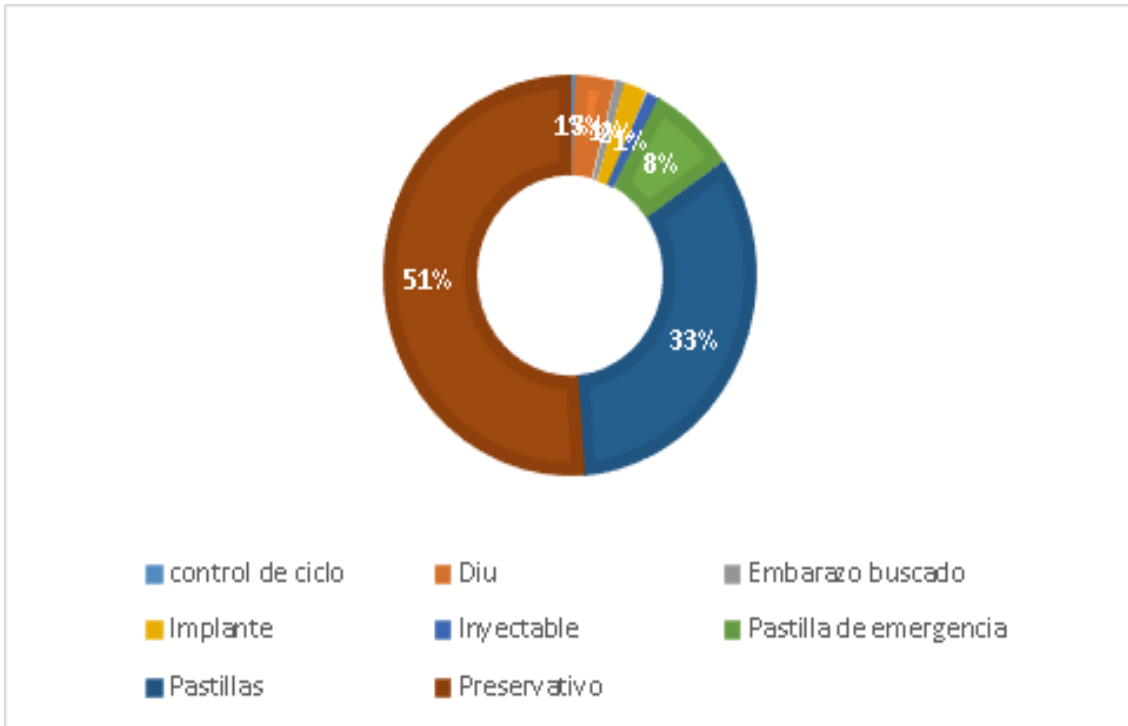


Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

El 68% de las consultantes tienen hijos, mientras que el 32% no había tenido en el momento de la llamada.

El 71% estaba usando un método anticonceptivo cuando quedó embarazada y más de la mitad de las mujeres (51%) optó por preservativo, como lo indica el siguiente gráfico:

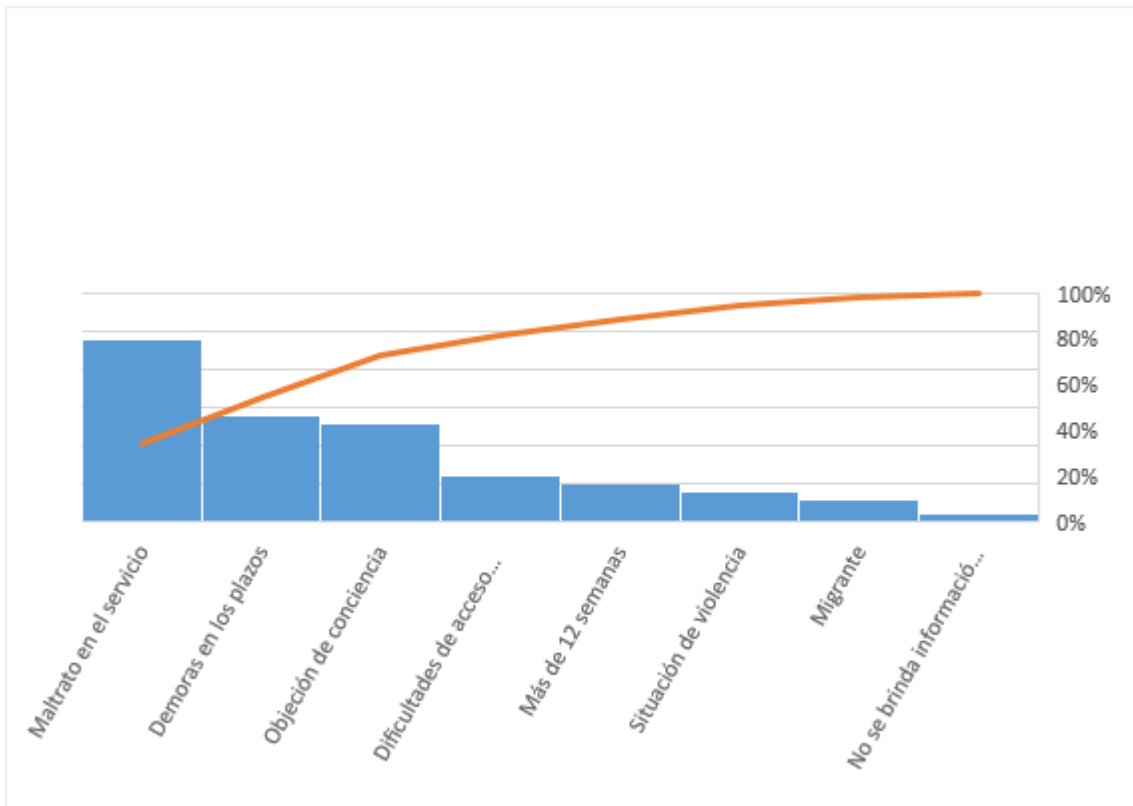
Gráfico 7. Método anticonceptivo que estaban utilizando al momento de llamar a la Línea



Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes del Colectivo

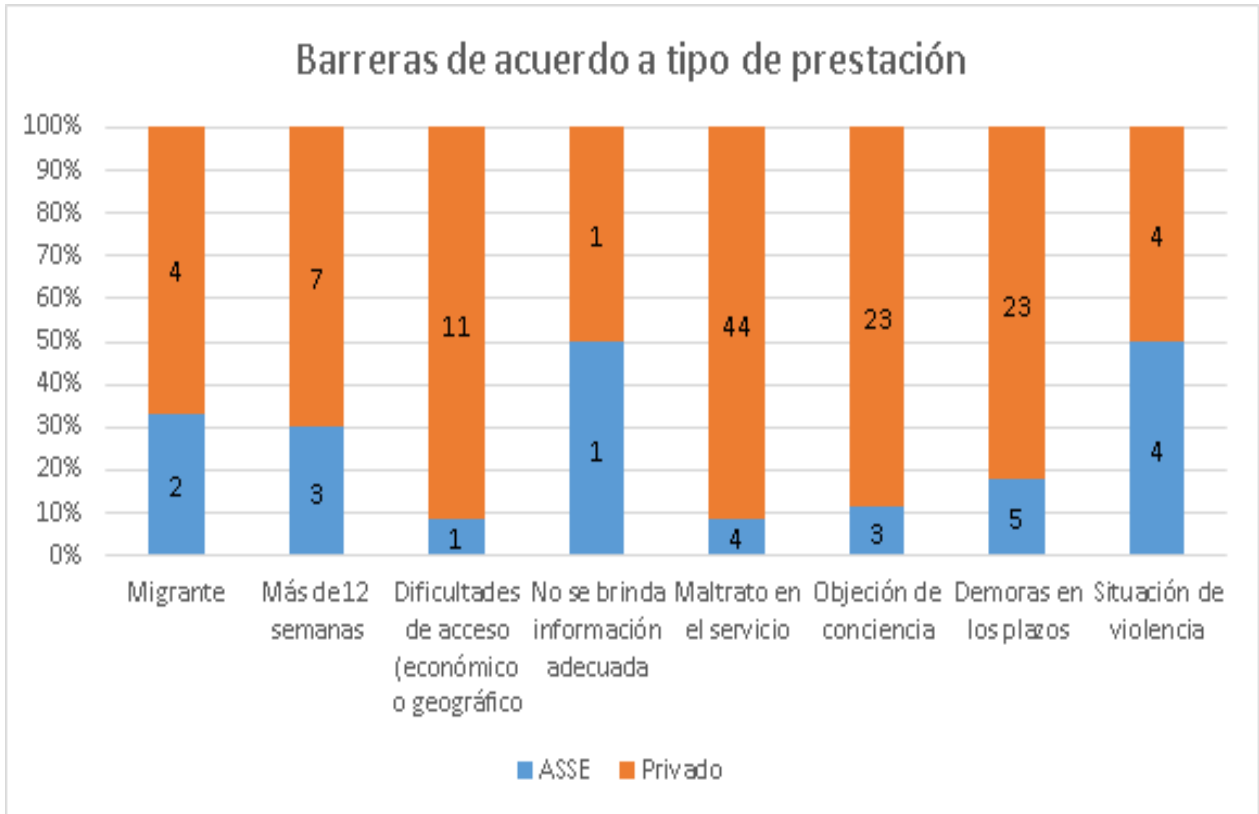
En el momento de consultar para la realización de un aborto, algunas mujeres se encontraron con obstáculos en los servicios de salud. Estos, constituyen barreras de acceso a sus derechos y en ocasiones la imposibilidad de acceder al servicio y al cumplimiento de la Ley. En otros casos, se trata de mujeres que no están contempladas por su condición de migrantes o por exceder el plazo que contempla la legislación. La barrera con que se han encontrado más frecuentemente es el maltrato en el servicio. Esta refiere a acciones de discriminación, trato agresivo, negativa a acceder a la información o acciones que reflejan un juicio por parte del personal de salud referido a su motivo de consulta. Esta práctica se encontró en la mayoría de los servicios.

Gráfico 8. Barreras encontradas en los servicios de salud. Porcentaje en relación con el número de llamadas



Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes de la Colectiva.

Gráfico 9. Porcentaje de las barreras de acuerdo con el tipo de prestación (pública o privada) de las llamadas a la Línea.



Fuente: datos de la *Línea Aborto Información Segura* procesados por integrantes de la Colectiva

Considerando los relatos de las personas que consultaron a la Línea, los servicios de salud privados registraron un mayor porcentaje de barreras, aun considerando que las consultas recibidas fueron levemente mayores (54%) para los servicios privados.

4. Barreras en el acceso al Aborto en Uruguay

En este apartado profundizaremos en la descripción cualitativa de las barreras en el acceso real y seguro al aborto en Uruguay, las cuales identificamos a partir de nuestra práctica política y en la atención de la *Línea Aborto Información Segura*.

Por barreras en el acceso, entendemos la existencia de ciertos factores que dificultan y/o imposibilitan el acceso al aborto seguro para varias mujeres y personas gestantes (Pizzarossa, 2018). En este sentido, es importante aclarar, en primer lugar, que a pesar de que en Uruguay

exista la **Ley N° 18.987**⁷, que legaliza y reglamenta el aborto en determinadas condiciones, el aborto sigue estando tipificado como delito en el Código Penal uruguayo como mencionamos más arriba. Esto supone varias consecuencias, por un lado, jurídicas, pero también en términos de la “penalización moral y social” del derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.

En este sentido, es imprescindible diferenciar entre las barreras que existen por la forma que adquiere la propia ley y los requerimientos que la misma establece, lo que supone su despenalización para ciertos casos y para otros no **(A)** y aquellas que se producen como consecuencia de la implementación de la ley, por ejemplo, las demoras en la atención en los servicios de salud **(B)**. Por otro lado, aunque no se puedan categorizar como “barreras formales”, existen ciertos factores socioeconómicos y culturales, que condicionan el acceso al aborto, como estar o haber transitado situaciones de violencia de género, edad, entre otros **(C)**.

A) Barreras legales: cantidad de semanas de gestación, estatus migratorio, objeción de conciencia y penalización.

B) Barreras de implementación: accesibilidad geográfica y económica, acceso a la información, maltrato en el servicio, demora en los plazos de la ley.

C) Condiciones socioculturales que inciden en el acceso al aborto en Uruguay

Semanas de gestación

“La ley del aborto presenta una barrera en términos de límites gestacionales para el aborto: el aborto legal solo está disponible durante las primeras 12 semanas de embarazo” (Pizarrossa, 2018).

La Ley existente en Uruguay, establece las 12 semanas (incluyendo los 6 días de la doceava semana), de semanas de gestación para el acceso al aborto en el marco de los servicios de salud. Esta característica de la reglamentación uruguaya se presenta como una

⁷ Ley N° 18.987, Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 22 de octubre de 2012.

barrera en sí misma, ya que fuera de este plazo las mujeres no pueden acceder a la interrupción en el sistema de salud sin considerar las circunstancias vitales.

En muchos de los casos las mujeres que se enfrentan a esta barrera desconocen que se encuentran embarazadas, y en ocasiones tampoco conocían de antemano el límite que establece la Ley con respecto a la edad gestacional.

- *“Llamó su madre muy preocupada porque su hija estaba haciendo todo el procedimiento bien en el Casmu, pero la eco les dio que estaba de 14 semanas y que así le asesorarán, pero no le podían dar la medicación. La adolescente quiere interrumpir, nos interesa saber y tener presente la decisión de la adolescente, tiene 16 años. (...). La madre dice: “tiene un proyecto de vida diferente”; la madre dice “ella tomó la decisión, pero yo estoy de acuerdo, y quiero la mayor seguridad para ella”. “Fue raro”; dice la hija “me vino en diciembre durante tres días, en enero un día y después se fue, siempre pensé era menstruación y ahora no vino más. Por eso fuimos al servicio, y en la eco sale que estoy de 14 semanas. vimos que deben haber sido pérdidas...”*

Por otro lado, en muchas ocasiones la barrera en el límite de semanas se produce por las demoras o la mala atención en el sistema de salud, que imposibilita el acceso en el marco de la normativa vigente y por ende violan el derecho al aborto de las mujeres.

- 39 años, *“Montevideo. Llamo porque estoy de 11 semanas, ya me hice la eco y análisis de sangre y he ido más de 3 veces a la médica y no me dan para la policlínica de SSyR, he ido, esperado, y me vuelvo sin sobrante y no me agendan. Son muchas las que consultan, tengo la eco desde el 9/3 y decía que estaba de 9 semanas. Estoy preocupadísima, vivo en Suarez y allá no hay atención para esto”*

Estatus migratorio: mujeres migrantes en Uruguay

La ley no permite acceder al aborto a aquellas mujeres que no cuenten con un año de residencia legal en el país, esto no solo constituye una barrera al acceso, sino que también va en contra de las legislaciones que existen en Uruguay al respecto de los derechos de las

personas migrantes⁸, y de los convenios internacionales en materia de derechos humanos, específicamente en asegurar el pleno goce de los derechos sexuales y reproductivos.

- *“Yo me estuve atendiendo en el Hospital Pereira Rosell, ya pasé la 1era y 2da consulta de IVE. Estoy entrando en la semana 7. **El problema es que no me dejarían acceder a la pastilla gratuitamente por no tener residencia y no haber estado un año entero en el país.** Yo soy argentina, vine a vivir a Montevideo a finales de abril de 2019, desde esa fecha me encuentro trabajando y haciendo los aportes correspondientes, pero sin haber empezado los trámites de residencia, (hasta ahora que estoy esperando fecha). Durante el año salí de Uruguay un par de veces por trabajo”*

Las mujeres migrantes que llegan a Uruguay, en su mayoría lo hacen por motivos económicos, políticos y/o sociales, con deseos de radicarse en nuestro país. Tener que transitar un aborto en condiciones de ilegalidad para ellas implica un costo mucho mayor que para muchas mujeres uruguayas, no solo porque deben adaptarse a una nueva cultura, lenguaje y costumbres, también porque en ocasiones no cuentan con personas de confianza y redes en las cuales apoyarse y solicitar acompañamiento.

Además, en la mayoría de los casos las mujeres provenientes de América Latina (los principales orígenes migratorios de las mujeres que llegan a Uruguay en los últimos años han sido: Cuba, Venezuela y República Dominicana), no cuentan muchas veces con las condiciones de vivienda necesarias para poder realizar el procedimiento en privacidad y acompañadas de personas de confianza.

En ocasiones también lo que ocurre es que por el cambio cultural que representa trasladarse de un país y de una cultura a otra, las lógicas del sistema de salud uruguayo le resultan ajenas y no amigables, lo que hace que se vean rechazadas por el mismo.

Pero además en ocasiones estas mujeres no tienen forma de demostrar el año de residencia, aunque sí se encuentren en el país desde el tiempo que dispone la ley.

⁸ Ley de Migraciones, N.º 18.250, Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 6 de enero 2008.

- *“Soy paraguaya, vivo en Uruguay hace casi un año, fui, pero al no tener el año no me dan la medicación...”*

Accesibilidad geográfica y económica.

Esta barrera refiere a la falta de acceso a servicios cercanos de salud que cuenten con el servicio de IVE, considerando que no todas las localidades y barrios de los departamentos en Uruguay cuentan con este servicio⁹. Además, esta barrera se agrava al considerar que no todas las mujeres cuentan con los recursos económicos para trasladarse a otra localidad o departamento, así como los costos económicos y arreglos familiares que implica esta movilización. Por ejemplo, qué hacer con los hijos/as y cómo certificar la falta al trabajo, ya que no existe certificación laboral por IVE. En casos en que las mujeres se encuentran solas y sin apoyo estas situaciones se agravan aún más, ya que deben realizar todo el traslado solas y en ocasiones ocultando su situación a sus parejas, familiares y vecinos/as.

Las dificultades con la accesibilidad geográfica se registraron con mayor frecuencia en los datos analizados en 2015 y 2016, donde relatos como los siguientes eran frecuentes:

- *“Soy del Chuy. Estoy de 10 semanas **con pocas posibilidades de transportarme a otras ciudades, tengo cuatro hijos.**”*

Finalmente le coordinan el IVE 2 en el hospital de otra ciudad, y luego vuelve con los papeles a hacer el IVE 3 en el hospital local, aún no pudo coordinar el cuidado de sus hijos

- *“Soy de Florida, pero **me tengo que ir a Montevideo a atenderme porque mi mutualista allá no tiene nada.**”*

Aun así, la situación con las mutualistas del interior se mantuvo debido a que no ampliaron el servicio en Montevideo, afectando principalmente a las estudiantes que residen en la capital.

- *“Soy socia de una mutualista del interior, por lo que consultó en el sanatorio americano, pero como el convenio no cubre consultas IVE solo me adelantaron la*

⁹ Mas información en: <https://www.mujeresenelhorno.org/aborto-en-uruguay/>

*solicitud de análisis y estudios para confirmar embarazo, el miércoles después de carnaval voy a hacer la consulta. No me dan los plazos, vine a **Montevideo hace dos semanas para terminar mis estudios, me es imposible viajar nuevamente a Artigas para realizar la interrupción del embarazo, por una cuestión económica y porque quiero estar en mi casa***”

En los años siguientes se fue ampliando el servicio y la accesibilidad geográfica mejoró. Sin embargo, durante 2020 vuelven a ser frecuentes estas dificultades. En parte por el funcionamiento de los servicios en el marco de la pandemia, que ha obstaculizado la atención en el primer nivel de atención, y, por otro lado, porque se encuentran más barreras en cuanto a la objeción de conciencia; que se vehiculizan obstaculizando la información. Como muestra el siguiente relato:

- *“y no solo que me cobraron como \$900 sino que la persona que me atendió y que tuve problema porque no quería pagar ese monto por una eco, no es lo que dice la Ley, me dijo que quedaba dada de baja de la mutualista después de esa Eco”*

En algunos servicios se menciona el cobro de costos inadecuados, ya que a las mujeres se les solicitaban pagos que no corresponden:

“Llamo para preguntar porque cuando coordiné la ecografía de control me cobraron \$1000” (según el artículo N° 25, los gastos del procedimiento van por cuenta del centro de salud y no pueden superar el valor de un ticket).

Acceso a la información

La ley existente en nuestro país conlleva una serie de pasos y procedimientos que las mujeres deben realizar para poder acceder a un aborto dentro del sistema de salud. Estos pasos no son sencillos, sino que estipulan varias visitas al sistema de salud, agendas y consultas médicas y plazos que en ocasiones exceden las semanas de gestación estipuladas por la ley, obstaculizando el acceso al aborto por negligencia o cuestiones burocráticas.

De este modo el acceso a la información se constituye como una barrera, al no contar con la información necesaria sobre el procedimiento y hacer valer el derecho del acceso al aborto y al asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Los hechos confirman en muchas ocasiones: informaciones erradas, costos inadecuados, mala praxis y negligencia de las y los distintos actores que forman parte del sistema de salud.

- *“Me trataron mal en el hospital (interior del país), no me explicaron nada, me dijeron que leyera todo en su casa y que si estaba sola no podía interrumpir.”*

Los casos de información inadecuada tienen que ver en ocasiones con el acceso, pero en otros casos con los procedimientos:

- *2018 “me dijeron que por seguridad mejor me internaban y me hacían todo el procedimiento en sanatorio, con pastillas y si no expulsaba luego aspirativo o legrado. Estaba nerviosa por eso llamé, para saber si estaba bien, que no le dieron a elegir”.*

En ocasiones se constataron irregularidades que dan cuenta de la falta de empatía ante situaciones de vulnerabilidad, como este caso de 2018:

- *“tuve una situación de violencia física con mi pareja. Durante la internación (a causa del episodio de violencia) me hicieron eco y estaba de 5 semanas (no se veía feto aún), estaba horrorizada, no quería. No me informaron sobre la policlínica de IVE ni nada”*

Y en otros casos, la barrera de información puede poner en riesgo la salud de las mujeres:

- *“Soy Rh es negativo, mucha información no me dan, solo el pase, como ya tuve dos partos, recordaba la importancia.”*

- *“Vi que me iban a demorar en la mutualista, porque me daban fechas para mucho más adelante, pero fui a sobrantes y conseguí adelantar consultas, en distintas policlínicas: en Malvín (me atendió un médico muy mal, me dijo que debía hacer control del embarazo y luego comenzar el IVE, luego fui al Central y a una Pol. de Belloni, demoré dos semanas en que me dieran la mediación- cuando llamó estaba en el durante, y se había puesto el misoprostol. Llamé para saber si podía comer y para consultar porque no había tenido sangrado- **en ninguna consulta me explicaron nada de nada. Me dijeron que buscara en internet, y leyera el consentimiento informado.**”*

- *“En la emergencia "fue todo horrible", como vi que había empezado fui porque pensé que quizás no tenía que tomar las miso. En todas partes me decían que no tenían idea que tenía que hacer, la policlínica de SSyR no atendía hoy, en la emergencia no sabían, fui a un médico de medicina general, que tampoco sabía, pero llamé a alguien y me dijo que igual las colocara a las 12 hs. "Pasamos por todos lados con mi marido “A la hora de colocarlas ya ha tenido la evacuación”*

- *Recibió asesoramiento en el Programa Mujer de la mutualista, IVE I y II, la medicación la recibió en servicio a la que la derivaron. Tenía el DIU cuando quedó embarazada lo informó a los 3 ginecólogos que vio a lo largo del procedimiento, pero ninguno se lo quitó. "Ninguno de los médicos que me vieron por IVE me quito el DIU, exponiéndome a un rezongo del ginecólogo de que me atendió por IVE... que de onda me lo quitó"... " falta de información, entre profesionales que no me quitaron el DIU"... " cuando le dije a la nurse me indico que fuera al servicio y que si allí no me lo quitaban volviera que ella lo hacía"”.*

- *“se atiende en mutualista, el primer ginecólogo me dijo que no me podía atender y me derivó a otro que está de licencia hasta mediados de abril, me dieron fecha para luego del 20 de abril para la eco. Me atiende en Colonia no sabía bien que hacer porque me pasaba de fecha”*

- *“En la parte de ginecología del hospital, la administrativa me dijo que no tiene para eco antes y que solo después me daría hora para el equipo”*
- *“A la junta médica la vi precaria; como que no me asesoraron en nada, no me explicaron nada. Me preguntaron por qué quería interrumpir y si mi pareja estaba de acuerdo (no tiene pareja). Igual fue poco para lo que yo esperaba, creí que me iban a preguntar más. Yo solo quería pedirles que no me negaran esa posibilidad”.*

Maltrato en el servicio.

Esta barrera se vincula con las dificultades de acceso a la información, la demora en los procedimientos y el no cumplimiento con la confidencialidad, sin embargo, por ser tan frecuente decidimos incluirla como una categoría en sí misma. Abarca situaciones en que las mujeres se han sentido violentadas en el servicio de salud, en la mayoría de los casos, como una forma encubierta de objeción de conciencia. Esta barrera genera una vivencia traumática donde no debiera haberla, y pone en peligro la salud de las mujeres.

- 2018. *“Si bien en un principio la idea era continuar el embarazo, desde el comienzo estuve con pérdidas y dolores muy fuertes, tras realizarse una eco me informan que tenía desprendimiento del saco gestacional y debía permanecer en reposo. Así estuve por dos semanas y al volver al médico me informan que no hubo mejoría. Frente esto, y que ya tenía un montón de miedos y dudas, planteó la posibilidad de interrumpirlo, la ginecóloga, que era mi médica de siempre, comenzó a maltratarme y juzgarme, me dijo que se fuera al programa de la mujer sin informarme nada ni entregarle los formularios necesarios para dar comienzo al ive. Cuando voy a ginecología para averiguar cómo seguir, me piden los formularios, al comentar que la doctora no me los entrego ellos me dicen: “no es la primera vez que lo hace, es que ella está en contra del aborto”.*
- 2020 *“tenía sangrado terrible con coágulos enormes. Me dicen que estaba bien, pero no me dieron hora para el ginecólogo/a porque no dan fecha para policlínica. Fui a la emergencia porque era mucho el sangrado, así veían la eco, 7 horas esperando y le dicen que el sangrado era normal. Hace 5 días aún tenía*

coágulos. con olor y luego para y era más rosado y poco. Me tiene repodrida imaginate. tiene olor feo”

Este caso refiere a un aborto espontáneo, donde se la estuvo acompañando en el proceso de expulsión pues estaba muy angustiada ya que era un embarazo deseado.

- *“El médico de la mutualista me dijo que me pasaba esto por vieja. No me dieron más de 4 pastillas para el proceso y tuve que ir el domingo a repetir, me pusieron las pastillas ellos mismos en la boca para que las disolviera, ¡supongo que pensarían que las vendería!”*

Otro caso relata una consulta con el Dr. de la mutualista que no solo no le brinda información sobre cómo tomar las pastillas, sino que el cumulo de situaciones que la mujer vive después de esto perjudican en forma importante su proceso de aborto.

- *"me respondía con monosílabos, si, no. Me preguntaba ¿leíste el papel? Con respecto a esto tengo una queja; ¡ellos te dan un montón de papeles que dicen lo que te puede pasar y todo eso, pero después ellos se quedan con el papel! Vos te vas con un papelito como una tarjeta personal que dice cómo tomarte las pastillas y nada más. 0 información".*

Cuando toma la primera dosis de pastillas relata que “allí empieza mi calvario”. No tuvo efecto esa primer dosis por lo que va a la emergencia de la mutualista, allí la atiende un médico que no le dice su nombre, la mira mal y luego viene otra doctora que es quien la atiende (no sabemos si es porque es objetor y sobre esto la pregunta *¿Se puede objetar en una emergencia?*). La Dra. que la atiende, le dice que no expulsó nada y que le tiene que hacer una maniobra con la mano para que "empiece a bajar" "**nunca imaginé que el dolor iba a ser tanto, yo tuve una hija, pero este dolor fue muy fuerte**". Le hacen eso, lo que le causa dolor y la mandan para la casa. A los días se sigue sintiendo mal (dolor como de ovarios permanente, vómitos y dolor de cabeza) y vuelve a ir a la emergencia. El médico que la atiende, tampoco le dice su nombre y le dice que no le pasa nada que tiene que esperar a que baje todo; ella insiste en que no se va a ir hasta que la examinen bien, entonces le hacen eco y un hemograma, de lo cual resulta que no expulsó el saco

gestacional y tiene anemia. El médico la mandó a la casa con más misoprostol y antibióticos.

Al otro día sangra mucho, siente que tiene una hemorragia por lo que vuelve a ir a la emergencia. ¡La siguen increpando con preguntas de porqué volvió a lo que ella dice “¡Volví porque me siento mal y no soy médica! ***No entiendo para qué hicieron esto legal si nos van a tratar así. Volví porque supuestamente no se puede mojar dos toallitas en 1 hora y yo mojé 4 en 30 minutos***” Le hacen otra eco, está expulsando en ese momento (por eso la hemorragia). Le dijeron que debía continuar tomando la medicación y ella no estaba segura ***"nadie me explicaba que me estaba pasando, yo no sé los efectos del misoprostol, no sabía los efectos que iba a causar en mi cuerpo"***.

Al día siguiente tuvo consulta con el ginecólogo “*lo vi y era un señor grande y me esperé lo peor, pero nada que ver. Me atendió muy bien, me explicó todo y me dijo - Esto está todo mal hecho desde el comienzo-. Así es que las mujeres recurren a donde no tienen que recurrir. Es la primera vez que veo que pasa esto en esta mutualista. Se ve que lo agarraste en un mal día al Dr., en la historia clínica no hay nada escrito de lo que me contás qué te pasó-*. Le hicieron eco y ya está todo ok.

Dice ***"Yo ya lloré por mí; fue un calvario de 25 días para poder hacer esto; no acceder a las pastillas, poder hacerme el aborto completo. Tengo mucha angustia por esas mujeres que están solas y tienen que pasar por esto. Yo gaste \$2500 en ecografías de urgencia que si yo no insistía ellos no me iban a hacer. Tengo mucha rabia porque esto le puede pasar a mujeres que no tienen plata o que no saben sus derechos y no pueden acceder a nada. Yo tenía dinero y contención de mi familia, pero hay muchas mujeres que no y este sistema médico patriarcal las deja solas y encima las juzga. Yo quiero hacer algo para poder aportar a que algo de esto se sepa y cambie"***.

Este relato, aunque extenso, nos pareció relevante presentarlo como fue narrado por las formas que adopta el maltrato que padecen las gestantes dentro de los centros de salud. La desacreditación que recae sobre su palabra y la falta de escucha por parte del equipo sanitario de atención; promueve una grave situación de comunicación que redundo no solo en un perjuicio para la salud de las mujeres sino también para garantizar el goce de sus derechos.

Otra forma de violentar a las mujeres que se reitera en los relatos es la insistencia durante la ecografía de observar al feto, cómo en estos casos de una mutualista:

- *“tuve problemas con la Dra. que me hizo la eco, sabia para que me hacia la eco y me dijo querés conocerlo, fue re violento, ya emití la queja”*
- *“Soy de una mutualista montevideana. La ecografista, aunque sabe que quiero abortar me dice si quiero escuchar los latidos. Me sentí muy violentada, yo estaba decidida, pero vulneró mis derechos. Me derivaron a servicios externos donde terminan cobrándome todo, ecografías, pastillas e inyección.”*

Objeción de conciencia

El artículo N° 11 de la Ley N°18.987, de interrupción voluntaria del embarazo (2012) establece la posibilidad de la objeción de conciencia para los médicos ginecólogos y el personal de salud que deban intervenir en los procedimientos de aborto, estos, deberán comunicar su voluntad a la institución a la que pertenecen y podrán hacerlo en cualquier momento del proceso. Sin embargo, la Ley no define la objeción de conciencia ni define en qué circunstancias puede aplicarse, Esta práctica, extendida en el territorio nacional, ha generado durante mucho tiempo que en algunos departamentos no se pudiera aplicar la Ley por falta de disponibilidad de profesionales en los servicios, aún en 2019 se registró que *“persiste una barrera importante en el alto porcentaje de ginecólogos objetores de conciencia”* (Botero et al, 2019)

Si bien se observa una mejora en cuanto a la disponibilidad de servicios, persiste la objeción de conciencia en las prácticas de los servicios, como en este caso del año 2020:

“Mi ecografista me dijo que ya no puedo interrumpir el embarazo porque estoy de 12 semanas, pero en el papel que me dio decía 10 + 1”.

Objeción de conciencia solapada:

- *“En la segunda ecografía me hicieron escuchar los latidos. No todo el equipo profesional fue tan abierto como debería haber sido, tuve dos veces consulta interdisciplinaria ya que cuando fui a la 3 entrevista para recibir medicación otra vez estaba la psicóloga con la ginecóloga y volvieron a preguntar: ¿por qué estaba*

tomando la decisión?, ¿porque no había usado condón? que la responsabilidad de usar condón también era mía. Salí requemada de la entrevista". (2016)

- *"En la mutualista de Lavalleja me atendió una ginecóloga que me dijo que ella ayudaba a traer vidas no a abortarlas, y me dio pase al equipo de Salud Sexual y Reproductiva, sin estudios ni nada de información". (2018)*

Demora en los plazos de la ley.

Esta barrera atenta directamente con el cumplimiento de la ley, ya que se producen demoras que hacen que las mujeres se pasen del plazo de 12 semanas y 6 días, imposibilitando el acceso al derecho del aborto y violando la Ley N° 18.987 y la Ley N° 18.426.

- *"Vivo en las afueras de Montevideo y soy socia de mutualista acá. Ya hice Eco y análisis de sangre, pero para la entrega de las pastillas no hay número de consultas urgente, me dan para dentro de un mes y ahí ya estaría fuera de los plazos, ¿qué debo hacer?"*

Durante el año 2020 recibimos numerosas consultas respecto a la atención en el marco de la pandemia COVID 19. Si bien los servicios de salud sexual y reproductiva no se suspendieron encontramos situaciones en las que se suspende la atención y no se les dan alternativas a las mujeres para acceder al aborto:

- *"me dicen que no pueden atenderme, la razón que me dan es el COVID"*
(2020)

Demora que hace que las mujeres se pasen del plazo de 12 semanas y 6 días:

- 2020 *"Fui a la policlínica, dije que era por IVE, en mutualista, igual me demoraron en dar los análisis y cuando accedo a la eco estaba pasada de semanas. Mi embarazo es producto de violación"*

- 2018 *"La ginecóloga me dijo que si quería interrumpir ella no estaba de acuerdo y me pasó un teléfono con el cual no he podido comunicarme."*

- *"comencé el proceso a principios de enero en la médica, la ginecóloga me la fue dilatando, no me mandaba la eco, me mandó estudios de sangre, etc. Pero me fue*

diciendo que tenía que controlarse etc. cuando decido ir a central, tenía 10 semanas, y entre una vuelta y otra (me exigían pase a equipo ive) llegue a las 12 semanas y 3 días y me dicen que ya no se puede hacer"

- *"Cuando le dije al Dr. que quería abortar me dice que esperara 15 días más para volver a hacer ecografía, para "asegurarse de que haya embrión y que no tenga cargo de conciencia por realizar un aborto".*

Situaciones de violencia

Como mencionamos en la introducción a las barreras, las situaciones de violencia de género no suponen una barrera formal de acceso a la ley, pero sí constituyen factores socioculturales que hacen que el tránsito por el proceso sea más complicado aún, y en ocasiones en que las mujeres se encuentren en riesgo de vida por la decisión que están tomando ante un embarazo producto de una violación y/o en una situación de violencia directa hacia su persona.

- *"Mi expareja, que me amenaza a mí y a mis hijos, tiene sexo conmigo sin mi consentimiento y sin protección. Estoy embarazada, y asustada, siento que no tengo salida." (2020)*

Además, en estos casos si la atención del personal de salud no es empática y omite, por negligencia o por omisión la información necesaria, las mujeres se encuentran ante un callejón sin salida: de continuar un embarazo en muchas ocasiones no deseado, producto de una violación¹⁰, en un contexto de violencia física.

- *"Mi pareja me golpeó estando embarazada. Quiero interrumpirlo. Me internan por los golpes que recibí. Me hacen una ecografía y ven que estoy de 5 semanas. Saben que quiero abortar, pero no me informan nada más. ¿Qué debo hacer?"*

¹⁰ Como se mencionó más arriba la ley establece un límite de 14 semanas en el acceso al aborto, para los embarazos que sean producto de violación. En estos casos las mujeres deben presentar una denuncia policial.

- *“Fui violada. Pido atención por IVE y cuando accedo a la Eco ya estaba fuera de los plazos de la ley. ¡Demoraron en agendarme y nunca me dijeron nada sobre los plazos en caso de violación!”*

5. Reflexiones colectivas

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos universales amparados en nuestro país por el marco legislativo.

Con respecto a la legislación, entendemos que, si bien ha sido un avance, en la medida en que Uruguay fue el primer país en Sudamérica en contar con un marco regulatorio, hay derechos que no quedan amparados como los de las mujeres migrantes, cuando no han alcanzado o no pueden probar un año de residencia. Por otro lado, los plazos establecidos por la ley son restrictivos en particular ante las dificultades de gestión de los servicios de salud y en casos de violencia.

Pero, además, la ley está pensada de forma tal que el proceso de realizarse un aborto en el sistema de salud, donde las mujeres deben afrontar muchas veces la objeción de conciencia solapada de los funcionarios, y aún en los casos en que existen buenas prácticas de atención, el proceso es lento y engorroso. Esto obliga a las mujeres a sopesar su decisión con personas externas a su vida, situándonos en un lugar de tutelaje. Y en los casos en que se vulneran los derechos y existe maltrato, llega a ser un proceso muy doloroso y que revictimiza a las mujeres por la decisión que tomaron, generando incluso secuelas psicológicas y personales.

De acuerdo con los registros que corresponden a las personas que nos han consultado, en los últimos 5 años persisten barreras de atención en los servicios. Merece especial atención, la objeción de conciencia, que cuando no es informada, genera situaciones de violencia para las mujeres, retrasos y otros obstáculos para el acceso a la atención en los servicios de salud.

A partir de nuestros registros identificamos dificultades en el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en cuanto a la confidencialidad de la información, dificultades en cuanto al asesoramiento y acceso a la información, dificultades en los servicios de emergencia, falta de protocolo y formación de recursos humanos, barreras geográficas y económicas para los procedimientos y vencimiento de plazos previstos por la

ley por causas imputables a los profesionales de la salud o a la institución así como malos tratos en los servicios.

Por último, persisten barreras asociadas a la penalización cultural del aborto. Podemos afirmar que sigue siendo difícil para las mujeres en Uruguay llegar de forma temprana a los servicios de salud por miedos, por el estigma que aún sigue vigente dada la penalización cultural. Y por lo mencionado más arriba, en el entendido que la ley no se encuentra enmarcada en una defensa de la autonomía de las mujeres, desde la concepción de los derechos sexuales y reproductivos, sino que nos sigue poniendo en un lugar de tutelaje.

De este modo, consideramos esencial rescatar las buenas prácticas en asesoramiento en derechos sexuales y reproductivos que existen en el sistema de salud uruguayo, ya que, en gran parte, el personal de la salud se esmera día a día para ayudar a las mujeres a atravesar los obstáculos de la ley y asesorarlas lo mejor posible, de manera integral. Estas buenas prácticas son las que nos marcan el camino a seguir para lograr una mayor democratización de la ley y una apropiación de la misma como un derecho de todas y todos los uruguayos.

Por otro lado, la tarea educativa también resulta esencial, la difusión de la ley y del marco normativo de los derechos sexuales y reproductivos, el conocimiento de cómo funciona la misma y cuales son nuestros derechos hace posible la ayuda entre mujeres, parejas, amigos/as y familiares. En el entendido que una comunidad informada y empática ante la situación de quienes conviven con nosotras implica un paso hacia una sociedad mejor, en donde el perjuicio, el estigma y la discriminación sean dejados de lado al escuchar y ponerse en el lugar de la otra, más allá de nuestras creencias, idiosincrasias y posicionamientos políticos y filosóficos con respecto al aborto.

Este es el objetivo de nuestra colectiva y ha sido el de nuestro trabajo durante todos estos años.

Les invitamos a visitar nuestra página web: www.mujaeresenelhorno.org

Bibliografía

Botero, Sonia Serna, Cárdenas, Roosbelinda, & Zamberlin, Nina. (2019). ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (33), 137-157. Epub February 10, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.08.a>

Bergallo, Paola, Jaramillo, Isabel y Vaggione, Juan Marco (Comps) (2018) *El aborto en América Latina Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina

Camacaro Cuevas, Marbella. (2006). VOCES SOBRE LA VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11(26), 055-070. Recuperado en 01 de noviembre de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012006000100004&lng=es&tlng=es.

Díez Calzada, José Antonio, & Miras Boronat, Núria Sara. (2019). S. García Dauder y E. Pérez Sedeño, Las “mentiras” científicas sobre las mujeres. *Crítica (México, D.F.)*, 51(151), 117-122. Epub 15 de abril de 2020. <https://doi.org/10.22201/iifs.18704905e.2019.05>

Díez Calzada, José Antonio, & Miras Boronat, Núria Sara. (2019). S. García Dauder y E. Pérez Sedeño, Las “mentiras” científicas sobre las mujeres. *Crítica (México, D.F.)*, 51(151), 117-122. Epub 15 de abril de 2020. <https://doi.org/10.22201/iifs.18704905e.2019.05>

Hartsock N.C.M. (1983) The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. In: Harding S., Hintikka M.B. (eds) *Discovering Reality. Synthese Library*, vol 161. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/0-306-48017-4_15

López, J. (2020). Aborto, contramovilización y estrategias de comunicación contra la expansión de derechos en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 6, 1 - 36. doi:<http://dx.doi.org/10.24201/reg.v6i0.621>

López-Gómez A, Couto M, Píriz G, Monza A, Abracinskas L, Ituarte ML (2017) Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 2017; 59:577-582.

Mines-Cuenya, Ana. (2015). La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(1), 20-47. Retrieved October 31, 2020, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012015000200002&lng=en&tlng=es.

Miranda Lucas, Maria Jose, & Comas d'Argemir, Dolors. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, (38), 37-53. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>

Ministerio de Salud Pública (2020) “Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay”. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy//comunicacion/comunicacionnoticias/salud-embarazo-adolescente-mortalidad-infantil-basso-msp-cifras-fecundidad>

Pizzarossa, L. (2018). Legal barriers to access abortion services through a human rights lens: The Uruguayan experience. *Reproductive Health Matters*, 26(52), 151-158. Retrieved October 11, 2020, from <https://www.jstor.org/stable/26605075>

Pousadela, I.M (2016) Social Mobilization and Political Representation: The Women’s Movement’s Struggle for Legal Abortion in Uruguay. *Voluntas* 27, 125–145 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11266-015-9558-2>

Rivera, Jorge (2020) “El delito de Aborto en la Legislación uruguaya”. Disponible en: <https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2020->

[06/El%20delito%20de%20Aborto%20en%20la%20legislacio%CC%81n%20uruguay%20-%20Jorge%20Rivera.pdf](#)

Segato, Rita. (2018) “Contra-pedagogías de la crueldad”. Buenos Aires. Ed. Prometeo Libros.

Velasco, M. (2005). Dauder,S. 'Psicología y feminismo. Historia olvidada de las mujeres pioneras en psicología'. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social*, 1(8). doi:<https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n8.245>