



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA
NATURALEZA (ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO: DIFICULTADES DEL ABORTO LEGAL EN URUGUAY**

LORENA CAROLINA MONCALVO DALMAS

Foz de Iguazú
2017

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y DE LA
NATURALEZA (ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO: DIFICULTADES DEL ABORTO LEGAL EN URUGUAY**

LORENA CAROLINA MONCALVO DALMAS

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, como requisito parcial a la obtención del título de Bacharel en Salud Colectiva.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula Araujo Fonseca

Co- orientadora: Prof. Dra. Lorena Rodrigues Tavares De Freitas

Foz de Iguazú
Diciembre, 2017

LORENA CAROLINA MONCALVO DALMAS

**BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO: DIFICULTADES DEL ABORTO LEGAL EN URUGUAY.**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, como requisito parcial a la obtención del título de Bacharel en Salud Colectiva

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula Araujo Fonseca
UNILA

Prof. Dra. Elena De Oliveira Schuck
UNILA

Prof. Dra. Karine Brito Dos Santos
UNILA

Foz do Iguaçu
Diciembre, 2017

Dedico este trabajo con mucho amor a mi madre, mujer inspiradora.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mi orientadora y co-orientadora por tanto aprendizaje juntas, sin sus contribuciones y orientaciones este trabajo no hubiera sido realizado con tanto entusiasmo. Estarán siempre presentes en cada paso de mi trayectoria profesional.

A los miembros de la Banca y su generosidad por haber aceptado participar.

A cada una de las mujeres que entrevisté, sin su relato no hubiera sido posible realizar este trabajo. Agradezco por dejarme conocer cada historia, cada relato, realmente aprendí mucho más de lo que imaginé, y me inspiran a seguir luchando por nuestros derechos.

A las mujeres maravillosas de mi familia las cuales admiro profundamente, mi madre y mis hermanas, quienes desde el primer día me motivaron a realizar este viaje de cuatro años lejos de mi hogar, y a la distancia siempre me hicieron sentir tan acompañada, en cada momento, les agradezco infinito por cada apoyo, y por cada visita en Foz. Además, al pequeño Renato, sobrino amado, regalo de mi hermana mayor.

A mi abuela, mis tías, y mis primas, familia que siempre está presente, en la distancia, en cada bienvenida, y en cada despedida.

A mis amigas del alma, Dahia, Dana, y Nati, siempre presentes, en cada logro, como en cada momento difícil, siempre confiando en mí, dándome fuerzas en este camino, y aceptándome como soy. Agradezco a la vida tener amigas así.

A mis amigos de la UNILA, quienes con tanto aprendizaje construimos una amistad tan intensa, a Alesson, a Tavi, y a Mari.

A mi turma 2014, con quienes aprendí lo que es la integración latinoamericana, en cada día compartido.

A mi compañero Jean, que con cuanto cariño siempre estuvo presente, con un apoyo incondicional.

A mis compañeros de casa, por darnos apoyo en el día a día, por dejarme compartir sus mamás en cada visita, por cada mate compartido, y por hacerme sentir “en casa”.

A todos y todas ¡MUCHAS GRACIAS!

DALMAS MONCALVO, Lorena Carolina. **Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo:** dificultades del aborto legal en Uruguay. 2017, p.107. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Salud Colectiva) – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz de Iguazú, 2017.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo principal identificar cuáles son las barreras, dificultades y/o limitaciones de acceso y funcionamiento de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en el Sistema de Salud de Uruguay, según la Ley 18.987. Con este fin, en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sobre la conquista de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a nivel global, para llegar al proceso histórico de la implementación de los servicios de aborto en Uruguay. De esta manera, se describe y analiza cada etapa del funcionamiento de los servicios de IVE. La segunda etapa de esta investigación se trata de una investigación empírica de estudio de caso, con abordaje cualitativo. Para esto, la colecta de datos se realizó mediante entrevistas con rotero y semi estructuradas, siendo divididas en dos grupos con diferentes criterios de inclusión y exclusión. El primer grupo de la muestra fue compuesto por profesionales del área de la salud sexual y salud reproductiva, y el segundo grupo, por mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo dentro del marco legal, en la ciudad de Montevideo. Para el análisis de caso, se identificaron tres etapas: 1) reducción: tratándose sobre el proceso de selección de los datos obtenidos mediante las entrevistas realizadas, 2) exhibición: se refiere a la organización de los datos previamente seleccionados, con el objetivo de posibilitar el análisis, y 3) conclusión y verificación: en esta etapa se buscó dar significado y explicaciones a los datos. Como principales **resultados** concluimos que las barreras identificadas durante el proceso de IVE son diversas. Podemos clasificarlas de una manera general de la siguiente manera: a) barreras de la propia Ley, b) barreras de acceso al servicio, c) dificultades en el funcionamiento de los servicios, d) fallas en la atención de los Profesionales de la Salud y, por último e) el estigma vivenciado por las mujeres. Se nota así, un procedimiento extenso, con excesos de plazos y requisitos para acceder a la práctica en sí, lo que dificulta directamente en la calidad de atención hacia las mujeres. Se discute a partir de los resultados obtenidos, el aborto como además de ser un problema de Salud Pública, también es un problema de la Salud Colectiva. Se propone así, un debate reflexivo y crítico, sobre las mudanzas de paradigmas que nortean el abordaje del aborto en el Sistema de Salud de Uruguay, con mirada hacia una Salud Colectiva integral, y humanizada.

Palabras clave: Uruguay. Aborto. Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Salud Colectiva.

DALMAS MONCALVO, Lorena Carolina. **Barreiras de acesso da interrupção voluntária da gravidez:** dificuldades do aborto legal no Uruguai. 2017, p.107. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-americana, Foz de Iguaçu, 2017.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal, identificar quais barreiras, dificuldades e/ou limitações de acesso e funcionamento dos serviços de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVE), no Sistema de Saúde do Uruguai segundo a Lei: 18.987. Com essa finalidade, a princípio foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a conquista dos Direitos Sexuais Reprodutivos a nível global, para chegar a um processo histórico da implementação dos serviços de aborto no Uruguai. Desta maneira, se descreve e analisa cada etapa do funcionamento dos serviços do (IVE). A segunda etapa dessa pesquisa se trata de uma investigação empírica de estudo de caso, com abordagem qualitativa. Para isso, a coleta de dados realizou-se mediante entrevistas semi estruturadas, informais, sendo divididas em dois grupos com diferentes critérios de inclusão e exclusão. O primeiro grupo foi composto por profissionais da área de saúde sexual e saúde reprodutiva, e o segundo grupo, por mulheres que interromperam voluntariamente sua gravidez dentro do marco legal na cidade de Montevideo. Para a análises de caso se identificaram três etapas: 1) redução: tratando sobre o processo de seleção dos dados obtidos mediante as entrevistas realizadas, 2) exibição: refere-se à organização dos dados previamente selecionados, com o objetivo de possibilitar a análise, e 3) conclusão e verificação: nessa etapa buscou-se dar significado e explicações aos dados. Como principal resultado identificamos que as barreiras encontradas durante o processo de IVE são várias e diversas. Podemos classifica-las de uma maneira geral das seguintes formas: a) barreiras da própria lei; b) barreiras de acesso ao serviço; c) dificuldades no funcionamento dos serviços; d) falhas na atenção dos profissionais e) o estigma. Assim, nota-se um procedimento extenso, com excesso de prazos e requisitos para acessar a prática em si, o que dificulta diretamente na qualidade da atenção em relação às mulheres. Discute-se a partir dos resultados obtidos, como o aborto além de ser um problema de saúde pública, também é um problema de saúde coletiva. Dessa forma, propõe-se um debate reflexivo e crítico, sobre as mudanças de paradigmas que norteiam a abordagem do aborto no sistema de saúde do Uruguai, com um olhar sintetizador de uma Saúde Coletiva integral e humanizada.

Palavras chaves: Uruguai. Aborto. Direitos Sexuais. Direitos Reprodutivos. Lei de Interrupção Voluntária da gravidez. Saúde Coletiva.

Lista de figuras

Figura 1 - Porcentaje de Profesionales objetores de conciencia por departamento.....	56
--	----

Lista de tablas

1) IVE realizados en Uruguay por mes. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	50
2) IVE realizados en Uruguay por año, según grupo de edad. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	51
3) Tasas de IVE (cada 1.000 mujeres, por edad). Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	52
4) Datos de IVE ocurridos en Uruguay por territorio. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	53
5) Datos de IVE ocurrido en Uruguay por año, según continuación de embarazo. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	53
6) IVE por año, según prestador de servicios. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.....	54
7) Según causas de IVE. Periodo entre 2013-diciembre 2016.....	54
8) Datos de consulta por IVE 4 ocurridos en Uruguay por año-anticoncepción. Periodo entre 2013-diciembre 2016.....	55

9) Descripción de la Muestra Grupo 1:.....	59
10) Descripción de la Muestra Grupo 2.....	76

Lista de abreviaturas y siglas

ACO	Anticonceptivos orales
DIU	Dispositivo intra uterino
H.E	Hospital Evangélico
IAMC	Instituciones de asistencia médica colectivas
IAMC	Instituciones de asistencia médica colectiva
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
MAC	Métodos anticonceptivos
MIVE	Mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo
MSP	Ministerio de Salud Pública
OC	Objeción de Conciencia
OI	Objeción de ideario institucional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPA	Organización Panamericana de Salud
PS	Profesionales del área de la Salud
SC	Salud Colectiva
SE	Sociedad Española (Hospital)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UNILA	Universidad Federal da Integración Latino-Americana

Índice General

1 INTRODUCCION.....	14
1.1 Objeto de investigación.....	15
1.2 Objetivos de la Investigación:.....	16
1.2.1 Objetivo General.....	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
1.3 Justificativa.....	16
1.4 Hipótesis de la investigación.....	17
1.5 Metodología.....	18
2 DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES.....	21
2.1 MOVIMIENTO FEMINISTA.....	21
2.1.1 Primera ola.....	23
2.1.2 Segunda ola.....	25
2.1.3 Tercera ola.....	27
2.2 ANTECEDENTES DE LA CONQUISTA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DERECHOS SEXUALES.....	28
2.3 ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	32
3 LUCHA POR EL ABORTO LEGAL EN URUGUAY.....	42
3.1 MOVIMIENTOS SOCIALES A FAVOR DEL ABORTO.....	42
3.1.1 Proyectos de ley.....	42
3.2 NEGOCIACIONES POLÍTICAS PARA APROBAR LA LEY.....	45
3.3 Obstáculos, y el Veto del Ejecutivo uruguayo.....	46
4 LEY DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, LEY 18.98750	
4.1 3.1. LEY APROBADA.....	50
4.2 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.....	56
4.3 OBJECIÓN DE CONCIENCIA Y OBJECIÓN DE IDEARIO.....	64
5 ANALISIS DE DATOS.....	67
5.1 RELATOS, Y EXPERIENCIAS.....	67

5.2 GRUPO 1: LA VOZ DE LOS PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD.	67
5.3 GRUPO 2: LA VOZ DE MUJERES QUE INTERRUMPIERON SU EMBARAZO.....	87
6 CONSIDERACIONES FINALES.....	109
7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	112
8 ANEXOS:.....	115

1 INTRODUCCION

A partir de la implementación de la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Sistema de Salud de Uruguay debió moldearse a este cambio paradigmático de derecho de las mujeres. Siendo así, este trabajo fue pensando con el interés de mostrar la realidad sobre el aborto en Uruguay más allá de las cifras, más bien desde el punto de vista de las mujeres, y su experiencia con el fenómeno, trayendo así, una contribución de análisis desde el área de la Salud Colectiva.

La motivación de trabajar en esta área es rescatar la voz de las mujeres, y dar a conocer sus historias. Mujeres que ejercen sus derechos, y conociendo el estigma al cual se afrontan al abortar, toman una decisión responsable de no ser madres en un momento determinado de sus vidas.

Infelizmente por causa del prejuicio aún presente en nuestra sociedad, esto muchas veces es lo que menos se aprecia.

Siendo un área o un tema “ya resuelto” para Uruguay con esta Ley, insisto que conocer la realidad del funcionamiento de los servicios, es parte del monitoreo y evaluación de las políticas públicas que se implementan, siendo así responsabilidad del Estado que éstas funcionen de una manera adecuada, eficaz y eficiente, ya que todas las mujeres, independiente de cualquier condición, tenemos derecho a servicios de calidad.

A nivel personal, considero esta área de Salud de la Mujer, como una manera de militar como feminista, contribuyendo como Sanitarista con el fin de lograr servicios acorde a nuestros derechos, y disminuyendo las brechas de desigualdad aún presentes, desde una perspectiva de género, que respete nuestras subjetividades.

1.1 OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio pretende identificar las barreras, dificultades y/o limitaciones de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo seguro y

legal en los servicios de salud de Uruguay, analizando la calidad de asistencia desde la perspectiva de las usuarias que ejercerán sus derechos sexuales y reproductivos, como también una visión de profesionales/activistas relacionados a la implementación de la Ley.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1 **Objetivo General**

Investigar el proceso del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las usuarias en la asistencia asegurada por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

1.2.2 **Objetivos Específicos**

- a-Realizar una revisión bibliográfica sobre la conquista de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a nivel global.
- b-Investigar el proceso histórico y los actores envueltos en la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de Uruguay.
- c-Describir los protocolos, y modificaciones en el Sistema Nacional Integrado de Salud, para la implementación de los servicios.
- d-Observar, describir y analizar paso a paso, cuales son las etapas para la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de Salud de la ciudad de Montevideo.
- e-Identificar barreras, dificultades y/o limitaciones que las mujeres pueden pasar, para acceder al aborto en el Sistema de Salud.
- f-Analizar la calidad de atención a la interrupción voluntaria del embarazo sobre la perspectiva de usuarias y de profesionales involucrados en la implementación de la Ley.

1.3 JUSTIFICATIVA

Este estudio tiene relevancia tanto para el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, como para la sociedad uruguaya en sí, contribuyendo en el campo científico de la salud desde una perspectiva de análisis de Salud Colectiva. Permitirá conocer la realidad, tanto como dificultades, y desafíos sobre la Implementación de la Ley N°18.987, que garantiza a sus usuarias la interrupción voluntaria del embarazo, legal y segura.

Contribuirá con el conocimiento permanente, actualizado y constante, en busca de identificar cuáles son las barreras y limitaciones para la interrupción voluntaria del embarazo, que dificultan el libre ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, evidenciando los obstáculos que se deben afrontar.

De esta manera, colaborará para el fortalecimiento de estudios que proporcionen un análisis de la realidad del funcionamiento de los servicios, auxiliando a la hora de planear estrategias que aseguren la universalidad e integralidad de la salud sexual y reproductiva de calidad en la atención, como el trato digno y respetuoso hacia las mujeres.

Esta investigación dará la oportunidad de sumergir en un área de relevancia a ser explorada desde la Salud Colectiva, tratando el aborto como un problema de salud, pensado no como una enfermedad, sino como un derecho, el cual está presente en los servicios de salud del Uruguay, y debe estar integrado a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, alimentando así la promoción de la salud, con un enfoque de derechos y con perspectiva de género.

1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La hipótesis en que se basa la investigación, es que aún existen diversas barreras y limitaciones que dificultan el acceso al aborto seguro y a servicios de calidad, condicionando el ejercicio de los derechos sexuales

y derechos reproductivos de las mujeres en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estas barreras pueden evidenciarse tanto en la propia ley, excluyendo algunas mujeres, quienes por consecuencia podrían desistir de interrumpir voluntariamente su embarazo, u optarían por abortos clandestinos, como también, barreras de los propios servicios de salud, habiendo dificultades como el acceso a la información a las usuarias, el no funcionamiento de los servicios, la falta de un correcto asesoramiento, falta de protocolos, objeción de conciencia y de ideario, entre otros.

Además, por parte de los profesionales de salud, son diversas las hipótesis que se plantean como posibles barreras: la no confidencialidad por parte del equipo de los profesionales multidisciplinares de salud, la objeción de **conciencia** (OC) en alto porcentaje, la objeción de ideario de dos Instituciones (OI), desconocimiento de la Ley por importantes actores políticos, falta de recursos humanos capacitados, falta de perspectivas de género en la implementación de la ley, como consecuencia situaciones de culpabilizar a la mujer o discriminarla, y dificultades para cumplir con los plazos previstos en la ley.

Las mencionadas son algunas de las hipótesis que se pretenden corroborar, mediante un análisis cauteloso con quienes ya han pasado por una interrupción voluntaria del embarazo dentro del marco legal vigente.

1.5 METODOLOGÍA

Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica sobre la historia de los movimientos feministas que lucharon para conquistar los derechos de los cuales las mujeres podemos gozar en la actualidad, y por los que aún luchamos. Como una de las tantas reivindicaciones, se encuentra el aborto, de interés para este estudio.

Introduciendo el tema con un panorama a nivel global de la problemática, se realizó una investigación desde el contexto histórico, político y social de Uruguay, hasta la llegada de la implementación de la Ley de IVE, sus impactos, dificultades y desafíos. Se colectó información

sobre estudios con la temática de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, como también estudios e informes por participantes activos políticamente, organizaciones feministas, profesionales de la salud, y activistas del proceso de la despenalización del aborto, que colaboraron colaboran firmemente durante el proceso.

Luego de esta revisión bibliográfica, se profundizó en el modelo de Salud de Uruguay sobre las mudanzas que se realizaron en los servicios de salud sexual y salud reproductiva para la implementación de la Ley, conociendo los procedimientos, normativas, y protocolos que se realizan actualmente. Los datos cuantitativos fueron los presentados por el Ministerio de Salud Pública.

La segunda etapa de esta investigación se trató sobre una investigación empírica de estudio de caso. Este delineamiento posibilita estudiar un caso con profundidad, ya que no separa el fenómeno a ser estudiado de su contexto. Se buscó conocer el punto de vista de los propios sujetos (GIL, 2009). La colecta de datos fue realizada mediante entrevistas semi estructuradas, informales. La elección de esta técnica se estableció en las ventajas que ella ofrece, siendo entrevistas poco estructuradas, dan la posibilidad y favorece a la entrevistada su libre expresión. Realizadas generalmente de modo amigables, en un clima informal, favorece la confianza entre entrevistada-entrevistadora (GIL, 2009). La muestra para la realización de entrevistas fue dividida en dos grupos, con diferentes criterios de inclusión y exclusión.

El primer grupo de la muestra, estuvo compuesto por profesionales de la salud vinculados a la Ley IVE, siendo seleccionadas cinco participantes para ser entrevistados: 1) una profesional de salud vinculada directamente a los servicios de IVE, 2) un profesional vinculado a la Universidad de la República (UDELAR), de la Facultad de Psicología, área del Instituto de psicología de la salud, 3) una profesional vinculada a la organización Mujer y Salud de Uruguay (MYSU), 4) una pesquisidora antropológica sobre género y aborto, y 5) una referente del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Programa de Salud sexual y salud reproductiva.

Estas personas fueron contactadas directamente por la entrevistadora, vía email, informando sobre la investigación y la intención de invitarlos a participar como entrevistadas. Al obtener respuesta positiva, se agendó vía email, día y horario, según la agenda de cada participante para realizar las entrevistas en Montevideo, siendo un criterio de inclusión ser en esta ciudad.

Los seleccionados para la muestra, respondieron la entrevista con totalidad confidencialidad por parte de la entrevistadora. Las entrevistadas obtuvieron toda la información previa necesaria para aceptar participar de la pesquisa y firmando términos de libre consentimiento.

El segundo grupo, fue constituido por casos en los cuales mujeres transitaron por los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS) en la ciudad de Montevideo. De esta manera, fueron seleccionadas cinco mujeres, contactadas e invitadas a participar de la investigación mediante la indicación de colectivos feministas, y Organizaciones Nacionales no gubernamentales (ONG). La responsable por las entrevistas, en este caso la autora de este estudio, se contactó con cada una de ellas, brindándole las informaciones referentes al proyecto de investigación. Fueron excluidas de la muestra en esta investigación, mujeres quienes hayan tomado la decisión de realizar la interrupción voluntaria del embarazo en algún tipo de servicio clandestino, o que no forme parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, no siendo excluidas quienes hayan recurrido a este, en abortos anteriores. La identidad de las entrevistadas no fue revelada bajo ninguna circunstancia, usando así nombres ficticios para protegerlas, y no habiendo ningún tipo de riesgos para las participantes.

La metodología de análisis de datos se trató de un análisis fenomenológico. La fenomenología tiene como objetivo de estudio, el propio fenómeno (HUSSERL, 1965). La pesquisa fenomenológica busca la interpretación del mundo a través de la consciencia del sujeto formulada con base en sus experiencias. El objeto es como el sujeto lo percibe (GIL,

2009). De esta manera, lo que interesó de las entrevistadas en esta investigación, fue su experiencia con el fenómeno que fue objeto de estudio. Los roteros de entrevistas que fueron realizadas a cada grupo, se encuentran anexadas a este trabajo.

Luego de realizadas las entrevistas, fueron transcritas integralmente para así, ser analizadas, e inmediatamente los audios excluidos, para garantizar la privacidad de las participantes.

Las etapas del proceso de análisis fueron guiadas por los modelos sistemáticos de análisis de datos. Según los autores Miles y Huberman (1994), identifican tres etapas: 1- reducción: se trata sobre el proceso de selección de los datos obtenidos mediante las entrevistas realizadas. Generalmente se obtienen muchos datos en las pesquisas cualitativas, lo cual cabe al investigador reducir los datos a esenciales para lograr el análisis e interpretación. 2- Exhibición: se trata de la organización de los datos previamente seleccionados, con el objetivo de posibilitar el análisis. 3- Conclusión y verificación: en esta etapa se busca dar significado y explicaciones a los datos.

Durante este proceso de análisis de datos, siendo un estudio de caso, la primera etapa fue la de codificación, o sea, atribuir significado a la transcripción de las entrevistas. Luego, se procedió al establecimiento de categorías analíticas, o sea, agrupar los datos según su similitud, orientados por los objetivos de la pesquisa. Estas categorías, se basan generalmente en la comparación de datos, siendo definidas como unidades de datos. Estas unidades de datos, permiten atribuirles un significado, y posibilitan verificar que existe algo común entre los datos. Sobre la exhibición de datos, se optó por la forma tradicional de análisis de los estudios de caso, elaborando un texto discursivo (GIL, 2009).

2 DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

2.1 MOVIMIENTO FEMINISTA

Situando la conquista de los Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales (DRyDS), es ineludible conocer en primer lugar, la historia de los movimientos feministas alrededor del mundo, siendo de interés principalmente para este trabajo su compromiso con el aborto, y su relevancia para la Salud Pública.

Las llamadas “olas del feminismo”, como antecedentes relevantes, nos proporcionan los contextos históricos de las luchas feministas. Entender la importancia de estos movimientos, es esencial para comprender y percibir tanto los logros como los obstáculos, además de alcanzar una visión crítica sobre cuanto falta aún para avanzar en estos derechos, principalmente en algunos países de nuestro contexto en América Latina y Caribe.

Es importante mencionar, que no basta conquistar los derechos, debemos mantenerlos, y asegurarnos que se ejerzan de la manera adecuada, monitoreando las diferentes situaciones como las políticas públicas implementadas, acompañando las realidades políticas, que muchas veces sufren ataques a los derechos ya conquistados históricamente, principalmente los de las mujeres, por causa del conservadurismo y de las políticas neoliberales.

Fue gracias a las corrientes feministas, que el aborto caracterizado históricamente como pecado, infracción, crimen, y/o enfermedad, pudo ser analizado desde una perspectiva diferente, ocupando un lugar en las sociedades como política sexual contemporánea (Belucchi, 2014).

Desde Uruguay, una ONG de referencia por la lucha de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las mujeres, menciona en uno de sus slogans: “Hasta que todas las generaciones de mujeres seamos respetadas en nuestros derechos, tengamos control y poder sobre nuestros cuerpos, autonomía sobre nuestras decisiones y vidas sin violencia, seguiremos en esta lucha” (MYSU, 2016).

Sobre la importancia de los movimientos feministas en la conquistas de los derechos sexuales y reproductivos:

O movimento feminista teve um papel fundamental ao mostrar a importância da autonomia no gerenciamento da sexualidade e da

reprodução para a construção de uma sociedade mais igualitária, da perspectiva das relações de gênero. Tornou-se fundamental a produção de conhecimento em torno das práticas de controle efetivamente adotadas e das representações que a circundam. Temos assistido à produção de um largo conjunto de trabalhos que enfatizam a distância existente entre o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres e homens em diferentes contextos e as agendas e orientações mais oficiais centradas na lógica médica ou nas políticas de população (ROHDEN, 2003, p.13).¹

2.1.1 Primera ola

La primera onda del feminismo, se desplegó luego de la Revolución Francesa, hasta las primeras décadas del siglo XX, expandiéndose básicamente en Inglaterra y Estados Unidos. Se caracterizó por ser de cuño liberal y socialista. Las primeras organizaciones feministas cuestionaban la “superioridad” de los géneros, el hombre como “naturalmente” superior, buscando así una igualdad de derechos, centrando su lucha en el ámbito político, por el sufragio femenino. Fueron frecuentes también en esa época, las reivindicaciones por el derecho al trabajo y a la educación de las mujeres, sin tener que precisar del permiso de sus maridos, como ocurría en ese momento.

En Europa, las primeras manifestaciones ocurrían en Inglaterra, durante el siglo XVIII, con fuertes acciones radicales, y un tanto violentas en confrontación con policías. Así, caracterizadas por la lucha del sufragio, estas mujeres activistas fueron llamadas de *suffragettes*². De esta manera, conquistan a partir del 1918 el derecho a votar, aunque siendo de forma restricta, y habilitadas en ese entonces, sólo las mujeres mayores de 30 años. Por fin, luego de 10 años, en 1928, conquistan el derecho a votar sin restricciones.

1 Traducción libre y autónoma de la autora: “El movimiento feminista tuvo un papel fundamental al mostrar la importancia de la autonomía en el gerenciamiento de la sexualidad y de la reproducción para la construcción de una sociedad más igualitaria, de la perspectiva de género. Se volvió fundamental la producción de conocimiento de las prácticas de control efectivamente adaptadas y de la representación que la circulan. Hemos visto la producción de un largo conjunto de trabajos que enfatizan la distancia existente entre el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres y hombres en diferentes contextos y las agendas y orientación más oficiales, centradas en la lógica médica o en las políticas de población.

2 “Las sufragistas”.

El feminismo francés se caracterizaba por la alta participación de las mujeres en las revoluciones, pero fue recién en el siglo XX, que comenzaron a organizarse por el derecho al sufragio femenino, conquistándolo en 1944. La participación de las mujeres en la Revolución Francesa no fue suficiente para conquistar los mismos derechos políticos que los hombres, ya que, al terminar, las mujeres fueron llamadas a volver a sus hogares-, para cumplir con las tareas domésticas, asociadas a su género, como la maternidad obligada, y el cuidado.

En América, los primeros movimientos feministas tuvieron lugar en Estados Unidos en el Siglo XIX. Domingues Sana (2015), expone en su tesis de Doctorado, que ciertas características de esa propia sociedad americana, como el tipo de colonización familiar existente, abierta al trabajo femenino, y la preponderancia al protestantismo, religión volcada a la reflexión individual, dio la posibilidad de estrategias de acción política. Publicación de artículos en diarios, conferencias, y campañas con colecta de firmas reivindicativas al Congreso Americano, sirvieron para conquistar el apoyo parlamentario, logrando así, una enmienda Constitucional, e incluyendo el sufragio femenino en 1920.

En América Latina, el primer país con experiencia en el sufragio femenino fue Uruguay en 1927, donde las mujeres votaron en un plebiscito local por primera vez, y siendo en elecciones nacionales en 1938. El movimiento feminista Brasileño, se organizó en el comienzo del siglo XX, obteniendo el derecho al sufragio femenino en 1932, con confirmación constitucional en 1934.

Así, Esta primera onda es marcada por un “feminismo igualitario”. Se puede decir que la idea de -igualitarismo-, pasa por la defensa de la igualdad de los derechos de los hombres y de las mujeres, refutando la valorización de la diferencia, y cuestionando la naturalización de la inferioridad femenina. Esta lucha se caracteriza por una fase de “igualdad formal”, de status jurídico, lo cual acaba no visualizando, o no trata adecuadamente, ciertos grupos que necesitan protección especial. Esta inicial etapa deja las puertas entre abiertas para nuevos debates y análisis con perspectivas de género.

Un antecedente relevante de la época, es la publicación del libro “El Segundo Sexo” de Simone Beauvoir (1949), escritora Francesa, marcando un antes y un después irreversible en la visión sobre la asimetría de los roles de género.

Las luchas feministas continuaron con diversas reivindicaciones, y comenzaron a abordar y cuestionar la reducción femenina al papel reproductivo en la segunda ola del feminismo. Dentro de esa coyuntura se adjudica el término “revolución sexual”, cuando la mujer se libera sexualmente, y deja de lado la maternidad obligatoria, “emancipación de las costumbres” (Belucchi, 2014). El amor libre, sin límite de edad, y el placer sexual, marcan la nueva revolución, la generación *beat* y el *hipismo*, como una forma radical dirigida contra el sistema en su conjunto. A pesar del ideal del amor liberal, el matrimonio monógamo heterosexual nunca perdió su fuerza.

De esta manera, se nota el movimiento feminista como pionero en el debate político sobre la diferencia sexual entre las personas, teniendo en cuenta, que el crecimiento político de la época, provocaría una invasión de mujeres en puestos de trabajos, además de Egresadas de la Universidad.

2.1.2 Segunda ola

La segunda ola del feminismo fue fuertemente marcada en los años 60, y 70 en Europa y Estados Unidos, por la efervescente energía de los grupos organizados, como los fueron los movimientos estudiantiles, movimientos de negros, y movimientos LGBT, incluyendo las -minorías-. Las demandas ya no eran sólo las tradicionales reivindicaciones, sino que envolvían aspectos de la vida: lo cotidiano, lo sexual, el mundo conyugal y la familia (Belluchi, 2014).

La venta de los anticonceptivos orales, marca la “revolución sexual”. Aunque estos, en el inicio eran destinados a las mujeres casadas que ya tenían un número de hijos considerables y debían ser recetados por un médico sólo ante la presentación de la libreta de matrimonio. Se explica por la acentuada preocupación por la explosión demográfica y un fuerte

control de la natalidad (Belucchi, 2014). Sin embargo, los anticonceptivos orales no dejaron de llamar la atención de las mujeres solteras, para así aventurarse en su vida sexual, y sobre todo a la toma de decisiones autónomas sobre su vida sexual, y especialmente sobre la maternidad elegida.

A partir de ese momento, la mujer conquista la oportunidad de elegir entre fecundidad y placer. Hasta ese entonces, los embarazos se prevenían con preservativos, diafragmas, DIU, el coito interrumpido, la abstinencia periódica, esterilizaciones quirúrgicas (a veces sin consentimiento de las mujeres), y el aborto clandestino. La práctica abortiva se incluía como anticoncepción (Belluchi, 2014). Luego, los avances en las tecnologías y conocimientos sobre el embarazo y la fertilidad lograron alejar el aborto de los anticonceptivos. La realidad era una enorme generación de mujeres, con conocimientos y experiencias sobre abortos, más que de píldoras anticonceptivas. El miedo a lo desconocido, a las sustancias químicas, llevó a que las mujeres jóvenes se sintieran más confiadas con los conocimientos populares de sus madres, abuelas, tatarabuelas, sobre el aborto como práctica anticonceptiva. Así el aborto ha sido una realidad siempre existente en la vida de las mujeres.

A fines de la década de 1960, los reclamos más fuertes en los grupos feministas fueron sobre la interrupción voluntaria del embarazo, acompañados de demandas por guarderías gratuitas, centro de cuidados infantiles, y subsidios para las madres trabajadoras. Estas reivindicaciones visibilizan el empoderamiento que el trabajo les permitió a las mujeres, y las fuerzas para consolidar el ser madre, y trabajadora.

De esta manera, esta segunda ola del feminismo se caracteriza por las diferentes luchas y constantes debates, sobre la igualdad de géneros mediante la igualdad de derechos, incluyendo los derechos reproductivos y derechos sexuales entre hombre y mujeres.

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva,

sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (Ventura, 2009, p.19).³

2.1.3 Tercera ola

La tercera ola comienza a partir de la mitad de la década de los 80, y podría decirse que actualmente nos encontramos en ella. Se caracteriza por una visión más amplia, y más crítica, hacia las especificidades de etnia, clase y orientación sexual. El combate a la homofobia, y el cuestionamiento a la hetero normatividad se vuelven más enérgicos y fuertes. Los movimientos LGBT adquieren más visibilidad, como también las diferentes “femineidades”, buscando romper los argumentos basados en una naturaleza universal para el hombre y la mujer.

O desafio nesta fase do feminismo é pensar, simultaneamente, a igualdade e a diferença na constituição das subjetividades masculina e feminina. Nesta terceira fase do movimento feminista, observa-se intensamente a intersecção entre o movimento político de luta das mulheres e a academia, quando começam a ser criados nas universidades, inclusive em algumas universidades brasileiras, centros de estudos sobre a mulher, estudos de gênero e feminismos (Narvaz; Koller, 2006, p.649)⁴

De esta manera, surgen diferentes vertientes de feminismos como críticas, acusadas de reforzar el naturalismo y exaltar supuestas características morales de las mujeres, bien como la maternidad.

³ Traducción libre y autónoma de la autora: “Los Derechos Reproductivos son constituidos por principios y normas de derechos humanos que garantizan el ejercicio individual, libre y responsable, de la sexualidad y reproducción humana. Es, por lo tanto, derecho subjetivo de toda persona decidir sobre el número de hijos, y los intervalos entre sus nacimientos, y tener acceso a los medios necesario para el ejercicio libre de su autonomía reproductiva, sin sufrir discriminación, coerción, violencia o restricción de cualquier naturaleza.

⁴ Traducción libre y autónoma de la autora: “El desafío en esta fase del feminismo es pensar, simultáneamente, la igualdad y la diferencia en la constitución de las subjetividades masculinidades y femeninas. en esta tercera fase del movimiento feminista, se observa intensamente la intersección entre el movimiento político de lucha de las mujeres y la producción académica, cuando comienzan a ser creadas en las universidades, inclusive algunas universidades brasileiras, centro y estudios sobre la mujer, estudios de género y feminismos.”

En este contexto nace la Teoría Queer⁵, siendo una teoría sobre género que rompe con la idea de papeles sexuales esenciales, sino que plantea orientaciones sexuales múltiples de las personas. Esta teoría se encarga de criticar el binarismo hombre/mujer, como lo hetero/homo sexual, y la ideología de la hetero normatividad.

Así, el movimiento feminista fue y es esencial en este proceso histórico, logrando importantes conquistas, asegurando los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como Derechos Humanos. Es relevante para este trabajo, conocer los antecedentes de estos, bien como surgieron, y son protegidos por las diferentes organizaciones internacionales.

2.2 ANTECEDENTES DE LA CONQUISTA DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DERECHOS SEXUALES.

Los antecedentes históricos exponen que en la Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer en 1948, se otorgan los mismos derechos civiles que gozaban los hombres, a las mujeres, siendo esta conquista marcada como una de las primeras más importante, y mencionada en sus documentos como una “aspiración de la comunidad americana a equiparar a hombres y mujeres en el goce y ejercicio de los derechos civiles” (1948).

La primera Conferencia Internacional de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1968, reconoce la importancia de los derechos humanos de la mujer, y resalta el compromiso de promoverlos. En 1975, la Asamblea General de las Naciones Unidas declara el Año Internacional de la Mujer, abordando medidas para promover sus derechos. Estos primeros antecedentes, revelan las conquistas de las reivindicaciones exigidas en

⁵ Este término, con toda su carga de extrañeza y de deboche, es asumido por una vertiente de los movimientos homosexuales precisamente para caracterizar su perspectiva de oposición e de contestación. Para ese grupo, “queer” significa colocarse contra a normalización - venga ella de donde venga (LOPES, 2011, p.546).

las primeras olas del movimiento feminista por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Sana, 2015).

En 1979 es promulgada la primera Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW), resultado de 30 años de trabajo de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, órgano que fue creado en 1946 con el fin de monitorear de cerca la realidad de la mujer, y así poder conocer todos los escenarios y esferas posibles en los cuales se le niega a la mujer la igualdad con el hombre. Identificando estas desigualdades, se podría trabajar en las medidas adecuadas para promover sus derechos de una manera eficiente.

Además, las Naciones Unidas han organizado cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, las cuales se han celebraron en Ciudad de México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995), luego de esta última, se realizan cada cinco años.

Es por fin en 1993, que, la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos realizada en Viena, declara que los derechos humanos de las mujeres son parte inalienable, integral, e indivisible de los derechos humanos, siendo su participación en igualdad de condiciones sociales, y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo y de todas las formas de violencias contra la mujer.

En 1994, ocurre la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, y se introduce el concepto de Derechos Reproductivos por primera vez, incluyendo el derecho a la libre elección de número de hijos, el derecho a la información sobre el tema, además de declarar que la Salud Reproductiva, implica capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos (Rios, 2006, p. 76). En esta conferencia, se reconoce el aborto inseguro como una práctica grave, y problemática para la salud pública.

En 1995, se realiza la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se reafirman las directrices del Cairo, y por primera vez se usa el concepto de Derechos Sexuales. Se refuerza la necesidad además de la protección de los Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales y el derecho a la salud, integridad, protección contra la violencia, derecho a la igualdad y a

la no discriminación, matrimonio, educación, y protección contra la exploración sexual.

Los Comités de la ONU sobre los Derechos Económicos, Sociales, y Culturas (PIDESC), y sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), recomiendan expresadamente a Brasil desde 2003 la revisión de la legislación sobre el aborto, de manera a no criminalarla (Sana, 2015). Luego, en 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU reconoce que “negar el acceso al aborto legal es una violación de los derechos más básicos de la mujer”. A pesar de este gran reconocimiento por la ONU, la mayoría de los países de América Latina y Caribe, aún continúan criminalizando la práctica del aborto, lo que resulta en un alto índice de mortalidad de mujeres prevenible, debido a las causas precarias y de peligro que la clandestinidad proporciona a las mujeres en situación de aborto, esto demuestra la relevancia social del tema.

En América Latina, en 1994, uno de los primeros antecedentes relevantes fue la Convención de Belén de Pará (Brasil), destinada a prevenir, y erradicar la violencia contra la mujer, en la cual se encontraban preocupados por la violencia doméstica, y norteados por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer. El documento afirma:

La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades; preocupados porque la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; convencidos de que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida. Convencidos de que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas (Tratados Multilaterales, Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belén do Pará”, 1994). 6

⁶ Documento completo disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>. Acceso en 03/12/2017.

En estos instrumentos internacionales se puede apreciar las medidas a ser tomadas en las agendas políticas, como el acceso a los servicios de salud reproductiva sin discriminación de género, la violación sexual como tortura (violaciones sexuales durante guerras considerados como crimen contra la humanidad y crímenes de guerra), el obstáculo al control de la fecundidad para la mujer como una violación a la autonomía reproductiva, así como esterilizaciones involuntarias y la imposición de métodos anticonceptivos, la denuncia médica de práctica del aborto como violación a la intimidad, derecho que también abarca la toma de decisiones reproductivas sobre el cuerpo.

El ítem 30 de la Declaración de la Conferencia Mundial sobre la Mujer refuerza lo anteriormente mencionado:

Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación; Ítem 97: Además, la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Existen en cierta medida problemas similares en algunos países con economía en transición. El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano. Habría que examinar estos problemas y los medios para combatirlos sobre la base del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con particular referencia a los párrafos pertinentes del Programa de Acción de la Conferencia¹⁴. En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento

sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer (Declaración de la Conferencia Mundial sobre la Mujer , 1995, p.38). 7

2.3 ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Desde hace años que la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) vienen pensando estrategias a nivel mundial para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, mediante conferencias internacionales realizadas desde los años 90. El aborto en condiciones de riesgo ha sido uno de los principales causantes de miles de muertes a nivel mundial. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo con sede en el Cairo, en 1994, el aborto ya era un tema de debate y preocupación para los estados que hacían parte, considerado como un problema de Salud Pública.

Párrafo: 8.25 En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo con sede en el Cairo, 1994).

7 Documento completo disponible en: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>> Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Acceso en 03/12/2017.

Esta Conferencia fue de gran impacto, e instó a los gobiernos a fortalecer su compromiso con la salud reproductiva de las mujeres. Incentivó a tratar el aborto inseguro como un problema de salud pública. De esta manera, el aborto inseguro comenzó a ser una de las mayores preocupaciones de todos los países, estando relacionado directamente con la salud de las mujeres. Como consecuencia, los gobiernos comenzaron a preocuparse para garantizar los servicios de aborto seguro en casos donde la ley lo permite, asegurando los derechos a las mujeres que así decidan interrumpir su embarazo, mediante servicios de calidad, bien como, el tratamiento adecuado de complicaciones en cualquiera de las etapas del proceso. En casos donde el aborto es ilegal, se recomendó que exista atención para complicaciones post-aborto.

La OMS define al aborto inseguro como un procedimiento que tiene el objetivo de interrumpir un embarazo no planeado, y que es realizado por personas sin la capacitación necesaria, en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambas circunstancias cuando coinciden. Cuando el procedimiento es realizado dentro de un marco legal—en establecimientos de salud adecuadamente equipados y regulados, por profesionales de la salud especialmente capacitados en aborto—es extremadamente seguro (Singh et al., 2009, p.8)

Según un estudio del Guttmacher Institute⁸ a nivel mundial sobre el aborto, el 40% de todas las mujeres en edad reproductiva (15–44 años) vive en países con leyes altamente restrictivas, donde el aborto está prohibido en todas sus causales. Prácticamente todos los países con leyes sumamente restrictivas son países en desarrollo, siendo que el 86% de las mujeres en edad reproductiva, habitan en países en desarrollo, y viven bajo leyes de aborto altamente restrictivas. El aborto continúa sumamente restringido a nivel global, especialmente en África y en América Latina. (Singh et al., 2009)

A pesar de estas leyes restrictivas, las mujeres buscan abortos clandestinos, siendo su única salida para interrumpir un embarazo.

⁸ El Instituto Guttmacher es una organización sin ánimo de lucro que promueve la salud reproductiva, bajo los principios y la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud. Fundado en 1968. Site: <https://www.guttmacher.org/>. Acceso en 03/12/2017.

Comúnmente recurren a prácticas de la medicina tradicional, a médicos y/o enfermeras/os, a fármacos u otros mercados relacionados a prácticas de aborto, la mayoría de las veces ilegales, según el país y sus respectivos marcos legales.

De esta manera, las mujeres son quienes se someten a intervenciones que colocan en riesgo su vida, no sólo físicamente, sino psicológicamente, ya que siendo abortos clandestinos, no cuentan con una red de apoyo psicológico por profesionales para acompañarla durante este proceso. Así, como único o último recurso, se someten a técnicas poco seguras, o por profesionales que pueden no estar capacitados adecuadamente. En estos países, si las complicaciones post- abortos fueran atendidas, y se aumentara la prestación de servicios con personal capacitados, ayudaría y auxiliaría en la gravedad de estas complicaciones, y hasta se podrían prevenir muchas muertes por esta causa, incluso cuando el aborto es ilegal. (Singh. S. *et al.*, 2009)

Según el mismo estudio, sobre el aborto a nivel mundial, se estima que 70.000 mujeres mueren cada año a causa de los efectos del aborto inseguro. La OMS estima que aproximadamente una de cada ocho muertes maternas ocurre como consecuencia de un aborto inseguro, y que mueren siete mujeres por hora en los países en desarrollo debido a las complicaciones derivadas del aborto inseguro.

Anualmente ocho millones de mujeres sufren complicaciones que requieren tratamiento médico, pero sólo cinco millones lo reciben. La mayoría de los servicios de tratamiento post-aborto, ocurren en establecimientos de salud pública, lo que refleja un alto costo para los sistemas públicos de los países en desarrollo que disponen de pocos recursos. (Singh. S. *et al.*, 2009)

En 1999, el Guttmacher Institute había publicado un informe sobre la situación del aborto a nivel global, el cual concluía:

Los abortos inducidos ocurren en todas partes, en países en los cuales el procedimiento es legal, y también en países en los cuales es considerado ilegal... La gran mayoría de abortos inseguros tiene lugar en el mundo en desarrollo, mayormente en países en los cuales el procedimiento es ilegal, y frecuentemente entre las mujeres más pobres del mundo. Éste último hallazgo debería

despertar una gran inquietud. En los lugares donde los servicios de aborto no están disponibles o son de difícil acceso, las mujeres corren serios riesgos de infección, enfermedad, incapacidad y muerte. Y, tal como ocurre en cada uno de los otros aspectos de la salud reproductiva, lo más probable es que las mujeres que mueren o sufren incapacidades de por vida a raíz de un aborto inseguro, sean aquellas que están en situación de pobreza (Guttmacher Institute, 1999, p. 7.).

Desde entonces, se han notado algunos avances, como por ejemplo, el aumento en el uso de anticonceptivos, estando directamente relacionado con prevenir embarazos no planeados. En 2008, la tasa global de embarazos no planeados descendió de 69 a 55 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Este descenso fue mayor en los países más desarrollados, donde las leyes no son tan restrictivas. Globalmente, la proporción de mujeres casadas que utilizan anticonceptivos aumentó, pasando de 54% en 1990, a 63% en 2003 (Singh. S. *et al.*, 2009).

Se estima que el aborto viene disminuyendo, pasando de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995, a 29 por 1.000 en 2003, representando un descenso de 17% en ocho años. Este descenso se nota mayor en países desarrollados, donde la tasa cayó de 51%, pasando de 90 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en 1995, a 44 por 1.000 en 2003. En América Latina y el Caribe, la tasa de aborto descendió de 37 a 31 por 1.000, una caída mucho menor, tan sólo del 16%. En Cuba, por ejemplo, la tasa de abortos tuvo un gran descenso, pasando de 78 a 57 por 1.000. Esto se puede explicar a que las mujeres en estos países están teniendo un mejor acceso a métodos anticonceptivos de buena calidad, y recurriendo menos a abortos (Singh. S. *et al.*, 2009).

El número estimado de abortos seguros a nivel global descendió, pasando de 25,6 millones en 1995 a 21,9 millones en 2003, y la tasa descendió de 20 a 15 por 1.000. En cambio, el número estimado de abortos inseguros fue de 19,9 millones en 1995 a 19,7 millones en 2003. Esto demuestra que aún existe una gran brecha de desigualdad entre las mujeres que viven en países desarrollados y aquellas de países menos desarrollados (Singh. S. *et al.*, 2009).

Restringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; de igual manera, permitir el aborto bajo criterios amplios no se traduce en una tasa alta. El estatus legal, sí afecta, sin embargo

la seguridad del aborto. La tasa a nivel mundial registrada en 2003, el año más reciente para el cual existen estimaciones disponibles, fue de 29 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años; en países menos desarrollados fue de 29 por 1.000 y de 26 por 1.000 en países más desarrollados (Singh, S et al., 2009, p.21).

La Organización Mundial de Salud elaboró una serie de recomendaciones para los países que tienen este servicio disponible, norteando como deberían funcionar⁹. Resaltando que es importante que estos servicios estén acompañados de consejerías, de educación, y disponibilidad en anticoncepción.

Minimizar la tasa de embarazos no deseados y, por ende, los abortos, mediante la provisión de servicios e información de buena calidad sobre planificación familiar, incluyendo la anticoncepción de emergencia; asegurar que toda mujer que legalmente tenga derecho acceda con facilidad a servicios de aborto sin riesgos; dar satisfacción a las necesidades particulares de grupos tales como las mujeres sin recursos, las adolescentes, las refugiadas y las que han tenido que dejar su hogar por razones de fuerza mayor, las mujeres infectadas por el VIH y las sobrevivientes de una violación, todas las cuales pueden requerir un apoyo y alcance especial (Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, OMS, 2013, p.88).

Según el informe de 1990 sobre: “La situación de la Salud Reproductiva de la mujer en la región”, en la Reunión n°105 en Washington, 28.000 mujeres perdieron la vida debido a abortos inseguros, complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, toxemia, hemorragia e infección. Si todas estas mujeres hubieran tenido condiciones de vida y de atención a la salud reproductiva, se podrían haber evitado 27.400 de estas muertes (OPS-OMS, 1990).

Según el monitoreo de la situación, la primera causa de muerte materna en Argentina, Chile, Jamaica, Trinidad y Tabago, y Uruguay en 1990, estaba relacionada al aborto inseguro y la segunda causa en Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, Panamá Guyana y Venezuela. Una de las principales estrategias generales para la reducción de muerte materna en esta Reunión, fue revisar la legislación nacional sobre aborto para facilitar su atención con un contenido

9 El cual puede ser consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824_spa.pdf Acceso en 27/11/2017.

preventivo y la atención gratuita y oportuna de sus complicaciones (OPS-OMS, 1990).

É preciso dizer que no que se refere, especificamente, ao direito ao aborto, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, já reconhecia o aborto inseguro como um grave problema de saúde pública. Os Comitês da ONU sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e sobre Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) recomendam expressamente ao Brasil desde 2003 a revisão da legislação sobre o aborto, de maneira a descriminalizá-lo. E, além disso, em 2005, o Comitê de Direitos Humanos da ONU reconheceu que “negar acesso ao aborto legal é uma violação dos direitos mais básicos da mulher”. (SANA, 2015, p.31).¹⁰

En América Latina, la realidad es que son más los países que tienen leyes restrictivas sobre al aborto, a los que ofrecen el servicio legalmente. En 2006, la Corte Constitucional de Colombia, resolvió permitir el aborto en los casos de que un embarazo pusiera en riesgo la vida o la salud de la mujer, y en casos de violación, incesto, mal formaciones fetales incompatibles con la vida fuera del útero (Singh. S et al., 2009).

En Brasil, el aborto es un crimen de tipo “Crimen contra la vida”, establecido en el Código Penal, en los artículos 124, 125, y 126; y las mujeres pueden ser culpadas de cometerlo.

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento:
Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque.
Aborto provocado por terceiro:
Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante.
Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante.
(Código Penal, Brasil, 1940)¹¹

En contra partida, el médico que revela información secreta de sus pacientes, como suele ocurrir en algunas ocasiones cuando una mujer

Traducción libre y autónoma de la autora: Es preciso decir en lo que se refiere, específicamente al derecho al aborto, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, en 1994, ya reconocía el aborto inseguro como un grave problema de salud pública. Los Comités de la ONU, sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y sobre Eliminación de la Discriminaciones contra la Mujer (CEDAW) recomiendan expresamente a Brasil desde 2003 la revisión de la legislación del aborto, de manera de despenalizarlo. Y, además de esto, en 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU, reconoce que “negar el acceso al aborto legal es una violación de los derechos más básicos de la mujer”.

11 Código Penal de Brasil, disponible en: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acceso en 27/11/2017.

llega al servicio con complicaciones recurrentes de un aborto provocado, este comete el crimen de:

“Violação do segredo profissional”, Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

“Violação de sigilo funcional”, Art. 325 - Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação. (Código Penal, Brasil, 1849)¹²

Sin embargo, diferentes pesquisas muestran que las mujeres Brasileñas continúan abortando, a pesar de las leyes restrictivas (Diniz, 2010). Por ejemplo un estudio realizado en 2010: *Pesquisa Nacional de Aborto (PNA)*, utilizó la técnica de urna para mostrar datos de mujeres que abortaron por lo menos una vez en su vida. Vale resaltar que la investigación se enfocó en la cantidad de mujeres que han abortado, y no en cantidad de abortos, pudiendo este número aumentar, ya que una mujer puede haber abortado más de una vez. La muestra fue de unas 2.002 mujeres alfabetizadas con edad entre 18 y 39 años, de las cuales 296 (15%) respondieron afirmativamente sobre haber realizado un aborto. Los resultados muestran que el aborto es común en las mujeres brasileñas, y que al completar 40 años, 1 de cada 5 mujeres ya realizó una interrupción voluntaria de embarazo. Siendo Brasil un país que no ha logrado avanzar en su legislatura para la despenalización del aborto, ya sea por considerarse un país religioso, o conservador, la pesquisa muestra que la religión no es un factor importante en la elección de un aborto, lo que podría dejar en evidencia las posturas conservadoras, y por lo tanto de doble moral de los gobernantes.

Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres eran católicas, seguida de protestantes y evangélicas, y por último, mujeres de otra religión o sin religión. El método de uso de medicamentos para provocar el aborto, ocurre en la mitad de los casos. Siendo la mayoría de las mujeres de baja escolaridad, es probable que la otra mitad se someta a prácticas precarias de salud, poniendo en riesgo su vida. La pesquisa

¹² Código Penal de Brasil, disponible en: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acceso en 27/11/2017.

también muestra datos sobre las internaciones post- aborto, siendo elevadas, y ocurriendo en la mitad de los casos; esto demuestra que el aborto, tiene consecuencias de salud importantes para las mujeres, y siendo así, debería ser considerando una prioridad atender estas complicaciones en la agenda de salud pública (Diniz, 2010).

En Uruguay, país de interés principal para este estudio, y ante la realidad de ser un país con la principal causa de muerte materna por causa de abortos inseguros en los años 90, se debieron pensar y tomar acciones para disminuir estos daños. Un camino largo por recorrer en Uruguay que debía ser pensado desde la Salud Pública. El aborto provocado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay. El país se ubicaba, en el primer lugar en el mundo en mortalidad materna por aborto provocado (Briozzo, 2008).

Fue así que el 10 de julio de 2001, tras la tercera muerte de una mujer causada por un aborto provocado en condiciones de riesgo, en el área de maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Público de Montevideo, algunos profesionales de salud crean una ONG denominada *“Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”*. Este grupo de profesionales buscaban estudiar y analizar epidemiológicamente los casos, y así pensar estrategias para disminuir ese alto índice de muertes. Crearon *“Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”*. Contaron con el apoyo del Consejo de la Facultad de Medicina, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Directiva de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, aprobando la Normativa que se presentó al Ministerio de Salud Pública generando un marco de apoyo. Según expresa Briozzo, uno de sus participantes (2002), Profesor de Ginecología en la Universidad de la Republica, y Jefe de Servicio en el Hospital Pereira Rossel, y quien fue en 2012 Subsecretario de Salud:

Para ello, para mejorar nuestra práctica, debemos formarnos. Como queda expresado en el libro, no se trata de formar un grupo especial, se trata más bien de que todos nos debemos formar especialmente. Formarnos con herramientas clínicas que nadie nos dio ni en Facultad, ni en la Escuela de Parteras, ni en la de

Enfermería. Formarnos con el objetivo de hacer más eficaz, eficiente y efectiva nuestra práctica clínica. Y capacitarnos con la tranquilidad de que estamos haciendo lo correcto. Lo correcto desde el punto de vista de la ética médica y lo correcto desde el punto de vista médico-legal. Lo correcto porque es lo que tenemos que hacer independientemente de lo que cada uno opine sobre el aborto y sus connotaciones (Briozzo, 2002, p.11).

Podemos notar la preocupación y responsabilidad de los profesionales de la salud con su formación ante un tema que era preocupante. Ninguno de los participantes había recibido algún tipo de formación sobre el aborto, y en vez de mirar para otro lado, buscaron en esas iniciativas generar un cambio, siendo la única manera para mejorar los índices tan preocupantes de nuestro país. Vale resaltar en las palabras de Briozzo, sobre -realizar lo correcto- desde el punto de vista médico-legal, independiente de lo que cada uno opinara sobre el aborto. Esto demuestra el compromiso necesario ante una situación de emergencia.

Si todos, sin dejar ni una sola de nuestras creencias, posiciones y conceptos de lado, damos un paso y reconociendo el problema nos posicionamos como sujetos activos para el cambio, no solamente intentaremos hacer “el bien” sino que lo estaremos “haciendo bien. Comprometerse muchas veces puede ser doloroso. Pero, mucho más doloroso es seguir viendo muertes por la hipocresía de una sociedad que, en este tema, hace la vista gorda. Hoy, las-los que tienen recursos económicos no corren riesgos. El resto “que se arregle como pueda...”, esta es, independientemente de otras muchas consideraciones, una realidad en nuestro país (Briozzo, 2008, p.11).

Otras voces tuvieron lugar en esa época, como la de Lilián Abracinskas, feminista y activista por la causa:

Está demostrado que las leyes punitivas del aborto jamás lograron desestimular ni evitar su práctica. Sólo lo han clandestinizado, volviendo a la interrupción voluntaria del embarazo una de las principales causas de muerte materna en países donde el aborto está penado (Abracinskas, 2002).¹³

A partir de ese momento, Uruguay se comprometió con el tema del aborto, llevando un largo recorrido, el cual será detallado en el siguiente capítulo.

13 Site: Cotidiano mujer. “El Aborto y los Derechos Sexuales y Reproductivos”. Publicado el Sábado, 15 Junio 2002. Disponible en: <<http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/revistas/24-cotidiano-mujer-no38/183-el-aborto-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos>>. Acceso en 27/11/2017.

3 LUCHA POR EL ABORTO LEGAL EN URUGUAY

3.1 MOVIMIENTOS SOCIALES A FAVOR DEL ABORTO

Uruguay es el primer país en América del Sur que habilitó la práctica del aborto en sus servicios de salud a simple voluntad de la mujer, pudiendo ser realizado hasta la semana 12 de gestación, siendo de acceso libre y gratuito. De esta manera, se reconoce legalmente (Ley 18.987) el aborto como un derecho de las mujeres uruguayas en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, de todas las instituciones médicas del país, ya sean públicas o privadas.

Sin embargo, en el Código Penal de Uruguay, desde el 1898 el aborto está criminalizado, y a partir del 2012 se encuentra -despenalizado- mediante la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual regula los determinados plazos y circunstancias para acceder a la práctica del aborto. Cabe destacar, que en un intervalo de tiempo especial entre 1934 y 1938, el aborto estuvo legalizado, tras ideologías higienistas.

La dictadura militar en Uruguay ocurrió entre 1973 y 1985, luego de este período, junto con la democratización política, se abrieron nuevas oportunidades para los movimientos sociales reivindicar sus derechos. Este fue un escenario positivo para el movimiento feminista, donde comenzaron a organizarse y luchar por el aborto legal. En efecto, todo el proceso histórico de la despenalización del aborto, contó con cuatro proyectos presentados en el congreso.

3.1.1 Proyectos de ley

El primero proyecto fue en 1985, desde el Partido Político Colorado, de tradición liberal, bajo la presidencia de Julio María Sanguinetti, siendo dos legisladores quienes lo presentan, Daniel Lamas y Victor Vaillant. En ese momento el proyecto no llegó a ser votado en la Cámara Parlamentaria.

El segundo proyecto tuvo lugar en 1993, formulado a partir de las fuerzas de izquierda, quienes elaboran su primer proyecto. Los

participantes activos fueron los diputados Rafael Sanseviero y Carmen Beramendi. Este proyecto ya mencionaba los plazos de 12 semanas, y la sola voluntad de la mujer. También se mencionaba el aborto luego de las 12 semanas y hasta las 24, por causas de riesgo para la salud de la mujer, o cuando se verificaran casos que podrían producir malformaciones o anomalías del feto, incluyendo casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Luego de las 24 semanas estaría prohibido, salvo criterio del médico ante casos específicos indispensables para salvar la vida la mujer. Este proyecto reconocía al Estado como responsable, mediante el Ministerio de Salud Pública para habilitar los servicios. Por lo que se refiera a la exposición de diferentes motivos y fundamentos, los autores mencionaban:

Los resultados de este déficit pueden distinguirse en los índices de embarazos adolescentes o no deseados, en la ausencia de nociones sobre planificación familiar que se verifica en la mayoría de las familias, en la práctica del aborto como método anticonceptivo; también en los procesos de contagio masivo del VIH. La deuda con la sociedad se expresa también en el incumplimiento de acuerdos internacionales suscriptos por nuestro país, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, etc. En particular la ausencia de la educación sexual en el sistema de enseñanza formal deja a los ciudadanos desprovistos de los instrumentos básicos para poder vivir responsable y plenamente la sexualidad, en las dimensiones higiénica, erótica y reproductiva (Sanseviero & Beramendi; 1993, p. 4).

Este proyecto, tuvo la característica importante, de ser construido junto al movimiento feminista, dialogando horizontalmente con activistas, escuchando las necesidades y demandas de las mujeres. Los autores resaltaban la importancia y gravedad de mantener el aborto criminalizado de esta manera:

La última vez que se introdujeron modificaciones sustantivas en la Legislación referida al aborto, fue en el año 1938, con la promulgación de la Ley Nº 9.763 de 28 de enero de 1938, que introdujo en el Código Penal de 1934 el delito de aborto. Dicha norma constituye uno de los más rotundos fracasos legislativos. Es posible asegurar que desde su promulgación, hace más de cincuenta años, ninguno de sus postulados programáticos ni sus disposiciones concretas se compadecen con la realidad social. Esa ley no se cumple; está en desuso, lo cual es especialmente grave tratándose de una ley penal: significa que se ha criminalizado una conducta que la mayoría de la sociedad no considera delictiva (Sanseviero, & Beramendi; 1993, p. 5).

Es importante reflexionar sobre estos argumentos, los cuales demuestran como desde 1993 el aborto, aunque criminalizado, se veía como una práctica socialmente aceptable, o -no delictiva-, lo que variaba, eran las condiciones de las mujeres que decidían recurrir a esta práctica, y así los resultados y consecuencias de todo tipo. Regularlo, no implicaría promoverlo ni condenarlo, ya que la decisión es privada de la persona interesada, determinada por circunstancias personales intransferibles, y por valores morales, éticos, que ninguna legislación podría ni debería proponerse regular (Sanseviero & Beramendi; 1993). De esta manera, el proyecto de Ley de Sanseviero proponía la descriminalización del aborto, es decir, que dejara de ser un delito para el Código Penal, proponiendo la alteración de los artículos 325, 325 bis.

Luego de varias investigaciones sobre el tema para escribir el mencionado proyecto, los autores afirmaban que ninguna legislación, ninguna forma de persecución de la práctica del aborto, ha logrado impedir la realización de estos. Una mujer decidida a abortar, ejecutaría su voluntad de cualquier manera, siendo legal o ilegal. La diferencia es, en cuales condiciones psicológicas y sanitarias, las mujeres se someten a esta práctica (Sanseviero, R; Beramendi; 1993).

El tercer Proyecto del 2002, y votado en el 2004, es el que gana mayor impacto y visibilidad social. Legisladoras de diversos partidos presentan un proyecto de Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la despenalización del aborto. Pero, el éxito parlamentario llega en 2008, cuando gracias a la mayoría parlamentaria del Frente Amplio (Partido de Izquierda), el Congreso aprueba la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (N.º 18.426)¹⁴, la cual incluía capítulos del aborto. Este momento podría considerarse de conquistas, como también de desafíos, ya que la Ley es aprobada, pero con el veto de los capítulos completos sobre el aborto, por el Presidente de la República de ese entonces, siendo del mismo Partido del FA, el Doctor Tabaré Vázquez.

¹⁴ Texto completo disponible en:
<<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2519206.htm>>

De esta manera, el aborto continua ilegal. Profundizaré sobre este tema más adelante, ya que cabe analizar detalladamente los fundamentos de este Veto Ejecutivo, y su legalidad argumentativa.

3.2 NEGOCIACIONES POLÍTICAS PARA APROBAR LA LEY

Es por fin en 2012, durante el gobierno de José Mujica, también del FA, que se aprueba la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Nº 18.987) actualmente vigente.¹⁵ Sin embargo, para obtener esta aprobación del proyecto, se debieron realizar negociaciones políticas para conseguir la mayoría de votos en el parlamento. El FA analizó su situación, evaluando que su bancada no alcanzaba para aprobar el proyecto, les faltaba un voto. De esta manera, debieron pensar estrategias, y fue desde el Partido Independiente, Democrático Cristiano, que el diputado Iván Posada accede a aportar su voto, a cambio de introducir modificaciones en el proyecto (Correa & Pecheny 2016). En definitiva, se observa un Proyecto más restrictivo, y sus fundamentos volviéndose menos comprometidos con la autonomía reproductiva de la mujer, como se ve en el primer artículo:

Artículo 1º. (Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley Nº 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos (Ley 18.987, Uruguay).

Es entonces, que se accede a negociar la inclusión de medidas más restrictivas, para conseguir el voto. En conclusión, tras la correlación de fuerzas existentes, el FA acepta las modificaciones, y consigue aprobar el proyecto. Esta actitud de aceptar la negociación, se debió a aprovechar la oportunidad, con José Mujica como Presidente, pues, se sabía, que en 2014 existía la posibilidad de Tabaré Vázquez volver a ser Presidente de la Republica, y así existiría la posibilidad también, del mismo volver a vetar

¹⁵

Ley 18.987 disponible:
<<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4010633.htm>>

la Ley, ya que su postura en relación al aborto no cambiaría, según sus propias palabras dichas a su partido político. En cambio Mujica, tras su candidatura, siempre expresó que no vetaría una Ley de aborto. Así, aprovechándose de la oportunidad política que el Gobierno proporcionó, se consiguió aprobar la Ley.

Los autores Correa y Pecheny (2016, p.27) mencionan a modo de ejemplo, las negociaciones de la ley especialmente en el lenguaje, el cual queda señalado en el artículo 6to, inciso a sobre el cual la interrupción podría realizar fuera de plazos y requisitos:

Artículo 6: Cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer (Uruguay, Ley 18.987, 2012).

La ley aprobada, no propone alteraciones en el Código Penal, manteniéndolo de la siguiente manera: “son punibles las mujeres que aborten o quienes las ayuden a abortar fuera de las circunstancias, plazos y condiciones definidas por la ley, según las pautas del Código de 1938” (Correa y Pecheny, 2016, p.62).

3.3 OBSTÁCULOS, Y EL VETO DEL EJECUTIVO URUGUAYO.

El veto del Presidente Tabaré Vázquez en 2008, significó una derrota para los movimientos sociales que luchaban por una Ley de Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, causando un obstáculo en la aprobación de la Ley del aborto.

En primer lugar, debemos entender cómo funciona la Constitución uruguaya en relación al veto. La Constitución no otorga la facultad de vetar proyectos de ley al presidente de la Republica, sino al Poder Ejecutivo, órgano que abarca a la Presidencia de la Republica, pero que no se limita a ella. Por este motivo, la voluntad del Presidente debe estar acompañada de la voluntad de por lo menos uno, de sus Ministros/as. Los siguientes artículos de la Constitución nortean como debe funcionar:

Art. 137: Si recibido un proyecto de ley, el Poder Ejecutivo tuviera objeciones que oponer u observaciones que hacer, lo devolverá

con ellas a la Asamblea General, dentro del plazo perentorio de diez días.

Art. 138: Cuando un proyecto de ley fuese devuelto por el Poder Ejecutivo con objeciones u observaciones, totales o parciales, se convocará a la Asamblea General y se estará a lo que decidan tres quintos de miembros presentes de cada una de las Cámaras, quienes podrán ajustarse a las observaciones o rechazarlas, manteniendo el proyecto sancionado.

Art. 139: Transcurridos treinta días de la primera convocatoria sin mediar rechazo expreso de las observaciones del Poder Ejecutivo, las mismas se considerarán aceptadas. (...)

Art. 141: En todo caso de reconsideración de un proyecto devuelto por el Poder Ejecutivo, las votaciones serán nominales por sí o por no, y tanto los nombres y fundamentos de los sufragantes, como las objeciones u observaciones del Poder Ejecutivo, se publicarán inmediatamente por la prensa. (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997)

Fue en este caso, que el veto fue firmado por Tabaré Vázquez, y por la Ministra de ese momento de Salud Pública, María Julia Muñoz.

Los reconocidos abogados Analia Banfi Vique, Oscar A. Cabrera, Fanny Gómez Lugo, y Martin Heveia, realizaron en 2010, un extenso informe sobre el tema, con la colaboración del International Woman Health Coalition (IWHC), y publicado por la organización MYSU (Mujeres y Salud), donde analizaron los fundamentos esgrimidos en los capítulos 2, 3 y 4 vetados del proyecto de ley aprobado por el Parlamento Nacional en el 2008. La publicación del informe forma parte del ciclo: "*Cuadernos de aportes al debate sobre salud, ciudadanía y derechos*". EL objetivo del informe fue demostrar como los argumentos usados en el veto emitido por el Presidente de la República de ese momento, no tenían sustento fáctico, ni jurídico. El veto invocaba los valores de la sociedad uruguaya al sostener que:

De acuerdo con 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 las dos. (Banfi Vique et al., 2010, p.15)

En cambio, en contra de lo que sostenía Vázquez, las encuestas demostraban que:

Según la encuestadora Interconsult, el 57% de los uruguayos están a favor de la despenalización del aborto y un 42 % en contra. Las estadísticas revelan que si bien la mayoría a favor de la

despenalización tuvo picos (un 54% de mínima y un 63 % de máxima) ha sido una tendencia más que estable en los últimos 15 años (Banfi Vique et al., 2010, p.16).

El veto, claramente reflejaba más una opinión personal, que la opinión de los uruguayos, pues las encuestas dejan ver una opinión mayoritariamente a favor del aborto, la cual se mantenía relativamente estable desde hace 15 años, no concordando con lo que el Poder Ejecutivo argumentaba.

Además, el veto también afirmaba que: "en los países en que se ha liberalizado el aborto, éstos han aumentado". Este argumento no presenta datos basados en estadísticas reales. A grandes rasgos, se podría explicar de esta manera, cuando los abortos se realizan clandestinamente, con prohibiciones legales, es imposible tener indicadores estadísticos que reflejen, con certeza, el número de abortos realizados, sino que se trata de estimaciones. De esta manera, una vez "liberalizados", las cifras demuestran la realidad efectiva, la cual puede ser diferente a las estimadas, provocando un -aumento-. Lo cual, no significa que legalizarlo, aumentaría su práctica. (Banfi Vique et al., 2010)

Una vez que se legaliza el aborto y se desarrollan políticas públicas que garantizan el acceso a estos servicios médicos, el número de abortos realizados se refleja en los indicadores estadísticos, lo cual necesariamente genera un aumento en la incidencia de abortos reportados (Banfi Vique et al., 2010, p.16).

En el informe mencionado, los autores contra argumentan esta hipótesis del veto, con un estudio de 1988, realizado por el Instituto Max-Planck en Alemania, el cual concluyó que: "una situación legal permisiva [con respecto al aborto] no va necesariamente de la mano con una frecuencia de abortos por encima del promedio". El estudio además agrega: "en Holanda, que tiene [en 1988] las leyes de aborto más liberales de todos [los países europeos], también tiene una de las tasas más bajas de aborto en Europa".

Otro de los fuertes argumentos del veto, fue la "inconstitucionalidad", basándose en una incompatibilidad con tratados internacionales ratificados por Uruguay. Para Banfi Vique et al., (2010, p. 19) la despenalización del aborto no contradice el ordenamiento jurídico interno, o el derecho internacional. El veto, menciona que la Ley, afectaría

directamente los artículos 40, 41, 42, 44, 72, y 332 de la Constitución de Uruguay, los cuales consagran los derechos a la vida, la igualdad, el trabajo, a la familia, a la educación, a la protección de la maternidad, y a la salud. Para esto, basta ver otros casos como es el ejemplo de Italia, donde el aborto es legal desde 1978, y el artículo 31.2 de su Constitución expresa la protección de la maternidad, lo que no significa una contradicción al legalizar el aborto (Banfi Vique et al., 2010. P. 20).

El veto también hace referencia al artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), realizada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, el cual se expresa de la siguiente manera: “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, luego de un análisis exhausto, interpretó que la inclusión de “en general”¹⁶, no fue casual, si no deliberada. (Banfi Vique *et al.*, 2010, p. 25). La comisión explicó que la inclusión de “en general”, permitía que los estados que tenían legislaciones que autorizaban el aborto, pudieran ratificar la Convención Americana. En relación, la Dra. Cecilia Medina Quiroga, quien fue Jueza y Presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señala que:

[...] se desprende de la historia del tratado que la expresión «en general», fue agregada al texto original con el preciso fin de conciliar la posibilidad de que las legislaciones nacionales permitieran el aborto, y que la propuesta de suprimirla no fue aceptada, por lo que, de basarse en la interpretación de una disposición no clara en los trabajos preparatorios, habría que concluir que el párrafo 1 del artículo 4 no impide la facultad de los Estados de permitir el aborto en las circunstancias que ellos determinen (Banfi Vique et al., 2010, p. 27 apud Quiroga, 2003).
17

En sintonía, los autores del informe mencionan:

No es coherente que, en un Estado en donde el aborto se encuentra eximido de pena en ciertas circunstancias desde el año 1938, el Presidente utilice el argumento de que la despenalización del aborto en otras circunstancias viola el derecho a la vida. Si el

16 Disponible en: <<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Spanish/Basicos2.htm>> Acceso en 03/12/2017.

17 Cecilia Medina Quiroga, «La Convención Americana: Teoría y Jurisprudencia. Vida, Integridad Personal, Libertad Personal, Debido Proceso y Recurso Judicial», publicación auspiciada por la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y el Centro de Derechos Humanos, diciembre de 2003, pág. 71.

valor de la vida de las personas fuera el valor supremo, entonces el valor de la vida del feto debería prevalecer en todos los casos en que estuviese en conflicto con otros valores –entre ellos–, el valor de la autonomía reproductiva o la salud o vida de la madre. Sin embargo, como ya se mencionó, el Código Penal uruguayo exime de pena el aborto en algunos supuestos (Banfi Vique et al., 2010, p. 28).

A pesar del veto haber sido un obstáculo en esta trayectoria, no fue el único. Luego de aprobada la Ley en 2012, comenzaron a movilizarse rápidamente algunos grupos “pro vida”. Así fue que, en 2013, los grupos - contra el aborto- comienzan a posicionarse contra esta Ley, y con el fin de derribarla se aspira a un referendo popular. Según la normativa uruguaya, antes de lanzar un referendo, se requiere de un pre-referendo para legitimar la realización del mismo, y que participen al menos 25 por ciento del electorado (Correa & Pecheny, 2016). Los resultados fueron que tan sólo se presentaron en las urnas un 8,8 por ciento del padrón, por lo tanto, esta tentativa fracasa. De esta manera, se aprecia que el 91 por ciento de la población (quienes no fueron a votar este pre-referendo) son a favor del aborto, o por lo menos son a favor de mantener la Ley. Cabe resaltar, que el ex Presidente Tabaré Vázquez participó con su firma en este intento de derribar la ley.

4 LEY DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, LEY 18.987

4.13.1. LEY APROBADA

A pesar de los obstáculos, y negociaciones políticas, la Ley es aprobada, e inmediatamente implementada. De esta manera, el texto de la Ley N° 18.987 promulgado el 22 de octubre de 2012, se mantiene de esta manera:

En relación con las penalidades:

El aborto está despenalizado en los plazos y condiciones determinados por la ley, sigue penalizado cuando se realiza por fuera de tales condiciones, siendo entonces aplicables las penas

vigentes desde 1938. En relación con la situación del embarazo y el tiempo gestacional: a simple solicitud de la mujer, hasta las 12 semanas de gestación (Correa & Pecheny, 2016, p.26).

En caso de violación sexual:

Debe ser denunciada, hasta las 14 semanas de gestación. En caso de grave riesgo para la salud de la mujer embarazada y en caso de malformación fetal incompatible con la vida, no hay límites temporales establecidos (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.26).

En relación a las 14 semanas en casos de una violación sexual, se cuestiona el plazo de extenderse tan solo 2 semanas más, y principalmente la obligatoriedad de la denuncia policial o judicial, ya que esto puede llevarle más tiempo a la mujer, y más dificultades desde el punto de vista emocional, pudiendo llegar a la consecuencia de sobre pasar las 14 semanas. Entendemos la importancia de la denuncia policial en las violaciones sexuales, pero debemos ver más allá. Una violación sexual puede ocurrir dentro del hogar, por parte de su propia pareja, relacionamientos abusivos acontecen con frecuencia, estando naturalizados. Exigir por Ley una denuncia, puede ser complicado para la mujer, ya que muchas veces no están en situación de asumir esta violencia generada por hombres de su contexto cotidiano, habiendo un sinfín de situaciones diferentes, pudiendo ser una de ellas la dependencia económica.

Para esto, el análisis debe ser mucho más profundo, y se debe trabajar desde otro punto de vista desde la Salud Colectiva con perspectiva en la violencia de género. Aquí se nota una falla en la propia Ley, donde estos casos de violencia sexual no son acompañados con la responsabilidad que deberían serlo.

Un estudio interesante de Susana Rostagnol (2014), antropóloga uruguaya, refleja testimonios donde las mujeres uruguayas, expresan sobre sus prácticas y representaciones de su sexualidad con la “obligación conyugal”, en relación a lo que se mencionaba anteriormente, una de ellas menciona:

Y, a veces, yo no tengo ganas... A mí el sexo no es algo que... Yo que sé, pero a ellos les gusta. Mi marido siempre quiere, y bueno,

a mí no me importa. Me gusta que se quede contento. (Eloísa, nivel socioeconómico medio) (Rostagnol, 2014, p.107).

La autora menciona además:

En la misma dirección, una adolescente entrevistada en una policlínica me dijo que tenía relaciones sexuales sin ganas, solo porque creía que debía acceder cada vez que su pareja quisiera. Varias entrevistadas consideraban que, en tanto amaban a sus compañeros, debían tener sexo con ellos (Rostagnol, 2014, p.107).

En relación con los requerimientos para acceder a la práctica según la Ley:

En los casos de hasta 12 semanas y a solicitud de la mujer, la mujer debe consultar con un equipo de tres profesionales de salud (médico ginecólogo, especialista en salud mental y especialista en el área social) y esperar al menos cinco días “de reflexión” sobre su decisión, antes de recibir las orientaciones de un ginecólogo, para abortar con medicamentos o ser sometida a una intervención, según las reglas del Manual elaborado posteriormente por el Ministerio de Salud (Correa& Pecheny, 2016, p.26).

Tanto profesionales de la salud, como activistas feministas comprometidos con los DRYDS cuestionan el límite de las 12 semanas, ya que casos de mujeres que acceden a la combinación fármaco abortiva (Misoprostol+ Mifeprestona), a veces no les funciona, ya que no es 100% efectivo, y al volver al sistema muchas veces están pasadas de las 12 semanas, y no son atendidas, quedando sin atención. Para estos casos debemos pensar con responsabilidad, y reflexionar sobre donde estas mujeres irán a terminar, ya que varios estudios demuestran que cuando la mujer está decidida a abortar, no cambia su opinión a pesar de las restricciones legales que se le presenten, como ocurre en todos los países que es ilegal.

Nos encontramos que un gran porcentaje de mujeres uruguayas que pueden pasar por esta dificultad, y optando tal vez, por abortos clandestinos, en condiciones no seguras, o mediante compras ilegales del fármaco, sin ningún tipo de acompañamiento y asesoramientos.

En relación con la prestación del servicio:

Sólo está habilitada en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). No es posible brindar servicios legales de aborto por fuera del SNIS, lo que impide su oferta por

organizaciones no gubernamentales (como sucede por ejemplo en el Distrito Federal de México, donde asociaciones con clínicas privadas realizan abortos dentro de la ley, ampliando la cobertura). Es un acto médico sin valor comercial (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.26).

La Ley que se proponía aprobar en 2008, no imponía al Sistema de Salud como único habilitado para realizar abortos.

En relación con la nacionalidad:

Pueden acceder a los servicios las ciudadanas uruguayas. Las mujeres extranjeras pueden hacerlo sólo si tienen residencia legal mayor a un año en el país; la antigüedad se determina por historia clínica o, en su defecto, por certificado de la autoridad correspondiente (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.26).

Se nota un número de mujeres quedando excluidas por ser extranjeras, y aún no completar el año mínimo indicado por la ley.

En relación con la objeción de conciencia:

La ley permite la objeción de conciencia de las y los profesionales que así lo indiquen. También reconoce la opción de que instituciones prestadoras de servicios de salud rehúsen realizar la práctica, bajo la figura de la objeción de ideario institucional (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.26).

La Ley que se proponía aprobar en 2008, no incluía la objeción de ideario institucional, esto se refiere principalmente a las Instituciones Médicas que tienen vínculo religioso, siendo dos en Uruguay.

Por fin, se nota una Ley con lenguaje menos abierto, y marcadamente tutelar. En cambio la Ley del 2008, parecía más referida a los derechos y a las mujeres como sujetos (Correa. S; Pecheny. M. 2016). A modo de ejemplo en el lenguaje, podemos mencionar el primer artículo, tanto el de la Ley del 2008 propuesta y vetada, como la vigente del 2012:

Art. 1 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. (Ley 18.426, 2008)

Art. 1 El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley 18426/010 de 1 de diciembre de 2010. La interrupción del embarazo que se regula en la

presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos. (Uruguay, Ley 18.987, 2012)

Se nota en esta nueva Ley, como el aborto tiene un aspecto negativo, quedando en evidencia en los artículos 3, y contradiciéndose en su artículo 4 en respecto a la actitud de los profesionales de salud:

Art. 3 (...) El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción. En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable (Uruguay, Ley 18.987, 2012)

Según el artículo 4, parte e), sobre los deberes de los profesionales de la salud: “abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción” (Ley 18.987, 2012).

Además, el artículo 6, en relación al riesgo grave para la salud de la mujer trae la siguiente definición:

Quando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión sin poner en riesgo la vida de la mujer (Ley 18.987, 2012).

Esta Ley, en el contexto de América Latina, se ha celebrado como una victoria en la lucha contra el aborto inseguro. Pero desde Uruguay, quienes lucharon por una ley por el derecho al aborto no están conformes con la actual regulación, esto se puede señalar en las entrevistas que realizaron Correa y Pecheny a varios activistas, por ejemplo a Rafael Sanseviero, autor del segundo proyecto de Ley del 1993:

La ley no despenaliza el aborto. Siguen vigentes los tres artículos en el código penal de 1938 que criminalizan a las mujeres que abortan. Hace un mes han criminalizado tres mujeres porque han abortado ‘fuera de la ley’. (Se refiere a casos de aborto hechos de manera clandestina y que fueron denunciados en el primer trimestre de 2015). La ley no despenalizó, abrió una ventana de oportunidad para que mujeres con mayor capital social puedan hacer abortos hasta las doce semanas. Y además hay contenidos de la ley que son lesivos de su dignidad, porque implica re-subordinar las mujeres al orden médico, al sistema de salud. La ley,

a mi modo de ver, ilustra una esquizofrenia uruguaya clásica: de un lado tipifica un crimen, y del otro legaliza. Dicho esto, no había condiciones para que fuera distinto (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.60).

Otra preocupación es la imposición de tener que pasar por un equipo de tres profesionales –personas desconocidas- a quienes las mujeres tienen que explicar los motivos por los cuales deciden abortar, para luego pasar por 5 días de “reflexión”. Para Pecheny y Correa (2016, p.60): “todo ello presupone y sugiere duda en cuanto a la capacidad ética de las mujeres para decidir por sí solas sobre su vida reproductiva.”

Es interesante reflexionar, lo que implica para una mujer, tener que pasar obligatoriamente, por consultas con profesionales de salud mental, para tomar una decisión sobre su cuerpo. La –exigencia- de tener que pasar por una consulta con profesionales del área de salud mental, es cuestionable, y refleja el modelo biomédico tutelar del sistema de salud uruguayo, contrario al modelo que se espera desde la SC, hacia el empoderamiento del usuario, hacia una atención integral.

Leonel Briozzo, también opinó sobre estos 5 días de reflexión:

La ley impone barreras que no son admisibles en el momento de desarrollo del sistema sanitario uruguayo. El hecho de que la mujer tenga que ser vista por tres profesionales desconoce que en la práctica del sistema en el manejo de ese tema, el profesional médico sabe cuándo la mujer necesita o no ser vista por otro profesional. El hecho de que todas las mujeres tengan que ser vistas por todos es homogeneizar situaciones que no son homogeneizables. En una realidad sanitaria que tenía más de diez años de experiencia de reducción de daños, eso no era necesario. Otro punto problemático son los cinco días de espera como regla. En algunos casos, eso puede tener sentido, pero en otros no. Finalmente, la ley requiere que la consulta final sea hecha por ginecólogos, cuando podrían ser médicos generales, pediatras. Esa definición pone mucha carga sobre los setecientos y pocos ginecólogos que hay en el país (Correa. S; Pecheny. M. 2016, p.62).

En cambio Lilián Abracinskas, activista feminista y Directora actual del MYSU, realiza un análisis de los discursos tanto de Leonel Briozzo, como de Tabaré Vázquez, siendo ambos médicos:

Es explícito en el discurso del legislador que el propósito de la ley 2012 es desestimular la práctica del aborto. Es el mismo cometido que tenía la propuesta de la estrategia de reducción de daños que impulsó Leonel Briozzo en el 2002. La discusión que Alejandra López y yo tuvimos con él en ese momento fue que lo que debe

evitarse es la práctica insegura, de lo contrario la medida seguía perpetuando, como termina haciendo en la ley, la injerencia médica en la decisión de la mujer. El modelo de reducción de riesgos y daños no fue pensado como una medida temporal, sino como alternativa a un cambio legal de reconocimiento del derecho a decidir. Allí radica la influencia del poder médico en la resolución legal del 2012, además de la de Tabaré Vázquez en el 2008. Serían dos expresiones de la actuación del poder médico en Uruguay, la más “progresista” de Leonel (Briozzo) y la claramente conservadora de Tabaré (Vázquez). Pero de todas formas se demuestra que hasta el más progresista de los médicos consideró que las mujeres deben ser tuteladas en sus decisiones, y que la maternidad tiene un valor superior (Correa. S; Pecheny. M. 2016).

4.2 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD.

La Ley comienza a implementarse en los Servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), inmediatamente de su aprobación. El Ministerio de Salud Pública, realiza rápidamente una compra pública de Marisprin (fármaco habilitado para la IVE), para que los servicios comenzaran a funcionar cuanto antes, esto ocurre en el año 2012.

En noviembre del 2012, el MSP propone el Decreto 375, sobre la reglamentación de la ley de IVE¹⁸. El decreto estipula los principios de confidencialidad, consentimiento informado, y al respecto de la autonomía de la decisión de la mujer.

Esto implica que el personal de la salud interviniente debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, así como sus visiones filosóficas personales, debiendo actuar e informar a la mujer que proceda a interrumpir un embarazo de acuerdo a la evidencia científica disponible, con profesionalismo, calidad técnica y humana (Uruguay, Decreto N°375, MSP, p. 11, 2012).

El decreto también expresa, la posibilidad de la usuaria, si al no sentirse confiada con el prestador de salud al cual es afiliada, presentarse antes la Junta Nacional de la Salud, y solicitar el cambio de prestador, fundamentando sus motivos. Esta solicitud tendrá un plazo de 24 horas para concretarse. Además, el Decreto menciona también, que a partir que la mujer comienza con el asesoramiento, empezara a correr el plazo mínimo de cinco días corridos, para que la usuaria manifieste su voluntad

18 Disponible en: < <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>>. Acceso en 27/11/2017

de interrumpirá el embarazo. Las consultas con los profesionales del equipo podrán ser en conjunto o separadas.

En el artículo 13 del mismo, se da espacio para la participación del progenitor:

a) orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a éstos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes (Uruguay, Decreto N°375, MSP, 2012).

Los artículos 28 y 29, regulan la objeción de conciencia de tal manera:

Art. 28: La objeción de conciencia solo es válida para abstenerse de intervenir en los procedimientos previstos por el inciso 5° del artículo 3° de la Ley 18.987 y no para abstenerse de actuar conforme a los incisos 1° a 4° del artículo 3° de la ley. Solo podrán objetar de conciencia las personas físicas, no existiendo tal derecho para las personas jurídicas.

Art. 29: Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis literales B y C de la ley 18.987, el ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma (Uruguay, Decreto N°375, MSP, 2012)

Se crea entonces, una Guía técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.¹⁹, tratándose de un manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo. El siguiente Manual, menciona las primeras tres consultas que las mujeres deben concurrir, de esta manera:

1ª consulta médica (médico general o especialista). Recepción de la voluntad de la mujer. Se verifican los requisitos y se solicita paraclínica y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta el mismo día o al día siguiente. Si esta primera consulta ocurre con un médico objetor de conciencia para esta etapa de IVE se deberá: o Informar a la usuaria que es objetor de conciencia. O Derivar, inmediata y personalmente a la usuaria identificando el médico que efectivamente le brindará la asistencia. Registrar las actuaciones en la historia clínica de la usuaria.

2ª consulta con equipo interdisciplinario. Asesoramiento. Tres profesionales con actuación articulada y en forma simultánea, (ginecobstetra, profesional del área social y del área de salud

19

Disponible

en:

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20IVE%20corregida%202016.pdf>. Acceso en 27/11/2017.

mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión establecido por la ley - no menor de 5 días corridos. 3º consulta con ginecólogo. Expresión final de voluntad de la mujer cuando se inicia el procedimiento de IVE (MSP, 2016, p. 10)

Los métodos que se mencionan en esta guía, aptos para la IVE son:

Métodos médicos: Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo (—aborto no quirúrgico—).

Métodos quirúrgicos: Utilización de procedimientos trans-cervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío (AMEU), el legrado aspirativo en block quirúrgico y la dilatación y curetaje (DyC - legrado evacuador). (Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, MSP, 2016, p. 7)

Sobre el régimen farmacológico:

El régimen recomendado para la interrupción farmacológica es el de Mifepristona seguida de Misoprostol. Este régimen se asocia a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos si se lo compara con el régimen que usa Misoprostol solo. Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol, son sumamente eficaces, seguros y aceptables para las interrupciones del primer trimestre. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 %. (Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, MSP, 2016, p. 7)

Esta guía, anexa los documentos requeridos para el procedimiento: Formulario IVE, Consentimiento Informado, y Formulario para Objeción de Conciencia, que también se encuentran anexados en el final de este trabajo (anexo III).

Así, la implementación de los servicios ocurrió rápidamente luego de la aprobación de la Ley. Según los datos del MSP sobre las IVE, podemos observar los siguientes datos:

Tabla 1 - IVE realizados en Uruguay por mes. Periodo: enero 2013-diciembre 2016

Mes	2013	2014	2015	2016*
Enero	321	695	771	756
Febrero	432	675	772	751
Marzo	465	622	851	768

Abril	588	582	687	736
Mayo	591	736	731	775
Junio	556	708	783	882
Julio	686	780	867	756
Agosto	752	699	716	858
Setiembre	722	791	808	947
Octubre	746	777	891	864
Noviembre	643	713	737	784
Diciembre	669	719	748	842
Total	7171	8537	9362	9719
Promedio Mensual	598	711	780	810

*Datos preliminares.

Fuente: datos del MSP, 2017. Tabla adaptada por la autora.

Según los datos monitoreados entre el periodo de enero del 2013, a diciembre de 2016, podemos sacar las siguientes conclusiones: se nota un aumento en el número de abortos del 16% del año 2013 al año 2014, pasando de 7171, a 8537. Desde el año 2014, al año 2015 los abortos aumentaron un 8,8%, notándose una disminución en el aumento de números de aborto por año. Por último, desde el 2015 al 2016, aumentó un 3,8% la cantidad de abortos, siendo 357 IVE más que en 2015. Podemos señalar, que al comienzo de la implementación ocurrió un aumento significativo, como se puede ver entre más evidente entre el año 2013 al 2014, comienzos de la implementación, tras la despenalización de la práctica, esto demuestra que las mujeres salieron de la clandestinidad, para acceder a estos servicios seguros. También se entiende el aumento, como una manera de apropiación de este servicio por parte de las mujeres, teniendo la posibilidad de ejercerlo como un derecho. Además, un aumento de abortos para Salud Pública, significa que en los primeros años de implementación ocurrió la debida transición de las mujeres pasar por realizarse abortos en la ilegalidad, hacia tener la posibilidad de llegar a la legalidad de los servicios, proporcionándoles confianza y seguridad para su salud. Para cumplir con este propósito, cabe resaltar la importancia de la divulgación de la información sobre el funcionamiento de los servicios, sobre cómo acceder y cuáles son las condiciones dentro del marco legal.

Para esto, se aspiró a realizar la adecuada comunicación en salud para lograr esta transición. De esta manera, a partir de la implementación de los servicios, se puede realizar un monitoreo confiable y constante de las cifras estadísticas, para realizar la debida evaluación del funcionamiento.

Tabla 2- IVE realizados en Uruguay por año, según grupo de edad. Periodo: enero 2013-diciembre 2016

IVE 3 por edad	2013	2014	2015	2016
Menos de 15	74 (1%)	69 (1%)	94 (1%)	74 (0,8%)
15 a 19 años	1200 (17%)	1404 (16%)	1603 (17%)	1597 (16,4%)
20 años o más	5897 (82%)	7064 (83%)	7665 (82%)	8048 (82,8%)
Total (100%)	7171	8537	9362	9719

Fuente: datos del MSP, 2017. Tabla adaptada por la autora.

A partir de estos datos, podemos decir que las mujeres de 20 años o más, son quienes más acuden a este procedimiento, siendo más del 80% en todos los años desde que implementada la Ley. Luego, con aproximadamente el 16,5% siguen las adolescente de entre 15 a 19 años. Por último, la faja etaria en la cual se realizan menos procedimientos, siendo del 1% aproximadamente, son las menores de 15 años. No se nota gran variación en los porcentajes según los grupos por edad, en los cuatro años monitoreados. Esta tabla demuestra entonces, que mujeres con más de 20 años, son las que más acceden a los servicios.

Tabla 3- Tasas de IVE (cada 1.000 mujeres, por edad). Periodo: enero 2013-diciembre 2016

Tasas de IVE cada 1000 mujeres	2013	2014	2015	2016
De 20-49 años (adultas)	8,47	10,11	10,91	11,38
De 15 a 19 años (adolescentes)	9,02	10,58	12,18	12,3
De 15 - 49 años General	8,56	10,18	11,11	11,53

Fuente: datos del MSP, 2017. Tabla adaptada por la autora.

Cada 1.000 mujeres entre 15 a 49 años, 8,56 abortaron en 2013, 10,18 en 2014, 11,11 en 2015, y 11,53 en 2016. Como mencionado anteriormente, se nota un aumento de abortos en los primeros años de implementación de la Ley (del 2014 al 2014). Esta tabla, nos muestra la diferencia entre adolescentes (15 a 19 años) y adultas (de 20 -49 años) que abortan, según la tasa de IVE cada 1.000 mujeres.

La siguiente Tabla (Nº4), nos muestra la diferencia de números de IVE realizados entre el interior y la capital del país (Montevideo). Conociéndose que aproximadamente la población de Uruguay se divide en estos dos territorios por igual, percibimos que en Montevideo ocurren más abortos. Esto se puede revelar por la diferencia entre los servicios de Montevideo y del interior, ya que Montevideo presenta más accesibilidad o facilidad de trasladarse de un Hospital a otro, caso haber médicos objetores de conciencia, u Hospitales con objeción de ideario.

También muchas mujeres del interior manifiestan preferir realizar este procedimiento en Montevideo, argumentando que en pueblos del interior con número de habitantes reducidos, la confidencialidad muchas veces se aleja de lo ideal. Esto también señala el estigma que aún existe con la práctica del aborto, ya que en el interior del país generalmente las personas se conocen más, y las mujeres pueden no sentirse cómodas al aceptar ir a un médico conocido, para realizarse este procedimiento.

Tabla 4- Datos de IVE ocurridos en Uruguay por territorio. Periodo: enero 2013-diciembre 2016

IVE 3- Territorio	2013	2014	2015	2016*
Montevideo	447 (62%)	4953 (58%)	5280 (56%)	5548 (57%)
Interior	2692 (38%)	3584 (42%)	4082 (44%)	4171 (43%)
Total	7171 (100%)	8537 (100%)	9362 (100%)	9719 (100%)

*Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017. Tabla adaptada por la autora

La tabla N°5, nos trae la información de mujeres que consultaron sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y luego tomaron la decisión de continuar con la gravidez. En los cuatro años de monitoreo se nota un numero estable del 6% del total de mujeres que van a consultar sobre IVE, que optan por continuar con el embarazo. Siendo el 94% restante las que continúan con el procedimiento de interrupción.

Tabla 5-Datos de IVE ocurrido en Uruguay por año, según continuación de embarazo. Periodo: enero 2013-diciembre 2016

Voluntad	2013	2014	2015	2016*
IVE 3	7171 (94%)	8537 (92%)	9362 (94%)	9719 (94%)
Continuaron el embarazo	486 (6%)	720 (8%)	633 (6%)	585 (6%)
Total	7657	9257	9995	10304

*Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017. Tabla adaptada por la autora.

La tabla N°6, nos muestra los números de abortos, según los prestadores de servicios, pudiéndose ser los servicios públicos o privados. Se nota que en 2013, 2014, y 2015 la mayoría de procedimientos ocurrían dentro del sector privado, para luego en 2016, invertirse la situación. Los

porcentajes se mantienen relativamente estables, siendo que en media el 49,3 % ocurren en privados, y el 50,3% restante en públicos.

Tabla 6- IVE por año, según prestador de servicios. Periodo: enero 2013-diciembre 2016.

IVE 3 - Prestador	2013	2014	2015	2016*
Públicos	3241 (45%)	4148 (49%)	4607 (49%)	5148 (53%)
Privado	3930 (55%)	4389 (51%)	4755 (51%)	4571 (47%)
Total (100%)	7171	8537	9362	9719

*Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017. Tabla adaptada por la autora.

Tabla 7- Según causas de IVE. Periodo entre 2013-diciembre 2016

Causas	2013	2014	2015	2016*
Propia voluntad	6699 (93,41%)	8515 (99,74%)	9275 (99,07%)	9619 (98,97%)
Violación	9 (0,13%)	2 (0,02%)	26 (0,28%)	1 (0,01%)
Riesgo de salud de la mujer	10 (0,14%)	12 (0,14%)	5 (0,05%)	5 (0,05%)
Anomalías fet. Incomp. Vida	8 (0,11%)	8 (0,09%)	2 (0,02%)	4 (0,04%)
Sin dato	445 (6,21%)	0 (0,00%)	54 (0,58%)	90 (0,93%)
Total	7171	8537	9362	9719

*Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017. Tabla adaptada por la autora.

En la tabla N°7, según las causas de IVE, podemos ver que prevalece la causa “propia voluntad de la mujer”, ultrapasando todos los años el 90% de los casos. En 2014, 2015 y 2016 el porcentaje de esa causa aumenta para más del 98%, lo que demuestra la autonomía en la

decisión de la mujer. Llama la atención en el año 2013, el 6% de casos con causa “sin datos”. Podemos hipotéticamente mencionar, que por ser el primer año de implementación de la Ley, pudieron ocurrir errores en los registros.

La Tabla N°8, nos señala los datos sobre la consulta IVE4, la cual consiste en el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, y principalmente la obtención de ellos por parte de las usuarias. Los resultados muestran que aproximadamente el 16,75% obtienen algún método anticonceptivo. Esto refleja una falla de esta última consulta, con muy poca cobertura.

Tabla 8- Datos de consulta por IVE 4 ocurridos en Uruguay por año- anticoncepción. Periodo entre 2013-diciembre 2016.

IVE 4	2013	2014	2015	2016*
Con anticonceptivos	3980 (81%)	4416 (82%)	5245(86%)	4734(84%)
Sin anticonceptivos	909 (19%)	937(18%)	830(14%)	923(16%)
Total	4889 (100%)	5353(100%)	6075(100%)	5657(100%)

*Datos preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017. Tabla adaptada por la autora.

4.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y OBJECCIÓN DE IDEARIO.

Tras la promulgación de la Ley 18.987 de IVE, se permite el derecho a la objeción de conciencia (OC) para los médicos ginecólogos del Uruguay. La OC, según Francisco Cópola se define como:

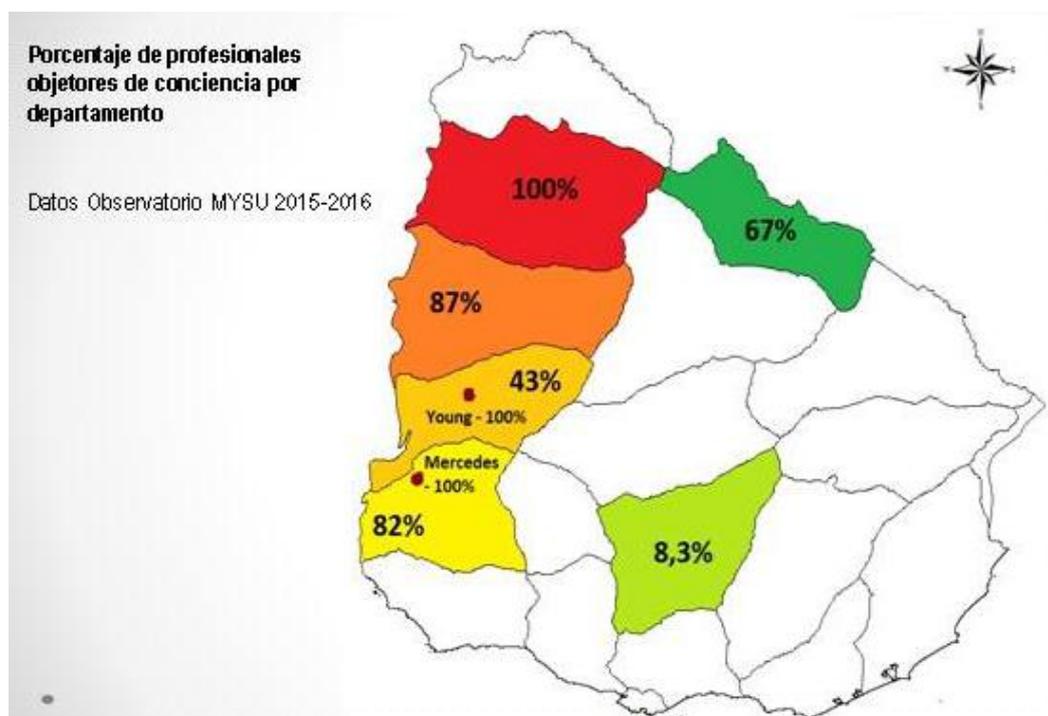
...es la negativa de una persona (en nuestro caso de un profesional sanitario), por motivos de conciencia, a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible. Por ende, la OC es una autorización, si se cumplen determinados requisitos y limitantes, para abstenerse de aplicar una ley (Cópola, 2013, p.43).

Cóppola realiza un análisis interesante sobre las diferencias del objetor “verdadero” del “pseudoobjedor”:

Cuando existe OC hay choque (antagonismo) de derechos. Por un lado, el derecho de la usuaria a recibir asistencia médica consagrada en la ley y, por otro, el derecho a la OC. Si la OC no es genuina se está vulnerando un derecho con fines políticos o de otra índole (Cóppola, 2013, p.44).

Según los datos recolectados por el Observatorio del MYSU, quienes realizaron el monitoreo de la política en el periodo de 2015-2016, el porcentaje de objetores de conciencia por departamentos es preocupante, principalmente por abarcar principalmente la población del interior. Departamentos como Salto tienen 100% objetores de conciencia, y ciudades como Young, y Mercedes también. Esto dificulta a las usuarias del interior, teniendo que dislocarse generalmente en estas situaciones para otras ciudades, o para Montevideo.

Figuras 1 - Porcentaje de Profesionales objetores de conciencia por departamento.



Fuente: MYSU, 2017.

Según Cópola (2013), para validar si la objeción de conciencia es genuina, se deben tener en cuenta los siguientes puntos: “1- la ausencia de fin político, 2) respetar los derechos ajenos, 3) la honestidad y coherencia.”

En Uruguay, la objeción de conciencia es un tema preocupante estando en debate, ya que causa demoras en el servicio de salud cuando la mujer se encuentra con uno de ellos. Esta lista de médicos objetores de conciencia es confidencial, y no se puede acceder a ella. Esto fue debido a la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) N° 586/2015 del 11 de agosto de 2015, del Decreto N° 101/016 del 5 de abril de 2016, la Ordenanza N° 243/2016, de 22 de abril de 2016 y la Ordenanza N° 247/2016, de 26 de abril de 2016.²⁰ En consecuencia, los datos más nuevos a los que el MYSU pudo acceder son de 2015-2016, como se muestra en la figura.

20 Un grupo de médicos ginecólogos, manifestaron que el decreto impugnado restringía ilegítimamente el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia del personal de salud, reconocido en la Ley Nº18.997 y en el art. 54 de la Constitución. Agregaron en su reivindicación, que se les imponía una obligación general a la participación en abortos que podía calificarse como un atentado al sentido último de su profesión e, incluso, a su dignidad personal y al libre desarrollo de su personalidad, al tratarse de profesionales que, por su peculiar vocación, están comprometidos humana y profesionalmente con la defensa de la vida humana. Por fin se resolvió anular del Decreto 375/012, del 22 de noviembre de 2012: a) inciso segundo del artículo séptimo; b) incisos primero, segundo y tercero del artículo octavo; c) último inciso del artículo decimosegundo; d) el inciso segundo del literal b) del artículo decimotercero; e) artículo decimosexto; f) el inciso primero del artículo vigesimotercero; y, g) el inciso primero del artículo vigesimonoveno. (Montevideo, 11 de agosto de 2015)

5 ANALISIS DE DATOS

5.1 RELATOS, Y EXPERIENCIAS

A continuación, serán presentados los datos resultantes de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo. Estas entrevistas fueron grabadas, y posteriormente transcritas, omitiendo datos personales que pudieran facilitar la identificación de las participantes. Todas las entrevistas fueron revisadas para garantizar la calidad de la transcripción antes de iniciar la etapa de este análisis. Además, todas las personas involucradas en la investigación firmaron un Término de compromiso, para garantizar la confidencialidad, el cual se encuentra en anexo. Las entrevistadas recibieron nombres ficticios para no ser identificadas. Para el fin del análisis de estos datos, fueron organizadas las respuestas por cada pregunta realizada.

El primer análisis trata sobre el grupo de las Profesionales del área de la Salud (PS), con el fin de obtener el punto de vista de estos, tanto las miradas desde la Salud Pública, como desde el activismo por los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Luego analizaremos el segundo Grupo de mujeres, (MIVE) quienes interrumpieron voluntariamente su embarazo dentro del Marco Legal vigente, y así poder conocer su relato y experiencia por la transición de los servicios de Salud del SNIS de IVE.

5.2 GRUPO 1: LA VOZ DE LOS PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD

La tabla (9) representa una descripción numérica del perfil sociodemográfico de la muestra del estudio. El promedio de edad fue de 59 años. En total fueron entrevistadas cinco mujeres profesionales relacionadas al área de la salud sexual y reproductiva. Todas las entrevistas fueron realizadas en Montevideo, personalmente.

Tabla 9- Descripción de la Muestra Grupo 1:

Entrevistada	Profesión	Edad
Delmira	Antropóloga	62
Julieta	Psicóloga	64
Paulina	Medica Obstetra, Medica Ginecóloga	60
Rita	Psicóloga	51
Simone	Técnica en Anatomía Patológica	58
Total	5	

Fuente: La autora (2017).

Nota: Datos extraídos de las entrevistas realizadas por la autora.

El cuestionario para este grupo, el cual se encuentra en anexo (IV), contó con 10 preguntas semi estructuradas. A continuación, analizaremos cada una.

1.¿Cuál fue su motivación/interés para comenzar a trabajar con este tema?

Las respuestas para esta pregunta fueron diversas, y particulares de cada trayectoria profesional de las mujeres entrevistadas. La mayoría de las entrevistadas mencionaron haber comenzado a trabajar a mediados de los 80, y comienzos de los 90, primero en ONG con agenda de Salud Sexual y Reproductiva, relacionadas principalmente a la preocupación por la prevalencia de embarazos adolescentes en el país, para luego llegar a trabajar con el tema de abortos. Las primeras ONG trabajaban sobre los abortos ilegales, y principalmente en la reducción de daños.

Simone, mencionó llegar a trabajar el tema del aborto, desde una experiencia personal, tras haber pasado por un aborto ilegal, cuando tenía 18 años, resultado de una relación de noviazgo. Comenzar a trabajar con la IVE le sirvió para procesar su experiencia, más que nada biográfico, como así ella lo menciona, y le dio la posibilidad de consolidar su

experiencia personal, con su interés científico. Desde el 1985, también acompañó los proyectos de Ley discutidos en el Parlamento.

Otra de las entrevistadas, Delmira, se refirió llegar a trabajar con el tema del aborto, a partir del activismo feminista, pro legalización del aborto, el cual también era su objeto de estudio, del área de la antropología.

Se nota así, un grupo de mujeres comprometidas con la temática de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos desde mediados de los 80, hasta la actualidad, quienes trabajan desde diferentes ámbitos, ya sea desde la academia y producción científica, como directamente en los Servicios de Salud con la temática del aborto.

2.¿Cuál fue su participación durante el proceso de creación/implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

De las 5 entrevistadas, ninguna trabajó directamente en la elaboración del último proyecto de Ley aprobado. Podríamos decir que esto fue debido a las consecuencias de las negociaciones políticas que causó la no participación de movimientos feministas históricamente presentes. Una de ellas, nos explica sobre ese proceso de ruptura que ocurrió entre los grupos feministas y el Parlamento en este último proyecto, se podría decir que como una de las secuelas del Veto del Ejecutivo en el 2008.

...te diría que ahí hubo como un quiebre entre los que lideramos un proceso de cambio, y el FA en el lugar de mayoría parlamentaria, en un lugar de gobierno de izquierda, ahí yo te diría que hubo un quiebre, donde empieza a haber un distanciamiento. Y ya en este Proyecto, el Parlamento cerró puertas, en términos de negociación con el movimiento social, y particular con el movimiento feminista... A partir de ahí perdimos diálogo, perdimos negociación, y además fue una estrategia parlamentaria, ellos ya sabían que volvía Tabaré Vázquez a la candidatura, y por lo tanto como yo siempre digo, negociaron a nuestros espaldas. La negociación que se hizo en este Proyecto fue una negociación que no tuvo a las alianzas históricas con el movimiento feminista libre... En el contenido final del texto no tuvimos más oportunidad (Simone, 2017).

Además, dos de las entrevistadas, Delmira, y Julieta, participaron tanto en la divulgación de la Ley, como en la capacitación a PS luego de la aprobación.

Otra de las entrevistadas, Paulina, cuenta que como médica ginecóloga, tras la implementación de la Ley se encontraba trabajando en una institución de asistencia médica colectiva (IAMC) y comenzó inmediatamente a realizar servicios de IVE, hasta la actualidad.

3.¿Cuál es su opinión sobre la Ley aprobada de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

Entre las entrevistadas prevalece la idea de que a nivel regional es un avance, pero la Ley en sí, es mala, y no debería ser modelo para ningún país. Siendo todas las entrevistadas defensoras de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, del área de la salud, no es de poca importancia que todas opinen que la Ley no es buena, que no favorece a las mujeres, y que dificulta el proceso de implementación de los servicios por tener demasiados plazos, y requisitos. A partir de las respuestas, tenemos diferentes miradas, algunas de ellas a continuación:

A mí el proyecto me parece muy malo. Más allá que obviamente si uno ve el proyecto, comparándolo con los países de A.L, bueno si claro... pero nosotros no nos podemos comparar con otros países, no nos alcanza con eso, tenemos que compararlo con nuestra propia historia del país, y las condiciones de nuestro país, que son distintas, ni mejores ni peores, o sea en la región está bien... pero uno tiene que ver los procesos situados, en el propio país había posibilidad de haber hecho las cosas de otra manera, sí había posibilidad, se podrían haber generado otras condiciones, pero no hubo voluntad política para eso, esa es la realidad, para mí es el punto clave en esta historia. ...es un tipo de ley no amigable a las mujeres, no es una ley q vos digas, bueno favorece a q la mujer puede ejercer sus derechos, no... (Rita, 2017).

Asimismo, menciona que desde su punto de vista, es una ley -mezquina-, en primer lugar porque busca desestimular que las mujeres tomen la decisión de abortar, desde una construcción moral que abortar está mal, aquí nos encontramos con un problema ideológico, de un

posicionamiento de lo que está mal y lo que está bien. Sobre su experiencia en contacto con mujeres, nos cuenta:

La mujer tiene que ir tres veces al servicio de salud, las mujeres te lo dicen, que les incrementa la ansiedad, esta estudiado esto, incrementa la ansiedad, la angustia. Los estudios muestran, que en nuestro país las mujeres llegan al servicio con la decisión tomada, no van a ver qué hacer, ya saben que hacer, y los datos que tenemos del propio Ministerio es que es muy bajo el porcentaje de mujeres que desean continuar, por lo cual toda esta ruta crítica, lo viven innecesario, les incrementa la ansiedad, la incertidumbre de lo que les va a pasar, de cómo va a ser el proceso... (Rita, 2017).

Por otra parte, nos menciona que la no inclusión de las mujeres extranjeras es un problema, ya que Uruguay recibe muchas mujeres venezolanas, dominicanas, colombianas, etc., y tener que esperar un año de residencia, es una situación mezquina. Esto nos refleja la realidad crítica de las mujeres extranjeras que llegan a nuestro país, ante el deseo de interrumpir una gravidez. Muchas veces, por no estar divulgado correctamente esta especificidad de la Ley, llegan al sistema y se encuentran con este choque de realidad, el cual las deja desamparadas.

Con esa imagen de que si Uruguay fuera a ser un turismo abortero, un puritismo importante, no se sostiene de ningún lado, pero bueno ta... (Rita, 2017).

Al respecto sobre las pérdidas más importantes en el último proyecto, Simone menciona que la más importante fue no modificar el Código Penal, o sea, que el aborto continúe siendo un delito al ser practicado fuera de las condiciones de la ley. Para ella, es una ley que optó por la concepción tutelar, y no por la autonomía y libertad de la mujer, mencionando que se va en contra de los derechos sexuales y reproductivos cuando la ley menciona en sus artículos la “protección de la maternidad”, opinando que existe un retroceso en la conceptualización.

...es una ley no recomendable a ser reproducida en ningún lado, es una mala ley, que cuando haya las condiciones y contextos necesarios habrá que cambiarla. Es incoherente de lo que Uruguay vende para afuera sobre agenda de derechos (Simone, 2017).

Desde el punto de vista de Paulina, quien trabaja directamente en los servicios realizando procedimiento de IVE como medica ginecóloga, podemos ver una opinión que sigue el hilo de las demás, pero se acerca más al punto de vista del Profesional de Salud desde una visión de Salud Pública, con una mirada en las dificultades que genera para los Servicios de Salud, conseguir consolidar un equipo multi profesional específicamente.

Está bueno, porque es un derecho de la mujer, de un avance en Latinoamérica y damos el ejemplo...pero me parece una ley que es muy difícil llevarla a la práctica con tantos requisitos, y plazos (Paulina, 2017).

Además también menciona algo importante, sobre como el brindar acceso al psicólogo y al asistente social es importante para la mujer, pero no está bueno que sea de una manera obligatoria.

4.¿Cuál es su evaluación sobre los servicios disponible de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

Las cinco entrevistadas concordaron en que los servicios funcionan, existen, dado que la Ley así lo exige, siendo obligatorio para todas las instituciones tener servicios de IVE. El problema está en la calidad de los mismos, y principalmente en las dificultades para la consolidación de los equipos.

...funcionan, si funcionan de manera adecuada eso es otra cosa... (Paulina, 2017).

Difícilmente de los 500 aproximadamente servicios del país, todos van a tener un equipo con ginecólogo, psicólogo, y un asistente social para IVE, y un psicológico, y un ginecólogo, y un enfermero para salud sexual y reproductiva, es impensable (Rita, 2017).

...sólo están en capitales o ciudades importantes. En los lugares donde tenes 100% objetores de conciencia las mujeres son trasladadas para que se les transcriba un medicamento. No puedes elegir el método, no puedes elegir por aspiración si no quieres medicamento, si no quieres hacerlo sola, sino quieres hacerlo en tu casa. O sea, si están los servicios pero están condicionados, el método está decidido por las instituciones (Simone, 2017).

Se nota por gran parte de las entrevistadas, que mencionan existir equipos muy comprometidos, personas que estuvieron involucradas en todo el proceso, y que proporcionan buenos servicios. El problema, es que también existen equipos donde el estigma está presente. Para Simone, el primer aborto o único de una mujer, generalmente es bien acompañado por el equipo, pero existen casos donde la mujer vuelve para realizarse un segundo aborto, o tercero, y la respuesta del equipo puede ser bastante prejuiciosa.

“¡que sos una inconsciente! que si te damos métodos, que no nos hiciste caso...” o sea, hay todavía mucho que trabajar, en cambios de paradigmas (Simone, 2017).

Además, el problema de los objetores de conciencia se torna un problema importante para la territorialización de las políticas públicas, ya que el interior del país queda desamparado, lo que resulta en la centralización de los servicios, ya sea en la capital del país, o en las capitales de los departamentos.

Simone nos proporciona una reflexión, sobre cómo es tratado el tema del aborto en el sistema de salud, de carácter biomédico, aislado del área de salud sexual y reproductiva, generalmente.

...no se trabaja aborto integralmente como salud sexual y salud reproductiva, vos vas a un servicio y tenes por un lado el de aborto, por otros métodos anticonceptivos, y por otro parto y puerperio (Simone, 2017).

Aquí podemos señalar las dificultades que aún existen en los paradigmas de la salud sexual y reproductiva de la mujer, de connotación tutelar, y desde un paradigma biomédico, el cual expresa en cada aborto, el peso de la maternidad en la sociedad uruguaya. Una falla de los MAC puede ser -aceptada-, siempre y cuando sea falla en la eficacia y no por el -no uso-, o uso -incorrecto-. El modelo reproducido en el sistema aspira a que en algún momento esa mujer decida tener una maternidad -deseada-, o -planificada-.

Rostagnol (2013), en su investigación antropológica sobre *Aborto Voluntario y relaciones de género*, al entrevistar cinco mujeres en una sala

de espera de un Hospital, siendo mujeres que querían interrumpir su embarazo, y preguntarles « ¿por qué quedaste embarazada?», nos proporciona una explicación interesante en relación al poder que la figura del médico genera:

La mayoría de las mujeres manifestaban que el embarazo no esperado fue resultado de una falla en los mac. Si bien este es un motivo plausible, el análisis de la información expuso que las mujeres apelan a esta causa por ser una razón aceptada para un embarazo no esperado, especialmente por el personal de salud (Rostagnol, 2013, p.83).

La autora menciona, como notó que las mujeres entrevistadas mencionaban la respuesta “correcta”, que no las colocara como -mujeres irresponsables- que tenían sexo sin tomar precauciones para evitar un embarazo. Se esperaba que con la difusión de los mac, ya no ocurrieran más embarazos no deseados, pero según la autora:

... sin embargo, estos siguen existiendo, y de acuerdo a Leridon (1995), su aparición es menos aceptada en la medida que aumenta la eficacia de la tecnología anticonceptiva (Rostagnol, 2013, p.83).

Esto nos lleva al análisis que realiza Simone,

...muy probablemente una mujer que puede empezar a tener embarazos no deseados repetidos, hay que empezar a ver su entorno, tal vez tiene relaciones sexuales no consentidas, con violencia, dominada, una pareja que se resiste a usar métodos... hay que trabajarlo más integralmente. No solo asumir que un embarazo no deseado es porque sos una inconsciente irresponsable. Los servicios siguen actuando verticalmente, y hay dificultades (Simone, 2013).

Desde el área de Salud Colectiva, estas reflexiones me parecen claves, y necesarias. Salir de la postura del modelo biomédico, homogéneo, instalada en los servicios de salud, en el cual no se aceptarían otras razones por las que las mujeres puedan llegar a embarazos no esperados²¹, que no sea la de falla en los MAC. El análisis

21 El término “embarazo no esperado”, según Rostagnol (2013), resulta del fracaso de las prácticas anticonceptivas, de la falla, del uso incorrecto, o discontinuo de los MAC, o la ausencia de dichas prácticas. De esta manera, nos permite dar significado a la manera en que se gestiona las negociaciones sobre el

debe ser más profundo, con una visión holística, integral, interdisciplinaria, intercultural, estudiar su entorno como lo menciona Simone, las relaciones sociales de estas mujeres. Como profesionales Sanitaristas del área de la Salud Colectiva, se debe comenzar a quebrar esos paradigmas, abrir el campo de Salud Pública, y situarnos con una mirada con perspectiva de género y de derechos. La negociación en el uso de los MAC en las relaciones heterosexuales no siempre es un tema fácil, y muchas mujeres tienen dificultades con sus compañeros para ponerse de acuerdo, consecuencias de una cultura patriarcal instalada. Mujeres solteras en cambio, generalmente no toman ACO, o no usan DIU, por lo tanto, les resta hacer uso del preservativo masculino o femenino para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Vale resaltar la práctica del preservativo masculino como más frecuente en las parejas heterosexuales, la cual puede generar aún más trastornos para las mujeres por depender que su compañero haga uso. Así, el preservativo femenino, como otros métodos, deberían incentivarse en estos servicios, siendo una herramienta de educación sexual, de empoderamiento para disfrutar de una salud sexual y reproductiva plena, segura y responsable. En cambio, algunas entrevistadas que pasaron por abortos, las cuales analizaré posteriormente, mencionaban tener dificultades al acceso de estos MAC en sus Mutualistas. Se nota un sistema extremadamente medicalizado con respecto a las opciones de MAC, siendo el más recomendado por los médicos los anticonceptivos orales para las mujeres.

5. ¿Crees que ocurre una capacitación de recursos humanos adecuada para quienes trabajan en estos servicios?

Las entrevistadas mencionaron que cuando se comenzaron a implementar los servicios de IVE en el 2012, sí hubo una capacitación por parte del MSP. Actualmente cada dos meses se realizan reuniones de

tema de mac con el compañero. Para este trabajo, con perspectiva en el área de la Salud Colectiva, y romper con los paradigmas tradicionales de la salud pública, me parece razonable adaptar este término.

coordinación a nivel nacional por parte del MSP, desde el área Programática de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Es importante analizar esta pregunta y sus respuestas, desde diferentes perspectivas, tanto de la educación permanente, como de la educación continua. Tenemos Profesionales con capacitaciones diferentes, por un lado quienes realizaron la capacitación por parte del MSP, siendo profesionales que ya actuaban en el servicio, y no tuvieron formación en su graduación (si la misma ocurrió antes de la implementación de la Ley de IVE). Por otro lado, tenemos la formación académica de base en la graduación, en la Universidad, la cual se nota un déficit en relación a este tema. Nos encontramos con grandes barreras, la más notoria desde mi punto de vista, viene desde la Facultad de Medicina, compartiendo la opinión de Simone, quien menciona:

Te diría que medicina es la más atrasada, no ha incorporado salud sexual y reproductiva, ahora incorporó una Catedra realmente medicalizadora, concepción vertical, complicado... si tenemos un déficit de integración en la curricular, para ver como a futuro vamos venciendo esos módulos duros (Simone, 2017).

...una pobreza conceptual, de modo de cómo llegar a la población, de cómo acompañarlos en una sexualidad placentera... (Simone, 2017).

Debemos recordar que los Profesionales de la categoría médica de ginecología (únicos habilitados para el IVE 3), fueron los demandantes del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA)²², y algunos de ellos ocupan cargos importantes dentro de la Facultad de Medicina, UDELAR. La situación de la Facultad es la siguiente: de tres cátedras de ginecología, dos de ellas son dirigidas por profesionales que participaron activamente de la demanda, por lo que se entiende, son objetores de conciencia y militantes contra aborto, eso produce la no capacitación a los estudiantes que pasan por dicha Catedra.

Y por último, tendríamos a los profesionales comprometidos con la temática, que realizan una educación continua en su formación profesional, como cursos, especialidades, etc.

22 Fallo del TCA sobre objeción de conciencia, disponible: <<https://es.scribd.com/doc/275467537/Fallo-del-TCA-sobre-objecion-de-conciencia>>. Acceso en 28/11/2017.

La formación es un déficit de la universidad en general, la perspectiva de género como análisis, siempre siguen siendo como optativas, residual, restringidas. Tenemos esto en el SNIS, pero no en la curricular de los profesionales. Y además no se resuelve con un cursito, esto tiene que ser parte de cambiarles la cabeza (Simone, 2017).

Esta reflexión, sobre la formación con perspectiva de género, nos deja ver la falla de la Universidad, la cual no es comprometida con la curricular de los profesionales de la salud, desde esta perspectiva. La formación tiene un déficit en este punto importante, el cual genera contrastes en el servicio. Por un lado el Sistema realiza un giro paradigmático que no se sostiene con la formación tradicional de la Universidad.

Desde el área de Salud Colectiva, tenemos el compromiso de colaborar desde nuestros aportes metodológicos hacia un modelo basado en el bien estar de la población, en la calidad de vida desde el empoderamiento del usuario, basado y centrado en la promoción de la salud, hacia una salud sexual y salud reproductiva integral, plena, salud como un derecho, y no como un bien económico de características neoliberal como se viene notando en las últimas décadas. Romper con el paradigma biomédico, basado en la enfermedad, prevencionista, con la figura del médico centralizado, no es una tarea fácil. Entender ese modelo históricamente nos ayuda a entender las relaciones de poder que se sostienen dentro de los sistemas de salud hasta la actualidad. En relación, Sana Gimenez menciona en su tesis de Doctorado sobre el poder medico al que me refiero:

Segundo Foucault, a sexualidade é importante nesse processo por duas razões: sendo um comportamento corporal depende de controle disciplinar individualizado e tendo efeitos reprodutivos tem a ver com o controle da população. Ou seja, ela está no cruzamento do corpo e da população. A vida natural começa a ser incluída nos cálculos de poder do Estado na Idade Moderna e a política se transforma em biopolítica (Sana, 2015, p.61).

Romper con estas relaciones de poder creadas históricamente, se vuelve un arduo trabajo, ya que los profesionales reciben esta formación de base en la Universidad y se encuentra reproducido constantemente en los hospitales, como también en la sociedad. Además, si reflexionamos

sobre el tipo de Ley que tenemos, notaremos que reproduce también esta lógica, quedando en evidencia las brechas importantes entre la perspectiva de derechos, con perspectiva de género a la que aspiramos desde la Salud Colectiva, en contraposición a la realidad en que funcionan los servicios. El desafío es, ¿cuáles aportes podemos realizar?, teniendo como base esta ley, pues desde el vamos, da la sensación que vamos contra la corriente, contra un modelo extremadamente instalado. Da la impresión de una política, con un sinfín de perspectivas por parte de los diferentes actores que participan, con visiones totalmente opuestas. Se nota posturas desde las más conservadoras, como serían los objetores de conciencia, y las Instituciones con objeción de ideario, como quienes luchan por otro lado, por un cambio de modelo, de paradigmas, del aborto como un derecho, establecido por Ley, con una perspectiva de autonomía de la mujer, de una salud sexual y salud reproductiva plena.

Por otro lado, la perspectiva que se tiene menos en cuenta, la de la usuaria, las mujeres, quienes sufren las consecuencias de estas diferentes visiones, posicionamientos, ideologías políticas, morales, valores y creencias religiosas. Así, son las mujeres las que abortan, las que ponen el cuerpo, y es toda una sociedad juzgando.

Y vos quieres preventiva, salud y derecho... centro de la atención... y no ha habido cambios. Salud Sexual y Reproductiva forma parte de este paradigma que cambia, justamente es el campo donde no se trata las enfermedades, y no hablas de enfermedades y hablas de promoción, de prevención, del primer nivel de atención... sin embargo todas las intervenciones se centran con intervenciones medicalizadas, por el profesional especializado. Hay un discurso que quiere hacer esto, y hay una tradición que hace lo contrario, y tienes un espacio que por buena voluntad intentan hacer cursitos, guías clínicas, pero no alcanza... los médicos de familia, comunitarios, y parteras deberían ser los que trabajan en estos casos, saliendo a las comunidades, en los centro (Simone, 2017).

Por otro lado, se nota un avance desde la Facultad de Psicología UDELAR, dentro de la Catedra del Instituto de Salud, que tiene un área específicamente sobre salud sexual y salud reproductiva. Se visualiza un gran aporte, y avance por parte de académicos que realizan sus tesis, y monografías, ya sean de graduación o pos-graduación con temas sobre los derechos sexuales y reproductivos, dentro de ellos el aborto. Además, algunas de las entrevistadas también mencionaron la ONG Iniciativas

Sanitarias, como fuerte colaboradora en la capacitación de los Profesionales de Salud.

6. ¿Cuál es su opinión sobre barreras, dificultades, o limitaciones que las mujeres pueden pasar durante un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo? ¿Podría mencionar cuales barreras encuentra más evidentes?

Las barreras mencionadas por las cinco entrevistadas coincidieron. Para organizar el análisis podemos identificar, o clasificarles de la siguiente manera:

1. El problema de la objeción de conciencia, y objeción de ideario institucional.
2. Dificultades en la divulgación de la información.
3. Barreras de acceso al servicio.
4. El estigma.
5. Dificultad para fiscalizar el funcionamiento de los servicios.
6. Dificultades para consolidar los equipo IVE.

El problema de la objeción de conciencia, es un problema concreto, de situación real como ya fueron mencionados los datos presentados por el MYSU, el porcentaje de médicos objetores de conciencia. Se puede llegar a la conclusión a partir del relato de las entrevistas, que existe una “falsa objeción de conciencia” por parte de los profesionales, la cual está relacionada a otras cuestiones, principalmente políticas, de estigmas, status, etc., lo que resulta en un porcentaje más elevado de lo esperado.

Además la objeción de ideario tiene un peso importante, ya que dos instituciones siendo Evangélicos y Católicos, no realizan abortos, dejando por fuera a un gran número de mujeres. Esto les dificulta el camino, e incrementa el estigma de que abortar está mal. Sobre este tema se está intentando trabajar por parte de organizaciones sociales, en colaboración

con otras instituciones internacionales, conociendo diferentes experiencias con el fin de pensar estrategias para revertir la situación.

Dificultades en la divulgación de la información, se refiera a la poca divulgación de los servicios, y sobre cómo funcionan. Las mujeres - generalmente- saben que la práctica del aborto esta despenalizada, porque conocen o escucharon que alguien abortó en un hospital, y no por algún tipo de medio de comunicación masivo, no se divulgan las condiciones, plazos y requisitos en las que está permitido, generalmente este papel lo cumplen las organizaciones feministas, y por otro lado, las extranjeras no saben que no están incluidas. También muchas mujeres piensan que pueden abortar solas, comprar el medicamento, y realizárselos en su casa, siendo que de esta manera estarían cometiendo un crimen según el Código Penal.

Las entrevistadas mencionaron que generalmente los servicios se encuentran en lugares poco señalizados, siendo lugares apartados, que no están a la vista, llamados por ellas de “sucuchos”²³. Llama la atención este término, porque luego veremos que el otro grupo de entrevistadas, quienes pasaron por esos lugares para abortar, los denominan con la misma característica.

Las barreras de acceso, se refieren a acceder al servicio en sí. Pues para llegar a la práctica concreta de interrupción, pueden ocurrir diferentes obstáculos, los cuales dependerán de la situación de la mujer, podría mencionar los siguientes: según la ciudad donde vive la mujer, según su institución médica a la que es afiliada, según las semanas de embarazo, según su situación socioeconómica, según su edad, según si tiene hijos, o si ya realizó otros abortos, según la causa del embarazo no esperado, y según su estado civil.

El estigma, aun fuertemente presente en la sociedad, en el sistema de salud, reproducido por los profesionales de salud. Representa una barrera importante, porque puede generar situaciones de culpabilidad hacia la mujer, de malos tratos, lo cual ocasiona sentimientos de angustia, de rabia, de tristeza, stress, etc. para las mujeres.

²³ Palabra de uso coloquial despectivo, pudiendo ser una habitación pequeña, sucia, precaria, mal iluminada y/o mal ventilada.

Dificultad para fiscalizar el funcionamiento de los servicios, esta barrera fue mencionada por las entrevistadas, tras conocer casos de médicos que actúan de forma irregular a la Ley. Por ejemplo, se conocen casos donde los médicos sólo realizan abortos hasta la semana 10. De manera, que no están respetando la ley que menciona las 12 semanas, y por la dificultad del número reducido de médicos que realizan IVE, las instituciones los dejan trabajar de esta manera. También algunos médicos se niegan a realizar abortos que no sea con medicamentos, lo cual se traduce a prescribir un medicamento. Esto es un error importante, no existe objeción de conciencia al método del aborto, o a las semanas de gestación para realizar el aborto.

Dificultades para la consolidación de los equipos IVE, esta barrera fue mencionada por las entrevistadas, ya que difícilmente en todas las instituciones se podría coordinar de manera armoniosa a los profesionales de la salud como lo establece la ley. Generalmente, los profesionales de salud trabajan en más de una institución, lo que podría dificultar esta organización.

7. ¿Qué piensa sobre el alto porcentaje de objetores de conciencia en la realidad de nuestro país? En su opinión, ¿existiría una estrategia para mejorar este problema?

Según Paulina, en Uruguay el 40-45% de los ginecólogos son objetores de conciencia, estamos hablando de casi la mitad. Se nota la opinión de la mayoría de las entrevistadas sobre la -falsa- objeción de conciencia. Mencionan que se evidencia en muchos profesionales ginecólogos, que lejos de ser una decisión de objeción de conciencia por motivos individuales relacionados a la moral, como pueden ser valores religiosos, están más relacionados con posicionamientos políticos. Según opina Delmira:

Para mí la OC en estos casos no es una OC para resguardar un valor moral de médica o médico, es una decisión más política, de desobediencia que de OC... creo que debería hacerse otra discusión y reglamentarse, que no sea tan permisiva... de cualquier manera es un tema bien jorobado, bien delicado. Todos sabemos q la ley de OC no es por moral, sino para mantener un *statu quo* de poder, o sea yo no soy "abortero", se cruzan muchas

otras cosas. La identidad de género está en la base de todo eso. La solución más de fondo sería una respuesta de cambio estructural (Delmira, 2017).

...ahora un médico hacer OC por no hacer un aborto, es muy delicado. O sea tiene derecho, pero la paciente y usuaria también tiene derecho de exigir que se lo hagan... y de hecho el derecho del médico prima sobre el de la mujer. Yo pienso q si sos un servidor público, sos un servidor público, y tenes que guardar tu conciencia en el bolsillo (Delmira, 2017).

Esta opinión de Delmira, me remete a mencionar a un reconocido filósofo y bioético australiano, Savulescu, actual profesor de la Universidad de Oxford, quien se posiciona contra la objeción de conciencia en relación al aborto en los sistemas de salud públicos. Su tesis consiste en que los valores religiosos, ideológicos o de conciencia, no deben influir en la actuación profesional de una persona, porque en lo social, la moralidad viene a identificarse con la legalidad. En otras palabras, si el aborto es legal en mi país, y una mujer así lo desea, y “yo soy especialista”, siendo ella “mi paciente”, entonces, tengo que concedérselo. Diniz (2011), también menciona este autor en sus trabajos de bioética en el Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género- Anis, de Brasil:

Para Savulescu, a objeção de consciência em algumas situações deve ser proibida, pois viola a responsabilidade médica fundamental de assistir as pacientes em suas necessidades de saúde. O pressuposto ético de Savulescu é o de que os valores morais têm diferentes papéis nas esferas pública e privada da vida das pessoas. Um médico deve ter o direito de professar privadamente sua religião ou suas crenças filosóficas, o que pode, inclusive, significar militância política contrária ao aborto, mas deve se manter neutro quando representa o Estado em um serviço público de saúde. Segundo esse raciocínio, a liberdade de proselitismo religioso ou filosófico estaria subordinada ao dever de assistência, podendo a recusa da assistência ser classificada como discriminatória, imoral ou ilegal, a depender das motivações e consequências de seu ato para a vida da mulher. (Diniz, 2011.p.2, 3)

Rita, también nos proporciona su opinión sobre este problema, y su opinión para pensar que tipo de estrategias servirían para esta situación:

...y nosotras pensamos que necesitamos cambiar la ley, esta ley hay que ajustarla, el tema es el de siempre, la correlación de fuerzas a nivel político, que permitan abrir la discusión de la ley y que salga con mejores instrumentos, pero que no vaya para atrás, que quede peor... Porque esta ley tiene un montón de debilidades,

y justamente quienes se ven afectadas en situación de vulnerabilidad son las mujeres... (Rita, 2017).

Julietta también nos menciona, el problema de los médicos ginecólogos objetores de conciencia, viendo una salida en otros profesionales de salud, como lo son las parteras. Nos menciona que antes de esta ley, las parteras trabajaban mucho en el asesoramiento (cuando funcionaba la ordenanza pre y post aborto), pero en esta ley no se les permite. También fue mencionado el pedido de médicos de familia de querer ser incluidos en estos servicios de IVE, pero tampoco es permitido por la actual Ley. Por lo que podemos concluir que se perdió, y se pierde la oportunidad de participación de profesionales de salud capacitados y con intenciones de trabajar en este tema. Simone al respecto de la OC, también nos cuenta:

Ahora el último informe de Derechos Económicos Sociales y Culturales, observó que una de las dificultades que identificó fue la objeción de conciencia y recomendó que el país piense como va a actuar con respecto a esto. Esto realmente lo queremos discutir en el parlamento, porque es responsabilidad del parlamento como funcionan sus leyes, y si hay un problema en la propia ley que dificulta el funcionamiento, o sea no creo que vos como legislador hagás trampa... (Simone, 2017).

De esta manera, se nota que realmente la OC es un problema para Uruguay en los servicios de IVE, en el cual se deben tomar medidas, ya que el estado es responsable del funcionamiento de sus leyes.

8. En su opinión, ¿los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres que pasan por una interrupción voluntaria del embarazo podrían estar condicionados según esta Ley?

De las 5 entrevistadas, tres contestaron que sí, que los derechos de las mujeres están completamente condicionados en esta Ley. Paulina, expresa que no nos podemos olvidar que aún existe la ordenanza Ministerial 369/04: “asesoramiento para una maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de

riesgo". Según Paulina, esta sería una -solución- para aquellas mujeres que pudieron haber quedado desamparadas en los servicios.

Creo que la conformidad en esta Ordenanza, no es el camino, pues la misma no incluye la practica abortiva en sí, por lo que no se les proporciona los medios a las usuarias, ya sea de medicamentos, o métodos para abortar, teniendo que someterse a una práctica ilegal, considerada un crimen según el Código Penal.

Rita nos trae un análisis interesante, ya que en principio opina que la ley reconoce los Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, pero no incluye al aborto, así, nos explica de la siguiente manera:

...o sea, hay un nivel de contradicción, porque el aborto sigue penalizado, lo que hace esta ley es reconocer el derecho de abortar hasta las 12 semanas, pero lo que pasa que le pone condiciones. Yo no sé si los condiciona, pero en el sentido del ejercicio yo lo que creo es que Uruguay tiene mejores condiciones que otros países, eso no lo tiene ningún país salvo Cuba y DF de México, el resto todo por causales, de reconocer el derecho, ninguno. Como país está bien (Rita, 2017).

9. ¿Cree que aún se realizan abortos clandestinos? Si opina que sí, ¿cuál sería la causa de las mujeres recurrir a abortar fuera del marco legal? ¿Y la de los profesionales?

Las 5 entrevistadas respondieron afirmativamente sobre saber que existen abortos clandestinos. Una de ellas mencionó pensar que la mayoría son clandestinos, y otra resaltó ya haber escuchado sus pacientes mencionarles la compra del medicamento fuera del servicio. Rita menciona:

...vos fijate que Uruguay tiene ahora unos 9 mil, 8 mil abortos anuales, con unos 42 mil nacidos vivos... aumentado unos mil abortos desde que se comenzó la ley en 2012, hasta ahora. En un país donde tenía una estimación de aborto muy alto, incluso las estimaciones más recientes colocaban en 18 mil, y era del providas, así que imagínate... (Rita, 2017).

También nos menciona, como la despenalización jurídica legal, no necesariamente supone una despenalización social:

O sea que sea legal, no necesariamente quiere decir que le gente piense que esa decisión es legítima, entonces lo que nosotros estamos viendo es que hay una nueva forma de sanción social, que es como si dijera algo así: las mujeres que abortan son unas irresponsables, porque ya se resolvió de que hay anticoncepción, educación sexual, bla, bla, bla, y ¿encima abortan? Esto genera varias cuestiones... (Rita, 2017).

Realmente se visualiza este problema en todos los relatos de las entrevistadas. Muchas mujeres no llegan al servicio, ya sea por quedar por fuera del marco legal de la ley, o por no querer someterse a este juicio acompañado del estigma de los profesionales de la salud. También se mencionaron casos, donde mujeres con sus médicos ginecólogos de confianza lo realizan -ilegalmente-, es decir, no pasan por todas las consultas y pasos establecidos por la ley, se les receta directamente el fármaco.

10. ¿Cuál es su evaluación sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente sobre planeamiento familiar, y la relación con métodos anticonceptivos?

Diversas reflexiones a partir de esta pregunta surgieron en las entrevistadas. Paulina por ejemplo, nos mencionó, que desde el MSP se distribuye todos los preservativos masculinos y femeninos para entregar a los usuarios, como se distribuyen los ACO para todo el sector público. Las IAMC se responsabilizan cada una por esta compra. Existe una ordenanza, la cual se refiere a que todas las instituciones deben brindar MAC de bajo costo a las y los usuarios.

En relación a la última consulta (IVE4), Rita menciona que el 75% asisten, y que ha venido aumentando en los últimos años, siendo esto positivo. Esta última consulta no está establecida en la Ley, y si en la regulación, la cual tiene como objetivo verificar si no quedaron restos, ya que el aborto generalmente se realiza en el propio hogar, además de conversar sobre MAC, también es objetivo de esta consulta conversar con

la mujer sobre la necesidad de apoyo psicológico profesional, realizándose en tales casos una derivación para especialista, siendo una opción y decisión de la mujer. Es probable, que al no estar en la Ley, esta última consulta no funcione como debería, siendo minimizada a una simple consulta para chequear que este todo bien. Según Rita, ocurren fallas aun en el sistema:

Hay q evitar todos los embarazos no deseados, es mucho más barato, no está bueno embarazarse para abortar, no, no... Es mucho menos costoso de lo económico, social emocional, ahora que una mujer no utilice métodos porque no quiere, y que después se embarace y quiere abortar eso es una historia, pero que una mujer no tenga acceso, información, es una omisión, en un país donde hay amplia opción... ahí me parece que falla el sistema. (Rita, 2017).

Delmira, realiza una reflexión a la pregunta formulada en sí, la cual me parece extremadamente interesante, y la cual no fue analizada a la hora de formular los cuestionarios. Menciona el término “planificación familiar” como no adecuado para trabajar sobre la salud sexual y reproductiva, mucho menos para hablar de aborto. Expresa que si queremos tener mujeres/hombres con una salud sexual libre y plena, no deberíamos hablar de PF.

Que le podemos pedir a la salud... bueno podemos decirle a la enfermera que no le diga “madre” a la mujer. Se puede eliminar el “materno-infantil” como un binomio. Eso excede lo que puede ser la salud. Pero si me parece bueno que salud sexual y reproductiva se debe separar de la idea de maternidad, o paternidad (Delmira, 2017).

Tanto Delmira, como Julieta mencionaron notar que los MAC no son bien tratados, y nunca lo han sido. Generalmente se les da un -menú- para que la mujer elija, dando por obvio, o sin tener en cuenta, si la mujer realmente los sabe usar. Según Julieta, el objetivo es que la mujer sí pueda elegir el método, pero que esté acompañada, e informada sobre los beneficios y sus contraindicaciones de cada método, ya que menciona que la mayoría que abortan llega por fallas de los MAC, sea por el mal uso, o por su ineficacia.

5.3 GRUPO 2: LA VOZ DE MUJERES QUE INTERRUMPIERON SU EMBARAZO

El segundo grupo, fue constituido por mujeres que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo en el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, en la ciudad de Montevideo. De esta manera, fueron seleccionadas cinco mujeres. A continuación, la tabla 10 describe la muestra seleccionada:

Tabla 10- Descripción de la Muestra Grupo 2

Entrevistadas	Edad	Estado Civil	Servicio Médico	Nivel educativo*	Hijos	abortos
Celeste	27	Soltera	HE	UI	0	0
Jazmín	24	Soltera	Cosem	UI	0	0
Esmeralda	25	Casada	Cosem	UC	1	0
Violeta	26	Concubinato	SE	UI	1	1
Lis	25	Soltera	Casmu	UC	0	0
Total: 5						

*UI (Universitario incompleto); UC (Universitario completo).

Fuente: La autora (2017).

Nota: Datos extraídos de las entrevistas realizadas por la autora.

La edad promedio de las entrevistadas que interrumpieron voluntariamente su embarazo, es de 24,3 años. De las cinco entrevistadas, en el momento de la IVE, tres tenían estado civil solteras, de las cuales dos se encontraban en pareja, una de ellas casada, y otra en concubinato. Dos de ellas tienen nivel educativo terciario completo, y las restantes, universitario incompleto, cursando. Todas las entrevistadas son afiliadas a alguna IAMC.

A continuación, la tabla descriptiva muestra con cuantas semanas de gestación las entrevistadas llegaron al servicio (IVE1), y con cuantas

semanas interrumpieron su embarazo (IVE3), estos datos son mostrados con la finalidad de saber cuántas semanas duró todo el proceso.

Tabla 11- Descripción por semanas de gestación, según consultas.

Entrevistadas	Semanas - IVE 1	Semanas IVE 3	Semanas
Celeste	08	12	04
Jazmín	06		
Esmeralda	08	09	01
Violeta	06		
Lis	04	07	03
Promedio	6,4		

Fuente: La autora (2017).

Nota: Datos extraídos de las entrevistas realizadas por la autora.

Fueron realizadas entrevistadas con rotero semi estructurado, con 10 preguntas, las cuales se encuentran en anexo (anexo V), con el objetivo de tener un relato de cada una de las mujeres, que reflejaran su experiencia personal durante todo el proceso de IVE. De esta manera, fue utilizado el mismo criterio para el grupo de los PS, utilizando las mismas herramientas para asegurar la confidencialidad de las participantes, como la utilización de nombres ficticios. A continuación, analizaré las respuestas para cada pregunta.

1. Al tomar la decisión de interrumpir tu embarazo, ¿Tenías información sobre la Ley?, ¿Cómo fue el acceso a esa información?

De las cinco entrevistadas, cuatro mencionaron estar informadas sobre el tema. Dos de ellas, Jazmín, y Lis, mencionaron no haber leído específicamente la Ley, pero que sí conocían los procedimientos, dado que conocían a alguna amiga que ya había pasado por todo el proceso. Violeta conocía la ley tras su experiencia personal de un aborto anterior, también

dentro del marco legal. La entrevistada Esmeralda, mencionó no estar informada sobre el tema, ya que su postura en relación a la despenalización del aborto no era a favor.

2. ¿Esta decisión fue tomada de manera autónoma? ¿O consultada con alguien?

Las cinco mujeres, afirmaron que la decisión final fue autónoma. Quienes estaban en pareja lo conversaron con sus respectivos compañeros, pero la decisión fue tomada por ellas, y podría decirse que sin conflictos en todos los casos. Esmeralda comentó que su esposo estaba dispuesto a que se continuara con el embarazo, pero la respetó en su decisión. Esto nos demuestra, cinco mujeres con contextos diferentes, que toman decisiones responsables de manera autónoma, y en general dentro de un contexto con redes de apoyo afectivamente que favoreció el proceso.

3. ¿Estuviste acompañada por alguna persona de confianza durante el proceso? Si la respuesta es sí, ¿cuánta importancia tuvo para ti? Si la respuesta es no, ¿te hubiera gustado estar acompañada?

Todas las entrevistadas respondieron afirmativamente sobre haber estado acompañadas en todo el proceso de la IVE por alguien de confianza, y cuanto fue positivo para ellas. Se nota una tendencia a estar acompañadas por otras mujeres, mismo las que tenían compañeros, relataron la importancia del apoyo de otras mujeres-amigas.

4. Podrías describir paso a paso las etapas del proceso de interrupción voluntaria de tu embarazo.

Esta pregunta es de la que más nos interesa para este trabajo, ya que escuchar el relato de cada una merece una reflexión especial para poder comparar cada situación, e identificar posibles dificultades que

podieron haber pasado, ya sea por el servicio que frecuentaron, por su condición de semanas de gestación, etc. Para esto, organizaré los relatos por cada consulta realizada: IVE1, IVE2, IVE3, e IVE4.

IVE 1

Se trata de la 1ª consulta con médico, donde se expresa la voluntad de querer comenzar el procedimiento. Según el Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la IVE:

Esta 1ª consulta que desencadena el proceso, debe realizarse ante un prestador integral de salud. Podrá ser realizada por un médico general o de cualquier especialidad, incluyendo las consultas en puerta de emergencia. (MSP, 2016)

Celeste mencionó que se dirigió a su Mutualista HE (la cual tiene objeción de ideario institucional) para realizar la primera consulta (IVE1). Al llegar al Hospital no sabía a donde dirigirse, si realizar una consulta con un médico, o realizarla por entrada directa en emergencia. La entrevistada mencionó conocer la Ley, de esta manera, se nota que aunque se conozca la Ley, en los Hospitales no hay información clara sobre este procedimiento, como por ejemplo a donde debería dirigirse, no estaban señalizados los servicios de IVE. Al preguntar en emergencia sobre este servicio, fue derivada a otro sector, donde se encontraba el equipo de IVE. Al llegar al lugar que le fue informado, lo primero que le preguntaron fue: “¿vos venís para consultar sobre IVE?”, con lo cual, la entrevistada relató no sentirse respetada en su completa privacidad. Luego comenzó a realizarse los exámenes necesarios, de sangre y ecografía para saber las semanas de gestación, sobre esto, Celeste menciona:

Las ecografías me acuerdo que me las hice en el HE y me ponían el latido del feto fuerte para que lo escuchara, yo estaba sola, no sé si lo hacían a propósito o no. (Celeste, 2017)

Esto demuestra una falta de compromiso por parte de los PS del área de ecografías, de no brindar un servicio confortable para la mujer en esta situación, respetando su decisión. Se nota un no comprometimiento con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, dado que

hacerle escuchar los latidos del feto, es una violencia hacia una mujer que está tomando la decisión de no continuar con su embarazo

Jazmín mencionó que al llegar a su Mutualista para la primera consulta, le recomendaron ir directamente con un ginecólogo del equipo de IVE. Se dirigió hasta el mismo, mencionó su voluntad, y la atención fue aceptable. Relató sentirse respetada en su voluntad, sin ser cuestionada por parte del médico, quien la encaminó para la IVE2, y mandó realizarse los debidos exámenes.

Esmeralda mencionó ser atendida primero por un ginecólogo, al cual le mencionó su voluntad, y enseguida recibió las citas médicas para las siguientes consultas (IVE2), sin inconvenientes.

Violeta mencionó que su primera consulta fue con una ginecóloga, quien la mandó realizarse el examen de sangre y la ecografía, para así saber las semanas de gestación. Tras realizarse la primera ecografía, no se pudo ver el feto, lo que le causó dos semanas de más ecografías hasta que se pudiera ver. Le dijeron que si estaba de menos de 6 semanas, no se podría ver. Cuando al fin se pudo corroborar el embarazo, marcaron las consultas para la IVE2. Violeta menciona que ella sí sabía las semanas, dado el control de su ciclo menstrual, y les menciona a los PS estar de menos semanas de los que ellos suponían.

Lis relató que consultó por teléfono en su Mutualista para pedir la primera consulta de IVE. Al llegar al servicio la asesoraron correctamente sobre todo el procedimiento sin interferencias. Ese mismo día, ya recibió las demás consultas IVE2, y realizó la ecografía. Sobre esta atención, mencionó sentirse incomoda con la actitud del ecografista, la cual relata de esta manera:

Ta, ahí me hice la ecografía. Yo tengo en algún lado el nombre del médico, porque debería haber hecho algo. Fue un poco para mí, violento. No me explicaron, yo había cosas como que quería saber y no me decían, en un momento le quise preguntar algo y me respondió algo como: "no importa para lo q vas hacer". No sé si fue textual, pero fue algo así. Creo que le pregunte de cuantas semanas estaba, algo así, y la respuesta fue algo así, como: "no te importa". Yo me fui re quemada, de hecho me acuerdo que baje las escaleras y me puse a llorar (Lis, 2017).

Al contar esta situación, también mencionó que estaba acompañada en ese momento por su compañero, quien también sintió esa violencia por parte del PS. Relató sentirse mal en el momento, pero que decidió “bloquear” ese sentimiento, para que no le afectara. Reflexiona que hasta ahora continua pensando en realizar una queja en el servicio, ya que opina que ese PS no debería estar en esos servicios debido al destrato como se dirigió hacia ella.

Hice tipo un bloqueo, no podía ponerme mal por eso, por eso todavía no he podido ir a quejarme, porque de última que no haga ecografías para eso (Lis, 2017).

Podemos decir que las dificultades que las mujeres sufrieron en la primera consulta IVE1, fueron: 1- no tener disponible información clara en los servicios, sobre dónde dirigirse para realizar la IVE1, 2- destrato por parte de los profesionales de salud, particularmente ecografistas, 3- falta de privacidad, confidencialidad, 4- Situación donde feto no aparecía en las ecografías, (dificultad que en otros casos, de mujeres con la misma semana de gestación (Lis) no se notó) por lo que concluimos es una falla en el servicio de ecografías de la Mutualista de Violeta, y 4- ecografistas colocar el sonido alto de los latidos fetales, contrario a lo que menciona la propia ley, no respetando a la mujer.

IVE 2

Consiste en la entrevista de la mujer con el equipo interdisciplinario: ginecobstetra, especialista del área de salud mental (psiquiatra, psicólogo) y del área social (trabajador social, sociólogo, educador).

Celeste, Esmeralda, y Lis mencionaron que su equipo interdisciplinario fue aceptable.

Jazmín mencionó que el equipo interdisciplinar para ella no tuvo sentido, por lo contrario, se sentía que hacía preguntas para ella relevantes, y no obtenía las respuestas. Según su relato:

Tenes que sentarte con la psicóloga, la asistente social, y o sea, la psicológica y la asistente social no hacían nada, no hablaban... ni siquiera cuando hice preguntas que para mí estaban buenas, no hacían nada... (Jazmín, 2017)

Además, mencionó:

...no tenía sentido que la psicóloga y la asistente social estuvieran ahí, lo único que hacían era saludarme cuando entraba. Una vez me hicieron una pregunta, la primera vez que fui con mi compañero, me dijeron “¿y tu compañero está de acuerdo?”. ¿Y qué tiene que ver? o sea, estando él ahí, si él decía que no... ta, ¿conflicto? ¿Conflicto en la sala? No tenía sentido. (Jazmín, 2017)

Jazmín menciona esa situación como incómoda, sobre la relevancia de la única pregunta que le realizaron. Esa situación refleja la visión de los PS sobre la maternidad y la concepción de familia como “madre” y “padre”, y sobre cómo les llama la atención que la decisión sea tomada por voluntad propia de la mujer cuando no es soltera (estaba en pareja). A mi ver, esa pregunta tal vez inapropiada, desmerece la voluntad autónoma de la mujer sobre su propio cuerpo, pues la cuestión, o el objetivo del equipo interdisciplinar no es saber si el progenitor está de acuerdo o no, sino darle un apoyo “terapéutico” a la mujer en la toma de su propia decisión.

Violeta relató que en su caso particular, por ser el segundo aborto, no fue tratada de la mejor manera. Notó como los culpabilizaron, a ella y a su compañero principalmente por no cuidarse correctamente.

En si el trato que nosotros recibimos, por ser el segundo aborto, no fue del más agradable, más que nada a él (su compañero) fueron bastantes violentos, más que conmigo, a mí me tildaron como boba de que no sé cuidarme, pero a él si le dijeron que como podía ser, que no usaron el condón... y cosas del estilo: “lo más natural es tenerlo” esos fueron los consejos que más me quedaron... (Violeta, 2017)

Además, mencionó sentirse cuestionada todo el tiempo por parte del equipo:

Les explicamos que nuestra decisión era principalmente económica, porque no podíamos tener ningún tipo de gastos, me hicieron explicar todo, me cuestionaron, que ya tenía una familia armada, que lo podía recibir, que cuantas familias no podían tener

hijos y ustedes pueden... ya te digo muy violentos, y reconozco que yo fui preparada. (Violeta, 2017)

Los equipos interdisciplinarios para tres de las entrevistadas fue aceptable, y dos no se sintieron cómodas, sintiéndose cuestionadas, culpabilizadas, no les brindaron la información que ellas estaban pidiendo, e incentivaron a continuar con la gestación, un error grave, ya que la ley menciona explícitamente que el equipo no debe cumplir esta función.

IVE 3

Se trata de la expresión final de voluntad después de los cinco días de reflexión, luego el procedimiento técnico-farmacológico de IVE.

Para la IVE 3, Celeste fue derivada a otra Mutualista, ya que su Mutualista tiene OI. Mencionó que la consulta consistió en la entrega de medicamentos con las indicaciones de cómo usarlos. Tras realizar el procedimiento en su casa, notó que el uso de medicamento no le hizo efecto, por lo cual volvió al servicio para informar al médico. En estos casos, generalmente el procedimiento es aumentar los fármacos, pero dado su caso (ya estaba de 12 semanas), la derivaron a otra Mutualista, siendo la tercera por la cual transitó, con el fin de realizarse el procedimiento quirúrgico, el cual sería más rápido, y así no sobre pasar las 12 semanas. Celeste nos relata su experiencia al llegar a esta tercera Mutualista:

Aquí me atendió la misma ginecóloga que me atendió en el H.E, lo cual es ridículo, porque me termina atendiendo la primera ginecóloga que me atendió en mi mutualista, esto quiere decir que no era objetora de conciencia. Ridículo, administrativamente complicado. Aunque el profesional era bastante irrespetuoso, ella me dijo en la primera consulta "si fuera por mi te lo saco acá". (Celeste, 2017)

La situación de Celeste muestra una falla en el sistema. Tener que pasar por tres Mutualistas diferentes genera stress, tiempo, ansiedad, gastos económicos ya sean de traslados, trámites, etc. Tener que pasar por tres Mutualistas diferentes, para llegar a la última, y ser atendida por quien la atendió en la primera consulta en su propia Mutualista, parece

aberrante. Además, Celeste menciona el destrato por parte de esta PS, con un vocabulario extremadamente agresivo, para ella y para su familia. Se nota la falla de un enfoque con perspectiva de género, de derechos, de una atención integral a la salud de la mujer. La entrevistada relata como toda la trayectoria le generó stress, siendo cuatro semanas en total de idas y vueltas, principalmente menciona la dificultad de no tener este servicio en su propia Mutualista, lugar donde se sentiría más cómoda, con sus médicos de confianza. Podemos concluir, que estas Instituciones con OI, no están comprometidas, o no les interesa la salud sexual y reproductiva de sus afiliadas, dejándolas desprotegidas en estos procedimientos. Al someterse al procedimiento quirúrgico menciona:

En el Hospital Americano (última Mutualista) no sé si me operó ella, debe ser cirujana. Ella me hizo los controles. Y cuando salí me hablo ella, me dijo que había salido todo bien. Me atendió mal, muy bruta, me dijo algo espantoso delante de todos mis familiares: “¡ay era un feto enorme como 13 cm!”. (Celeste, 2017)

Se nota claramente, una violencia verbal y psicológica, por parte de esta PS. No respetando a la mujer quien era su paciente.

Jazmín, y Esmeralda mencionaron que al manifestar su voluntad de interrumpir la gravidez, les entregaron el medicamento, con la información sobre el uso, y todo ocurrió sin dificultades. Jazmín mencionó sentirse con miedo, y desconfiada que los medicamentos no le hicieran efecto. Se nota así, un miedo existente al tener que realizarse el procedimiento en su casa.

Lis también expresó los sentimientos que tuvo durante los cinco días de reflexión, hasta el día del procedimiento:

Y ta al otro día tuve que ir a decir que sí, que quería abortar. A mí me parece que esos 5 días no están buenos, pero a mi particularmente lo que me paso fue que los necesitaba, no fue una decisión fácil. Hasta el momento que me puse las pastillas, yo no estaba completamente decidida. Yo le decía a mi amiga, no me siento 100% segura, y me da miedo que esto después me haga sentir mal. Y ta en realidad no, después me di cuenta que no. Pero ta en el momento no es lo mismo. A mí en realidad me sirvieron esos días, yo pienso q eso es muy personal. Por ejemplo ahora tengo una amiga q me dice: “me embola lo largo que es esto”, capaz ella si esta 100% segura. Capaz que lo que se podría hacer, es que las que quieren se lo toman y las que no quieren no, no sé, se me ocurre eso (Lis, 2017).

Lis menciona una reflexión sobre no estar de acuerdo con los cinco días de reflexión de una manera “obligatoria”. Ella sintió que si los precisó, y sí fue positivo para ella, porque hasta el último momento no estaba segura. Se aprecian sentimientos de inseguridad durante el procedimiento, el no estar completamente segura de la decisión puede causarle una angustia mayor, un miedo de poder arrepentirse. Al final, relató que sintió que tomó la decisión correcta.

Violeta nos comentó, que durante la consulta IVE3, le hicieron tomar el medicamento en el consultorio médico, situación que no ocurrió con las demás. Ella menciona sentirse un poco desprotegida por parte del servicio al mencionar:

Porque yo ya lo había vivido previamente, y he acompañado otras mujeres en aborto, entonces no me genera ningún tipo de miedo, pero ta... irte a tu casa con las pastillas y ta arréglatela. Igual me advirtieron que podía tener diarrea, fiebre, te vas a sentir mal... me acuerdo que la asistente social fue la más calidad en cuanto al enfoque, me dijo “podes sentirte mal, puedes llorar” tipo más allá de lo clínica. Me acuerdo que la última cuando nos dio las pastillas estaba pintadísima (Violeta, 2017).

Aquí se aprecian diferentes situaciones, en primer lugar, hacer que la mujer toma el medicamento en el consultorio, da por sentado que la mujer llegará a su casa y tendrá todo organizado para continuar con el procedimiento, lo cual puede acontecer o no, además reproduce una lógica del modelo biomédico, en la cual el médico controla y vigila a la paciente tomando la medicación, dado que en esta situación ni siquiera estamos hablando de una enfermedad, así se encuentra lejos la visión de autonomía de la mujer. Además en este caso, Violeta ya tenía una experiencia previa de aborto, y sabía cómo usar el medicamento. Se nota el trato de la asistente social “cálida” como Violeta así lo menciona, con una visión humanizada, de afecto, diferente a otros PS, con un apoyo resiliente, mencionado como importante para Violeta. Por último, también menciona que cuando le entregaron los fármacos había otra PS presente, la cual no estaba realizando ningún tipo de atención/actividad.

Podemos concluir, que las dificultades que las mujeres tuvieron en esta IVE3, la cual se trata de la prescripción del fármaco y del

asesoramiento del funcionamiento, fueron diversas. Principalmente, se nota una violencia desde lo verbal, psicológico, a lo simbólico por parte de los PS, como también una intención de querer controlar y vigilarlas. Se aprecia una desprotección a las usuarias por un lado, al dejar a la mujer tomar el medicamento y pasar por todo el proceso sola, lejos de las instituciones médicas, lo cual para algunas fue positivo sentirse en la privacidad de su hogar, como en cambio otras mencionaron miedos, angustias, desconfianza, inseguridades, tristezas.

En este caso, de estas cinco mujeres, entendemos que todas tenían personas que las acompañaron, y también disponible una estructura física, un “hogar”. No ocurriría lo mismo en otras situaciones donde tal vez el aborto está siendo ocultado para familiares/amigos/pareja. Se nota entonces, una falta de opción por parte del servicio, para casos donde mujeres no tenga la oportunidad de tener una estructura sólida para realizarse el procedimiento.

IVE 4

Esta consulta es muy importante, a efectos de asegurar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, brindar contención sico-social si lo requiere la usuaria, y completar la información que requiere el MSP. (MSP, 2016). Según el manual sanitario, en esta consulta el profesional deberá:

1. Realizar la evaluación clínica de la paciente post IVE, y eventualmente de la paraclínica solicitada (ecografía post IVE).
2. Diagnóstico y atención de eventuales complicaciones que puedan afectar cualquier área (bio-psico-social).
3. Orientar y asesorar sobre futuros embarazos, anticoncepción, acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Referir para atención integral de salud a médico o equipo de referencia.
5. Recabar los datos necesarios para completar los registros que el MSP solicite. En caso de falta de concurrencia a la cita post IVE, la institución definirá un procedimiento de búsqueda activa que, sin comprometer la confidencialidad, promueva el control post IVE y gestione posibles riesgos (MSP, 2016).

Violeta nos relata, que dadas las dificultades que sintió durante todo el proceso, decidió cambiar de Mutualista. Mencionó que en la última

consulta, hablaron de métodos anticonceptivos, pero no se sintió contemplada frente a sus preferencias, una causa más para salir de esa Mutualista.

Después fui a la consulta, yo dije que no quería estar más en la SE, por un tema que me querían poner un DIU. Yo dije DIU no quiero. Y me dijeron... "no, no, no, tiene que ser un DIU" yo dije no quiero. Puede ser un diafragma... y me dijeron "no, no, no..." le dije si vas a ser invasivo ligadura d trompas. Y me dijeron "no, porque sos muy joven". Esto me lo dijo la ginecóloga. Después ta me asesore y ta parece q hay un rechazo de los ginecólogos de hacer ligadura d trompas a cierta clase social, y ta hay un tema. Y bueno después me cambie para el Casmu (Violeta, 2017).

En el caso de Violeta, se le intentó imponer el tipo de MAC, con el cual ella no estaba de acuerdo. Claramente, se nota una falla en esta IVE4, pues "imponer" un MAC no es el objetivo de esta consulta, notándose una condición tutelante por parte de los PS.

Lis mencionó que realizó la última ecografía para ver que estuviera todo bien, pero no fue a la consulta para conversar sobre MAC, relató estar cansada de todo el procedimiento. Mencionó sentirse bien, pero que prefería estar unos días en su casa. Podemos concluir que el no ir a esta última consulta, con la importancia que tiene, es una secuela negativa de todo el proceso por el cual las mujeres deben pasar, siendo agotador y desgastante.

Celeste se realizó su última ecografía en el HE, su Mutualista, sin dificultad.

Esmeralda contó realizarse la última ecografía, y conversar sobre métodos anticonceptivos en la última consulta.

Jazmín, también se realizó la última ecografía, en la cual el resultado fue que aún tenía restos, lo cual le informaron era normal, y con el pasar de los días iría expulsando. Esto le generó varios días de incomodo, con pérdidas de sangre constante.

Así, de las cinco entrevistadas, todas se realizaron la última ecografía, y solo una conversó correctamente sobre MAC. Esto señala una falla grande, de todo el proceso. Hablar con la mujer sobre métodos anticonceptivos, opciones, darle la posibilidad de elegir, y asesorarla sobre como disfrutar de una salud sexual y reproductiva plena, debería ser de

suma importancia para evitar posibles embarazos que puedan terminar en abortos. Se entiende que hablamos en este caso de conversar con mujeres, porque es el público central de este trabajo, pero promover una sexualidad plena y segura debe incluir todos los individuos, específicamente con una perspectiva de género, inclusiva, y con diversidad en los MAC. Pasar por un procedimiento de IVE, no es un método anticonceptivo, y además se convierte en un proceso difícil para toda mujer, el cual se debería evitar. Todas las mujeres entrevistadas mencionaron que fue un procedimiento altamente doloroso.

De esta manera, se nota la falta de una atención integral de salud sexual y reproductiva, ir hacia un modelo que contemple la sexualidad, como parte de la vida saludable de las personas es un desafío.

5. Durante las etapas, ¿en algún momento tuviste contacto con otras usuarias que pasaban por el mismo procedimiento? Si la respuesta es sí, ¿Qué piensas sobre eso?

De las cinco entrevistadas, tres mencionaron compartir las salas de espera con otras mujeres que estaban para IVE. Mencionaron no ser lugares muy privados, y ser inevitable “cruzarse” con otras mujeres. Violeta nos cuenta un relato, donde conversó con una mujer en la sala de espera:

Es medio imposible no ver las diferentes reacciones de las mujeres. Las que van acompañadas por sus madres, me acuerdo vi una muchachita que era menor, acompañada por su madre. Lloraba, y estaba angustiada, y la madre también. Internas familiares me imagino. Parecía un duelo por lo que estaba ocurriendo. Después la pareja que salió antes que nosotros en la primera consulta. Cuando salimos salían llorando afuera, y eran muchos más jóvenes que nosotros y ta nos sentamos a conversar con ellos. Les explicamos que ta era su decisión, que estaba bien, y ella decía “no, que me maltrataron... me dijeron esto... y lo otro...” (Violeta, 2017).

Podemos decir, que tal vez esas otras mujeres que estaban en la sala de espera, se sintieron acogidas por Violeta y su pareja. El tener la experiencia les contribuyó en poder dar ese apoyo a otra pareja. El

empoderamiento de estar consiente que tomaban la decisión correcta, es fundamental para aceptar todo el proceso.

6. ¿Identificaste alguna dificultad durante el proceso? Si tu respuesta es sí, ¿Cuáles podrías mencionar?

De las cinco entrevistadas, cuatro mencionaron pasar por dificultades. La relación con los ecografistas, se notó como una dificultad durante el proceso, ya que por comentarios inadecuados, o actitudes, generó situaciones de angustia en Lis, y en Celeste.

Para Violeta, una de las dificultades mayores fue tener el histórico de un aborto anterior, eso generaba ya ser tildada como “irresponsable”, y culpándola siempre. Además mencionó:

A mí me parece que a vos te manden a tu casa a hacerlo, tipo lo dan por entendido que tienes un lugar donde hacerlo. Nosotros porque vivimos juntos, tenemos una casa y tenemos donde hacerlo. Pero si no, no podría esconder un aborto (Violeta, 2017).

Jazmín mencionó como dificultad los cinco días de reflexión, que se convirtieron en más de una semana, debido a los horarios de atención de su Mutualista. Además, menciona sentir que falta información:

Los 5 días que me demoró mucho más, siento que las dificultades son a nivel de la información, en realidad yo sé que soy una recontra privilegiada, hable con un montón de personas, me informé, pero siento que no hay información, no hay nada de información. No la hay... entonces es necesario que haya información de muchas más cosas, y sobre un cuidado más...de tu cuerpo, por ejemplo eso de cómo te vas a alimentar... y después por ejemplo, él dio por sentado que yo no iba a tener relaciones sexuales después de haber hecho el aborto, y yo ta después que me sentí bien, obviamente después que deje de sangrar, la sangre del aborto y eso... yo no sabía que no se podía...a la próxima me dijo: “a y claro no podes tener relaciones sexuales porque tu útero está abierto”, y yo: “a mira, dale, esa info dámela antes” (Jazmín, 2017).

Jazmín proporciona una reflexión interesante sobre la lógica del sistema de salud, mencionándolo de esta manera:

Pedirle al sistema médico que te de toda la información, que sea cálido, que si tiene dos funcionarios pagándole como a las

psicólogas, que hablen, que digan algo, es como pedirle algo que una ya sabe que no va a suceder porque el sistema medico esta hecho así, para vigilarte, controlarte, disciplinarte, y hacerte un ser dependiente de ellos, un trámite, al igual que te haces un aborto, te haces una operación de riñón, y no te dan la información... no te dicen que es lo que tienes, por donde va, no te hacen sujeta de la salud. Los problemas están en el sistema de salud. (Jazmín, 2017)

Al igual que Jazmín, Celeste mencionó como dificultad la falta de información por parte de los PS. Las cuatros mujeres dijeron que es un proceso largo, que te agota, no siendo ágil. Por consecuencia, la mujer tiene que continuar más tiempo del deseado con su gravidez, lo cual está relacionada a síntomas, mudanzas físicas, hormonales, etc., esto genera angustia, tristeza, y preocupación.

7. Esas dificultades, (si mencionadas) ¿causaron en algún momento cambios de opinión sobre continuar con el procedimiento?

Esta pregunta fue realizada, con el intuito de obtener información sobre si alguna de ellas pensó continuar la gravidez, o tomar otro rumbo, como un aborto fuera del marco legal. Tres de ellas mencionaron nunca cambiar de opinión sobre continuar interrumpiendo la gravidez en los servicios disponibles en sus Mutualistas.

Violeta nos cuenta, que sí pensó en realizar su interrupción fuera del servicio, debido a la espera excesiva que debió pasar, hasta el feto aparecer en la ecografía. Ella ya sabía que se encontraba embarazada, dada la ausencia de su ciclo menstrual, pero en el servicio tuvo que esperar hasta tener la ecografía. De esta manera, menciona:

Porque no había feto, entonces no era un embarazo común, nadie sabía lo que pasaba en mi cuerpo. Yo sabía, yo tenía los síntomas. Todo eso hasta que aparezca el feto me demoro 2 semanas, con idas y vueltas a emergencia, si era embarazo utópico o no. Sumamente estresante y peligroso. La decisión de hacer el aborto era absoluta. La clandestinidad sabemos que continua existiendo, entonces era como bueno, si no era en la SE veremos los costos, las formas, los cuidados (Violeta, 2017).

Jazmín también mencionó haber pensado en comprar el medicamento de forma clandestina, tras la demora en el servicio, así

obtuvo información sobre los costos del medicamento, pero al evaluar los pros y contras con su compañero, optaron por seguir el marco legal para sentirse más seguros.

8.¿Cómo fue tu relación con cada uno de los profesionales de salud y trabajadores del servicio durante el proceso?

Jazmín mencionó no sentirse cuestionada por la decisión por parte de los PS, ni por los trabajadores del servicio. A ella le llama la atención, e incómoda, la no participación de la trabajadora social y la psicóloga:

La relación con la trabajadora social y la psicóloga no existió, o sea... eran dos mujeres, que seguramente nunca abortaron sino no te hubieran tratado así, simplemente no tratarte, no entiendo cómo pueden robar la plata así... porque por lo menos habla!... a mí me hacía pensar.... en un momento yo dije que tenía dolores de panza, y el medico dijo que no tenía nada que ver, que tal vez era emocional, pero me lo dijo el doctor... de ultima que venga la psicóloga y me lo diga, ni siquiera cuando el ginecólogo le tiro el pique que era emocional...(Jazmín, 2017).

También menciona la relación con el médico ginecólogo de esta manera:

Después con el médico ginecólogo, como otro cualquiera, te mira, te receta y se va... me enojé que no me iba a dar más información que la que tenía escrita en el papel, entonces ta... me molesto que fuera hombre, tal vez no cambia que sea mujer, pero no se... estoy segura que como ginecólogo era crá viste, nunca me cuestionó ni nada la decisión, simplemente no la acompañó, no me dio más info, nada... entonces la info que me daba era la médico biológica escrita en el papel, que eran tipo pasos para no morirte en un aborto, pero ni tanto, porque si seguía tal vez me agarraban una infección, seguramente si no estoy comiendo bien, me bajan las defensas viste...(Jazmín, 2017).

Se nota una “naturalización” por parte de Jazmín, al mencionar que el medico “te mira, te receta, y se va”, como otro “cualquiera”. O sea, ella es consiente que los médicos realizan eso, da para percibir como las mujeres están “acostumbradas” a que las traten así en los servicios médicos. Esa naturalización de Jazmín, no es pensando que esa sea la manera correcta de tratar a una usuaria, sino que lo ve como algo que acontece a menudo, y que sería difícil mudar la forma de actuar de los PS.

Lo que llama la atención es que ella menciona que como ginecólogo era un “crá”, (sería un buen profesional), cabe reflexionar sobre esto. Ese PS carece de brindar una atención integral, y esta discusión es más profunda, es a partir del modelo de atención biomédico que ese medico se convierte así en un “buen médico” adecuado para la lógica de ese modelo. Se nota en los servicios que se reproducen estas actitudes, siendo naturalizadas por las propias usuarias. Violeta también realiza una reflexión interesante sobre:

Yo tengo una relación bastante conflictiva con el sistema de salud en general. Lo que me dicen lo agarro con pinzas. Me pasa con el embarazo, con el aborto, hay ideologías por detrás, todo el tiempo están opinando sobre mi cuerpo. Cuando me dicen hace esto, o hace lo otro... Cuando la partera me dicen “es lo más natural tenerlo”. A ver... “señora, no hay algo menos natural que usted que esta acá medicando mi cuerpo” (Violeta, 2017).

Celeste menciona que la relación con el equipo interdisciplinar fue buena, pero se sintió violentada por la médica ginecóloga:

... la que parecía que juzgaba era la ginecóloga, no sé si juzgaba pero era violenta para hablar, muy bruta, hacia comentarios innecesarios. Las administrativas del H.E me parecía que no sabían nada del procedimiento. Solo dos personas entendían (Celeste, 2017).

Esmeralda, quien tiene una visión más conflictiva con el aborto que las demás entrevistadas, mencionó que todo fue normal, fue la atención que ella precisó, donde no quería hablar mucho sobre el tema, ni quería ser cuestionada. Se aprecia ser un tema delicado en su vida, un proceso que aún está presente en su vida emocionalmente, y de lo cual no se siente bien para hablar de ello.

Normal, todo normal. Sumamente estructurado, yo no permití tampoco mucho más, no me interesaba, ni es un tema que quiero hablar. Hoy te recibo con mucho gusto, pero en realidad es un tema que yo no lo hablo. Yo no les permití nada, de terapia ni nada. Yo más no quería recibir, no estaba dispuesta (Esmeralda, 2017).

9.¿Cuál sería tu evaluación final, luego de tu experiencia, sobre el funcionamiento de los servicios de IVE?

Lis menciona que en general se sintió bien, cuidada, al igual que Esmeralda, quien mencionó ser rápido. Celeste menciona que la OC le parece “ridícula”, dado su caso particular en el cual terminó siendo atendida por la primera PS que la atendió en su Mutualista con OI, debiendo transitar por tres hospitales.

O sea administrativo el problema, y complica el proceso, y además me hubiera gustado que todo fuera en mi mutualista, donde ya conozco como funciona, conozco a los profesionales, donde conocía a mi ginecólogo de confianza. Me parece que podría haber funcionado mejor, no digo que fue horrible, pero debería haber sido más ágil. Y que todo el mundo la conozca porque es una ley, todos los profesionales de salud deberían conocerla, todos con los que yo tuve contacto. Además yo estaba con el tiempo contado, me deberían haber atendido primera en todos lados, y no... tenía que estar explicando todo en todos lados (Celeste, 2017).

Reflexionando, comenta:

Lo que yo siempre pienso es que me siento respaldada por este gobierno, y me parece algo espantoso no tener que hacerlo por un profesional. Yo me sentía segura que si me pasaba algo podía acudir al MSP (Celeste, 2017).

Jazmín, comenta sobre la idea que pueda participar otro tipo de PS del proceso:

Me parece que estaría bueno que haya una educación en género, a todos los ginecólogos. En realidad ahora que pienso, ni debería ser un ginecólogo que te atienda, en realidad debería ser un médico de familia, o un médico cra, yo que sé... podría ser una partera, a mí me gustaría (Jazmín, 2017).

Además menciona, como los cinco días de reflexión en su caso le llevaron más de una semana, y lo que significó para ella la demora en su servicio:

En mi caso, yo me entere que estaba embarazada, y no fue un caos tan grande, pero después que me entere que tenía que esperar una semana más estando embarazada y no quererlo, ahí si fue un caos, yo me sentí mal, tuve más nauseas, realmente no quería lo que me sucedía, porque ya estaba decidida, y ahí si estaban obligándome a esperar. Me estaban obligando a esperar, yo no sé cómo explicar, te juro que fueron torturantes, fue horrible... (Jazmín, 2017).

Se aprecia que para Jazmín estos cinco días, se convirtieron en más días, y fueron realmente perjudicables para su salud mental, los vivió

como una "tortura". Esta falla debería estar prevista en los servicios de salud para que no ocurra, ya que dejar a una mujer continuar con la gravidez más días de los que está establecido por ley, se convierte en una violencia hacia quien ya tomó la decisión de no querer continuar con el embarazo.

Según violeta:

Tuvimos cosas que nos molestaron, que nos juzgaron, nos dieron rabia, pero nosotros decidimos no entrar en discusiones. Todo depende que profesional te toque. Ya te digo esa partera nos dijo eso, pero la otra la de los viernes era un amor. O sea no es la Ley, efectivamente son las personas que están por detrás. Ahí es un cambio cultural que es muy difícil, que no sé de donde parte, si tiene que ser de la escuela de medicina, o desde antes, del liceo, de la escuela, no sé. A mí en un lugar me dijeron "pero vos sos madre, ¿porque no quieres serlo otra vez?" me dijeron "le va a hacer bien a tu nene tener un hermano". A ver... yo no me cuestiono ser madre... Pero ahora no quiero, y me decían "no no, lo mejor que puede tener tu hijo es un hermano" (Violeta, 2017).

La falla de los servicios esta principalmente en las tecnologías-leves, de cuidado, de atención, por parte de los PS, debido al modelo del sistema de salud uruguayo. La manera en que se dirigen hacia las mujeres, la forma de hablarles, comentarios innecesarios, pueden angustiar o hacer pasar mal a una mujer, dificultando aún más el proceso, quien ya se encuentra en una situación delicada, compleja, con distintas emociones y sentimientos. Las fallas administrativas de los servicios, como que los cinco días duren una semana debido a los horarios de la clínica, o la problemática de la OI del H.E, la cual genera que una mujer tenga que transitar por tres hospitales diferentes para conseguir IVE en Montevideo, es violenta para las mujeres. Y en ese caso particular, la usuaria estaba en la capital del país, lo que lleva a pensar en lo que tendría que pasar una mujer que viva en el interior, donde generalmente existe sólo un prestador de servicios.

No es un goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos, se encuentran condicionados, reproduciendo una lógica de un modelo biomédico, donde los médicos tienen más poder que los usuarios. Hace falta cambiar la perspectiva, romper con esta lógica, hacia una salud colectiva humanizada, integral, que respete los derechos de las usuarias,

promoviendo la salud sexual y reproductiva, y en casos de IVE trabajar la resiliencia en salud, acompañar a la mujer en su proceso, creando una red de apoyo, de afecto, y no un grupo de profesionales en contra, cuestionándola, medicándola, analizándola, escaneándola, los PS deberían ser sus aliados, y no quienes las vigilan y controlan.

10. Luego de finalizada la interrupción, ¿ocurrió algún cambio en tu perspectiva sobre planeamiento familiar/maternidad, y métodos anticonceptivos?

Las cinco entrevistadas respondieron que no hubo cambios en su perspectiva sobre planeamiento familiar, y MAC, expresaron que tomaron la decisión correcta, sin arrepentimientos.

Se nota una dificultad grande en los servicios respecto a los métodos anticonceptivos. Tanto Jazmín como Violeta, cuentan el conflicto que tienen sobre MAC. Para Jazmín, quien se cuida de manera natural, cuenta que se le complica que no haya diversidad de métodos naturales:

Yo me cuido de manera natural y como que intento de no usar nada que altere mi ciclo, como que es muy difícil, no hay métodos anticonceptivos que no te alteren... Por eso yo creo que quede embarazada no por descuido, sino por falta de conocimiento de cómo cuidarme. O sea, no hay métodos anticonceptivos para el hombre, como algo natural para que no sea fértil, sería más natural que él tome algo, y no nosotras, porque a nosotras si nos altera...el planeamiento de como yo me cuido y uso métodos anticonceptivos, no hubo cambios, porque yo sigo así. Me hace bien, estoy intentando fijarme bien, porque quiero ser regular, porque si yo soy regular, puedo saber mejor en que momento del ciclo estoy... (Jazmín, 2017).

Para Violeta, también es dificultoso encontrar MAC con los cuales desea cuidarse:

Me cambie de mutualista en parte por esto. Cuando llegue al Casmu con mi historia de dos abortos se lo dije yo. Le dije DIU no quiero, y por eso me fui de la SE No sos el medico amigo que viene a mi casa, sos un prestador d servicio y exijo porque estoy pagando. Una relación puramente "comercial". Yo lo que quiero es un centro d salud q me brinde métodos de barrera. No consigo preservativos femeninos. Me pasó una farmacia, pero no conseguí. Traje de Argentina. Le mostré a mi ginecóloga y ella me explico cómo usarlo y listo (Violeta, 2017).

Que una mujer no pueda obtener preservativos femeninos en su IAMC, y ni siquiera en una farmacia, no coincide con la lógica que se pretende para los servicios IVE. Siendo un método de barrera, importante para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, deberían ser básico que los servicios de salud sexual y reproductiva puedan disponer a sus usuarios. Que sí estén presentes los preservativos masculinos, señala una lógica de diferencias entre sexo, y se pierde una oportunidad de empoderar a la mujer sobre su vida sexual y reproductiva segura, prohibiéndole que tenga una oportunidad de ella poder utilizar un método de barrera. Además se reproduce una lógica de relaciones heterosexuales, porque pensar en una relación sexual entre mujeres, parece estar lejos en estos servicios. Es evidente, la brecha entre cómo funcionan los servicios, y como deberían funcionar.

Lis, quien mencionó actualmente estar en pareja con una mujer, también menciona sobre MAC:

Sobre métodos anticonceptivos, ahora actualmente no estoy usando... para tener relaciones entre mujeres son muy malos... y ni sé si hay preservativos femeninos, no fue algo que investigue, fue una decisión con mi compañera, que estamos en una pareja estable, y ta decidimos por parte de las dos. Sé que hay métodos, se q son malos, y ta. Y bueno ahora no corro el riesgo de quedar embarazada pero ta, decidimos eso y ta, y por ahora estamos re bien, el día de mañana no sé (Lis, 2017).

Realiza además, una reflexión personal sobre la maternidad:

Si quiero ser madre, no sé si estoy segura de q yo quiera tener un embarazo. No sé si me gustaría estar embarazada. Me encantaría ser madre, y sé que hay otras opciones, pero en realidad es algo que el embarazo no sé... No quiero tener la imposición social de necesariamente estar embarazada par ser madre. O sea si tengo ganas lo haré, y sino veré en el momento con mi pareja. No es algo que yo sienta q tenga que hacerlo digamos. La gente siempre te pregunta... por hijos (Lis, 2017).

Esmeralda, también realiza una reflexión personal, se sintió convencida y decidida de la decisión que tomó, pero aún le cuesta pensar en ello:

Yo había trabajado con personas que abortaron, pero no es lo mismo. A veces me pasa que acompaño a la gente en cosas que

he vivido y cosas que no. Me siento culpable. No lo tengo muy claro, porque no lo pasé bien, había cosas que no quería pasar de nuevo (Esmeralda, 2017).

6 CONSIDERACIONES FINALES

Podemos concluir que Uruguay es pionero en América Latina en relación a la despenalización del aborto, y en la inclusión de los servicios de IVE disponibles de manera gratuita para las mujeres uruguayas, siendo legal hasta las 12 semanas de gestación por sola voluntad. Esto demuestra un gran avance en la agenda de derechos, pero con muchos obstáculos por superar aún.

Pudimos ver además, como la falta de voluntad política del Frente Amplio, al analizar todo el contexto histórico, dio como resultado una Ley que no tiene el interés de la autonomía de la mujer, sino que refleja el modelo biomédico, tutelante del servicio de salud de Uruguay.

Este estudio, pretendía identificar cuáles son las barreras, dificultades y/o limitaciones de acceso y funcionamiento de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo seguro y legal en los servicios de salud de Uruguay, por lo que podemos concluir que son varias y diversas. Podemos clasificarlas de una manera general de la siguiente manera: 1) barreras de la propia Ley, 2) barreras de acceso al servicio, 3) dificultades en el funcionamiento de los servicios, y 4) fallas en la atención de los Profesionales de la Salud; y por último, 5) el estigma.

Se nota así, un procedimiento extenso, con excesos de plazos y requisitos para acceder a la práctica en sí, lo que dificulta directamente en la calidad de atención hacia las mujeres. Estas dificultades, podrían ser las causantes de que aún existan abortos clandestinos.

Analizando la calidad de la atención en los servicios IVE desde la perspectiva de las usuarias que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, como también una visión de profesionales relacionados a la implementación de la Ley, podemos concluir que los servicios carecen de una atención integral, que fomente la salud sexual y reproductiva plena, por lo contrario, muchas veces es violento con las mujeres que deciden abortar.

Es aquí donde propongo la participación del Profesional Sanitarista en los servicios IVE, para contribuir con el quiebre del paradigma existente, con

una visión crítica reflexiva, hacia un modelo de atención integral, enfocado y centrado en la usuaria, en el empoderamiento de la misma, respetando que es ella quien debe tomar la decisión sobre su continuidad o interrupción del embarazo. Para llegar a este abordaje, se debe concientizar a los Profesionales de la Salud de concebir a la usuaria como una ciudadana con derecho de decidir, esto implica además, no considerarla como víctima, o culpable de la situación. Los Profesionales deben pulirse de herramientas para transmitir información clara, confianza y seguridad a la usuaria, creando así una red de apoyo, humanizada, y no cuestionándola por la decisión.

Esta despenalización del aborto, según los plazos y requisitos que establece la Ley, es una -media- respuesta para el aborto, desde la salud pública para Uruguay, reproduciendo el bio poder del médico, único habilitado para recetar el fármaco abortivo. Se nota un proceso extenso para la mujer, con el fin de llegar a una receta de un fármaco, porque ni siquiera se encuentran habilitados otros métodos menos invasivos para abortar.

Esto demuestra un alejamiento de una perspectiva de género y de derechos que esperamos desde la Salud Colectiva. Quiero detenerme en este análisis, para proponer una reflexión sobre el aborto como problema de Salud Colectiva, ya que no basta con ser un problema resuelto desde la Salud Pública, sino que hace falta nuevos abordajes para proponer estrategias más eficaces, que mejoren principalmente la calidad de la atención, promoviendo una salud sexual y reproductiva integral, que incluya el aborto.

Se nota como Uruguay resuelve el problema del aborto, desde la Salud Pública, con esta ley, reduciendo sí los índices de muertes por causas de abortos inseguros, no menos importante, pero deja de lado otras cuestiones también importantes. Se continua reproduciéndose una lógica violenta, y estigmatizadora. Como mencionaban las Profesionales de la Salud entrevistadas, la despenalización no significa una desestigmatización de la práctica, sino que hace falta un cambio cultural.

Me gustaría mencionar un grupo médico nominado como “Grupo Médico por el Derecho a Decidir”²⁴, quienes mencionan esta violencia a la que me refiero, como violencia obstétrica en el aborto, definiéndolo como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Muñoz. J, *et al.*, 2015, p.9)

Por lo tanto, pretendo con este trabajo, abrir un debate reflexivo, crítico, sobre la calidad que se brinda en estos servicios de IVE en Uruguay, en lo que se refiere a la atención de las mujeres, para así mudar el paradigma que nordea tal abordaje, hacia una Salud Colectiva integral, y humanizada.

24 . El Grupo Médico por el Derecho a Decidir es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BANFI VIQUE, *et al.*, El Veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos. **Cuadernos Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos**, Época 1, n. 1, 2010.

BELLUCCHI, **História de uma desobediência. Aborto y feminismo**. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Capital Intelectual, 2014.

BRIOZZO, LEONEL. **Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos**. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2002.

CORREA, PECHENY. **Abortus interruptus: política y reforma legal del aborto em Uruguay, MYSU, Montevideo**, 2016.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2011. **Rev Saúde Pública**, 2011.

Diniz, Medeiro, **Pesquisa Nacional de Aborto, micro dados da amostra**. Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Brasil, 2010.

DOMINGUES, Sana. **“Meu corpo me pertence? ”: maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ**, 2015. Dissertação. (Tese de Doutorado, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2015.

GIL, C. **Estudo de Caso. Fundamentação Científica. Subsídios para coleta e análise de dados: como redigir o relatório**. Editora: Atlas - Grupo Gen. N p. 154. 2009.

LOPES, G. L. **Teoria Queer: uma política pós-indenitária para a educação**. 2/2001.

LOPEZ GOEMZ, Alejandra; ABRACINSKAS, Lilián. **Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay**. MYSU, 2004.

LOPEZ GOMEZ, Alejandra. Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. **Salud Colectiva**. 12(1):23-39, 2016.MSP, 2016.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO SANITARIO DE LA INTERRUPTON VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE), según Ley 18987 del 17.10.2012. Ministerio de Salud Pública.

MYSU, Observatorio nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. **Informe 2010: profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas.** Montevideo. 2010.

MYSU, Disponible en: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-Cuaderno-Presidente-no-puede-vetar.pdf>>, **2014**.

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

MYSU. **28 de mayo día internacional de Acción por la Salud de las Mujeres.** Comunicado a la opinión pública. Disponible en: <<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/posicionamiento-politico/seguimos-en-lucha-hasta-que-la-salud-sea-un-derecho-de-todas/>>. Acceso en: 26 de mayo. 2016

NARVAZ, M. G; KOLLER, S. H. **Metodologías feministas e estudios de género: articulando pesquisa, clínica e política. Psicología em estudo, Maringá.** v. 11, n. 3, p. 647-654, set. /Dez. 2006.

Organización Mujeres en el Horno, **Presentación de datos. Análisis y sistematización de los datos recogidos a través de la Línea Aborto información segura 0800-8843 desde Noviembre 2014 a Diciembre 2015.** 2015

Proyecto de 1993. Disponible en: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/Proyecto-de-Ley-1993-1994.pdf>>

RIOS, R.R. **Para um direito democrático da sexualidade. Horizontes Antropológicos.** Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100. 2006.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSTAGNOL. **Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción.** Unidad de comunicación de la Universidad de la Republica (UCUR), Montevideo. 2014

SINGH, S et al., **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress,** New York: Guttmacher Institute, 2009.

Tratados Multilaterales. **Convención Interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer. “Convención de Belem do Pará”**. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

URUGUAY. Constitución de la República Oriental del Uruguay. 1967

URUGUAY. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Ley Nº 18.987, Montevideo 22 de octubre.

VENTURA. Direitos reprodutivos no Brasil. 3º ed. **rev. amp. São Paulo: UNFPA**, 2009.

XAVIER. La experiencia de Uruguay: el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):629-633.

8 ANEXOS:

ANEXO I - Formulario IVE

Logo o Sello del prestador		FORMULARIO IVE Ley 18987 Version 2016 - 2		 Ministerio de SALUD	
PRIMERA CONSULTA (IVE 1)		C I de la mujer..... MEDICO (Nombre y N° CJP).....		FECHA DE REALIZADA [][][]	
Edad:		Edad gestacional (estimada por FUM)			
Requisitos / condiciones*:		Ciudadana natural SI NO	Ciudadana Legal SI NO	Extranjera residencia > 1 año SI NO	
*(marque con una cruz)		Verificado por: CI / CC	Verificado por: CI / CC	Verificado por: H. Clínica..... Antigüedad en Partida Otro..... Partida Otro..... prestador..... Otro.....	
Paraclínica Solicitada (sí o no)	Ecografía	Grupo y RH	Otras (especifiquecual):		
Cita con Equipointerdisciplinario	Ofrecidaparadia: Aceptadaparadia:	Hora:	Hora:	Firma usuaria:	
Observacionesen situacionesparticulares:				Firma medico:	
SEGUNDA CONSULTA (IVE 2) (interdisciplinaria)				FECHA de realizada. [][][]	
Nombres: GINECOLOGO		Observaciones .		Firma:	
SALUD MENTAL		Observaciones		Firma:	
AREA SOCIAL		Observaciones		Firma:	
IVE 3		Consulta IVE 3 habilitada a partir del:		Firma usuaria	
		Consulta aceptada para el:			
		Plazo máximo para la IVE 3:			
Menor de 18 años evaluación autonomía	Positiva:	Negativa:Definición padres/adulto:Consienten:			
Observaciones:				Concurre con el progenitor? SI NO	
TERCERA CONSULTA (IVE 3)		GINECOLOGO (NOMBRE Y N°CJP)		FECHA [][][]	
Ratificación de voluntad IVE (sí/no)	Resultados:		Fecha máxima informada por plazos legales y de seguridad (12 sem + 6 días)	Rectificación: continúa embarazo (sí/no)	
<input type="checkbox"/>	EG (al día del IVE 3)	Grupo sanguíneo:			
	ECO Acorde..... No Acorde.....				
Procedimiento indicado: Mifeprestona - minoprostal Mifeprestal solo AMEU Legrado instrumental		Ambulatorio Institucionalizado	Fecha próximo control de embarazo:		
Firmó Consentimiento Informado adjunto (sí/no):				Observaciones:	
Fecha4ª consulta(IVE 4)	Donde la realizará:	Observaciones:			

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016.

ANEXO II – Consulta IVE 2

 Ministerio de SALUD	Ley N° 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO INTEGRAL. CONSULTA IVE 2 <small>Versión 1- 2016</small>	Logo o sello del prestador
--	---	----------------------------

LUGAR Y FECHA CONSULTA IVE 2,/...../.....

En el día de la fecha, yo,, de años de edad, titular de la (CI/Pasaporte/CC) número, ciudadana (natural/legal/residente por 1 año o más), cursando gravidez de semanas por (FUM/ECO) he solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) prevista en la Ley N° 18.987 y su decreto reglamentario.

En esta consulta el equipo multidisciplinario, integrado por los profesionales abajo firmantes, ha cumplido las actuaciones previstas en el Manual de procedimiento para el manejo sanitario de la IVE y me ha informado sobre:

<input checked="" type="checkbox"/> Marco legal y confidencialidad	<input checked="" type="checkbox"/> Riesgos bio-sico-sociales
<input checked="" type="checkbox"/> Derechos sexuales y reproductivos	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimientos de IVE
<input checked="" type="checkbox"/> Alternativas a la IVE	<input checked="" type="checkbox"/> Otra información relevante

	Ginecologo/a	Área Social	Salud Mental
Firma			
Contrafirma			
Número CJP			

Hago constar que he recibido la información detallada antes y que la he comprendido en su totalidad
He planteado todas las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara
Se me ha consultado sobre si deseo se entreviste al progenitor habiendo:

NO CONSENTIDO	<input type="checkbox"/>
CONSENTIDO	<input type="checkbox"/> FIRMA: _____

Se me ha informado que podré consultar a partir del día/...../..... (fecha de finalizado el plazo de reflexión) y hasta el día/...../..... (12 o 14 semanas completas de gestación, según corresponda) para expresar mi decisión respecto de la interrupción o continuación del embarazo y proceder a la misma

Fui informada y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo en caso de no concurrir a la consulta posterior al lapso de reflexión.

Firma de la usuaria _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

1

ANEXO III -Declaración de objeción de conciencia

 Ministerio de SALUD	DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL MARCO DE LA LEY 18.987
--	--

INSTRUCTIVO

- La presente declaración se enmarca en el derecho que establece el artículo 11 de la ley N° 18.987
- Debe ser completada solo por aquellos técnicos que declaran objeción de conciencia en alguna de las instancias asistenciales de al IVE
- Se debe presentar ante la Dirección Técnica de cada una de las instituciones en la que se prestan funciones (bajo cualquier régimen de relación laboral). Se debe entregar una copia firmada por parte del receptor al funcionario que la presenta (como constancia).
- Para su validez se debe presentar con la debida antelación y no ante un caso clínico individual en el entendido que la objeción de conciencia responde a una posición personal y filosófica que no debe vincularse con situaciones individuales
- En caso de revocación de la objeción (total o parcial) se debe firmar una nueva declaración (con la fecha actual) en la cual se aclara que NO se objeta alguna o todas las instancias asistenciales

DECLARACIÓN

Por la presente, en el marco de la protección legal de los datos personales, declaro presentar objeción de conciencia para los siguientes procedimientos previstos por la ley de 18987 de interrupción voluntaria de embarazo.

	NO Objeto	SI Objeto
Consulta inicial (IVE 1)		
Consulta equipo interdisciplinario (IVE 2)		
Consulta de resolución (IVE 3)		

Declaro que la misma es personal y se fundamenta en motivos religiosos o filosóficos o morales

<i>Nombres y Apellidos</i>	
<i>Cedula Identidad</i>	
<i>N° Caja Profesionales</i>	
<i>N° funcionario</i>	
<i>Cargo en la institución</i>	
<i>Firma:</i>	
<i>Fecha de la declaración (día/mes/año)</i>	

PRESTADOR (nombre) _____

Recibido por Dirección Técnica:

Fecha	
Localidad	
Firma	
Contrafirma	

ANEXO IV - Cuestionario para grupo 1

Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal y seguro en Uruguay.

ENTREVISTA:

Nombre: _____

Edad: _____

Profesión: _____

Organización social que participó, o participa: _____

1-¿Cuál fue su motivación/interés para comenzar a trabajar con este tema?

2-¿Cuál fue su participación durante el proceso de creación/implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

3-¿Cuál es su opinión sobre la Ley aprobada de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

4-¿Cuál es su evaluación sobre los servicios disponible de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

5- ¿Crees que ocurre una capacitación de recursos humanos adecuada para quienes trabajan en estos servicios?

6-¿Cuál es su opinión sobre barreras, dificultades, o limitaciones que las mujeres pueden pasar durante un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo? ¿Podría mencionar cuales barreras encuentra más evidentes?

7-¿Qué piensa sobre el alto porcentaje de objetores de conciencia en la realidad de nuestro país? En su opinión, ¿existiría una estrategia para mejorar este problema?

8-En su opinión, ¿los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres que pasan por una interrupción voluntaria del embarazo podrían estar condicionados según esta Ley?

9-¿Cree que aún se realizan abortos clandestinos? Si opina que sí, ¿cuál sería la causa de las mujeres recurrir a abortar fuera del marco legal? ¿Y la de los profesionales?

10-¿Cuál es su evaluación sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente sobre planeamiento familiar, y la relación con métodos anticonceptivos?

ANEXO V. Cuestionario para grupo 2

Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal y seguro en Uruguay.

ENTREVISTA:

Nombre: _____

En el momento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo:

Edad: _____

Estado Civil: _____

Servicio Médico donde fue realizado el aborto:

Nivel educativo: _____

Hijos: _____

Historial de abortos: _____

Semana gestacional en la primera consulta del proceso IVE:

Semana gestacional en el momento de finalizada la interrupción:

1-Al tomar la decisión de interrumpir tu embarazo, ¿Tenías información sobre la Ley?, ¿Cómo fue el acceso a esa información?

2-¿Esta decisión fue tomada de manera autónoma? ¿O consultada con alguien?

3-¿Estuviste acompañada por alguna persona de confianza durante el proceso? Si la respuesta es sí, ¿cuánta importancia tuvo para ti? Si la respuesta es no, ¿te hubiera gustado estar acompañada?

4-Podrías describir paso a paso las etapas del proceso de interrupción voluntaria de tu embarazo.

5-Durante las etapas, ¿en algún momento tuviste contacto con otras usuarias que pasaban por el mismo procedimiento? Si la respuesta es sí, ¿Qué piensas sobre eso?

6-¿Identificaste alguna dificultad durante el proceso? Si tu respuesta es sí, ¿Cuáles podrías mencionar?

7-Esas dificultades, (si mencionadas) ¿causaron en algún momento cambios de opinión sobre continuar con el procedimiento?

8-¿Cómo fue tu relación con cada uno de los profesionales de salud y trabajadores del servicio durante el proceso?

9-¿Cuál sería tu evaluación final, luego de tu experiencia, sobre el funcionamiento de los servicios de IVE?

10- Luego de finalizada la interrupción, ¿ocurrió algún cambio en tu perspectiva sobre planeamiento familiar/maternidad, y métodos anticonceptivos?

ANEXO VI. Termino de consentimiento para el grupo 1

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y CLARO

Título del Proyecto: Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal y seguro en Uruguay.

Coordinadora: Ana Paula Araujo Fonseca (45) 984041306. Correo electrónico: ana.araujo@unila.edu.br

Autora: Lorena Carolina Moncalvo Dalmás 099159090. Correo electrónico: lore.moncalvo@gmail.com

Invitamos a participar en nuestra pesquisa la cual tiene como objetivo investigar el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres uruguayas en el acceso a la asistencia establecida por Ley, de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esperamos, con este estudio, que usted pueda contribuir con su experiencia sobre el proceso de implementación de la Ley mencionada. Se pretende evidenciar la realidad de las mujeres usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud, que deciden pasar por este proceso, de manera a evaluar la calidad de los servicios, evidenciando posibles barreras que podrían condicionar el ejercicio de sus derechos. Su participación consistirá en responder una entrevista confidencial, con preguntas abiertas sobre su vivencia y/o participación en el procedimiento de la creación, e implementación de la Ley, como también su perspectiva y evaluación del funcionamiento de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Esta entrevista será grabada, para posteriormente la entrevistadora realizar la transcripción de las respuestas obtenidas. Las entrevistas tendrán retorno y caso sea necesario, la modificación de la descripción con vista a obtener congruencia con la experiencia vivida por la participante. Luego del uso de la información para el debido análisis, las grabaciones serán excluidas. Durante la entrevista, el/la participante tiene libertad de no responder alguna pregunta, respetándose siempre su decisión. Su identidad no será divulgada y sus datos serán tratados de manera sigilosa, siendo utilizados apenas para fines científicos. Usted no pagará ni recibirá para participar de este estudio. Además, la participante podrá cancelar su participación en la investigación en cualquier momento. En el caso de dudas o de necesidad de relatar algún acontecimiento, podrá contactar a los investigadores por los emails y teléfonos mencionada encima. Este documento será firmando en dos vías, siendo una de ellas entregada al sujeto de la investigación. Declaro estar consciente de lo expuesto y deseo participar en la investigación.

_____ Firma de la participante

_____ Coordinadora Ana Paula Araujo Fonseca

Yo, Lorena Moncalvo Dalmás, declaro que suministre todas las
informaciones del proyecto a la participante.

, de de 2017 .

ANEXO VII. Termino de consentimiento grupo 2

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y CLARO

Título del Proyecto: Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal y seguro en Uruguay.

Coordinadora: Ana Paula Araujo Fonseca (45) 984041306. Correo electrónico: ana.araujo@unila.edu.br

Autora: Lorena Carolina Moncalvo Dalmás 099159090. Correo electrónico: lore.moncalvo@gmail.com

Invitamos a participar en nuestra pesquisa la cual tiene como objetivo investigar el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres uruguayas en el acceso a la asistencia establecida por Ley, de interrupción voluntaria del embarazo. Esperamos, con este estudio, que usted pueda contribuir con su experiencia, evidenciando la realidad de las mujeres usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud, que deciden pasar por este proceso, de manera a evaluar la calidad de los servicios.

Su participación consistirá en responder una entrevista confidencial, con preguntas abiertas sobre su vivencia en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo. Esta entrevista será gravada, para posteriormente la entrevistadora realizar la transcripción de las respuestas obtenidas. Las entrevistas tendrán retorno y caso sea necesario, la modificación de la descripción con vista a obtener congruencia con la experiencia vivida por la participante. Luego del uso de la información para el debido análisis, las grabaciones serán excluidas.

Durante la entrevista, la participante tiene libertad de no responder alguna pregunta, respetándose siempre su decisión. Su identidad no será divulgada y sus datos serán tratados de manera sigilosa, siendo utilizados apenas para fines científicos. Usted no pagará ni recibirá para participar de este estudio. Además, la participante podrá cancelar su participación en la investigación en cualquier momento. En el caso de dudas o de necesidad de relatar algún acontecimiento, podrá contactar a los investigadores por los emails y teléfonos mencionada encima.

Este documento será firmando en dos vías, siendo una de ellas entregada al sujeto de la investigación.

Declaro estar consciente de lo expuesto y deseo participar en la investigación.

Firma de la participante

Coordinadora Ana Paula Araujo Fonseca

Yo, Lorena Moncalvo Dalmás, declaro que suministre todas las
informaciones del proyecto a la participante. de 2017 .
, de