



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
Programa Uruguay

Maestría en Género y Políticas de Igualdad  
Promoción: 2020 - 2022

***Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo” en el contexto  
de pandemia por SARS-COV-2 en Uruguay.  
Un análisis de su implementación y los efectos en el ejercicio de los  
derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.***

**Tesis que para obtener el grado de Maestría en Género y Políticas de Igualdad**

**Presenta:**

Lic. Mayra Isabel Laborde Hermida  
Directora: Mag. Isabel Pérez de Sierra

## Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Antecedentes.....	12
Aportes académicos.....	12
<i>Un recorrido histórico y sociopolítico del aborto en Uruguay</i> .....	16
Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”.....	21
Capítulo teórico - conceptual.....	25
Ciudadanía y autonomía.....	25
Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva.....	29
Biopolítica y aborto.....	33
<i>Pandemia por SARS-COV-2 y sindemia</i> .....	36
Capítulo metodológico.....	40
Criterio de selección de la muestra.....	43
Marco Analítico.....	44
Análisis y resultados.....	46
Cierre masivo y desinformación.....	46
Un regulador ausente.....	53
La agudización de las barreras.....	58
Lo que no se mide...La falta de seguimiento oficial y regulación estatal.....	63
¿Objeción de conciencia o intereses creados?.....	67
El papel de las organizaciones.....	71
Autonomía tutelada.....	75
Conclusiones y reflexiones.....	81
Recomendaciones de política pública.....	87

## **Resumen**

Este estudio se enmarca en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; específicamente el derecho al aborto voluntario en el marco de legalidad en Uruguay y su implementación en el contexto de emergencia sanitaria por pandemia de SARS-COV-2. La salud de las mujeres y el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos son un problema de salud pública que requiere atención particular en contexto de pandemia. El estudio, realiza el análisis de la implementación de la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” en dicho contexto. A través del Modelo Ecológico Multidimensional, analiza la afectación al ejercicio de este derecho de las mujeres en función de la manera en que se implementó la ley en el contexto de pandemia en Uruguay. Específicamente, se identifican barreras y obstáculos planteados en el marco de la implementación de la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, se analiza el rol que asumieron las organizaciones de la sociedad civil en relación al seguimiento de la implementación de la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” y se indaga en los mecanismos implementados por el Estado para la atención y protección de los derechos de las mujeres que transitaron el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de pandemia por SARS-COV-2. La investigación aporta producción de conocimiento específica sobre el acceso al aborto e implementación de la norma que regula la práctica en el marco del sistema de salud en Uruguay en el contexto de la emergencia sanitaria.

**Palabras clave:** Derechos Sexuales y Reproductivos – Salud Sexual y Reproductiva – Aborto – Ley de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” - Pandemia – SARS-COV-2 - Uruguay

## **Abstract**

This study is framed in the sexual and reproductive rights of women; specifically the right to voluntary abortion within the legal framework in Uruguay and its implementation in the context of the health emergency due to the SARS-COV-2 pandemic. Women's health and the effective exercise of sexual and reproductive rights are a public health problem that requires particular attention in the context of a pandemic. The study analyzes the implementation of Law No. 18,987 on "Voluntary Interruption of Pregnancy" in that context. Through the Multidimensional Ecological Model, it analyzes the impact on the exercise of this right of women based on the way in which the law was implemented in the context of the pandemic in Uruguay. Specifically, barriers and obstacles posed in the framework of the implementation of Law No. 18,987 on "Voluntary Interruption of Pregnancy" in the context of the SARS-COV-2 pandemic are identified, the role assumed by civil society organizations is analyzed in relation to the monitoring of the implementation of Law No. 18,987 of "Voluntary Interruption of Pregnancy" and inquires into the mechanisms implemented by the State for the care and protection of the rights of women who went through the process of voluntary interruption of pregnancy in the context of the SARS-COV-2 pandemic. The research provides specific knowledge production on access to abortion and implementation of the norm that regulates the practice within the framework of the health system in Uruguay in the context of the health emergency.

***Keywords:*** Sexual and Reproductive Rights – Sexual and Reproductive Health – Abortion- “Voluntary Interruption of Pregnancy” Law - Pandemic – SARS-COV-2 - Uruguay

## **Introducción**

La presente investigación se enmarca en la temática de los derechos sexuales y reproductivos, y por consiguiente en la de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se indaga en particular sobre la implementación del derecho al aborto voluntario en el marco de legalidad en Uruguay y la implementación de la Ley N° 18.987 de *“Interrupción Voluntaria del Embarazo”* en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

La mencionada ley es el resultado de un largo proceso político que implicó el posicionamiento del tema en conferencias internacionales y la toma de posición por parte del Estado uruguayo, reafirmada en el Consenso de Montevideo sobre Población y desarrollo de la CEPAL llevado adelante en agosto del año 2013. El instrumento considera que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte fundamental de los derechos humanos, y su ejercicio promueve el goce de otros derechos fundamentales, así como de las metas internacionales de desarrollo y de erradicación de la pobreza, asimismo, considera que lograr la meta de acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva no ha sido de ningún modo suficiente, además expresa que la educación y la atención en salud son fundamentales y reafirma que las muertes maternas en la generalidad de los casos son prevenibles. La mayoría de ellas son debido a la dificultad que existe para acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva, y por otra parte a los abortos inseguros. En este sentido se hace énfasis en que la penalización del aborto incrementa la mortalidad y morbilidad y no disminuye la cantidad de abortos. (CEPAL; 2013) En este sentido, cabe hacer referencia al concepto de mortalidad materna; que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al fallecimiento de cualquier mujer mientras está transitando el período de la gestación o en los 42 días posteriores a la finalización de la misma por la causa que fuere que tenga que ver con complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La definición permite hacer una diferencia entre muertes maternas directas o indirectas según las causas de las mismas. Las directas están relacionadas con complicaciones obstétricas. Las indirectas resultan derivadas de enfermedades que existían previamente o generadas en el período de la gestación, pero sin tener una relación con la obstetricia, aunque la misma se hubiere agravado por los efectos del embarazo. El indicador de muerte materna se calcula teniendo en cuenta la cantidad de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En

dicho sentido la metodología utilizada para el cálculo es el resultado que se obtiene si dividimos el número de muertes maternas entre el número total de nacidos vivos en un período de tiempo y lo multiplicamos por 100.000. (OMS; 2012)

En este marco, los Estados parte se comprometen a:

*“...eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños así como a asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos.” (CEPAL; 2013:20)*

El proceso político que se transitó para llegar a la sanción de la norma que busca garantizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las primeras 12 semanas de gestación, implicó la participación de los movimientos feministas y movimientos de mujeres en reclamo de avances normativos que garantizaran el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, los que fueron claves en Uruguay. Nuestro país a nivel histórico ha transitado un complejo proceso en torno a la temática de la salud sexual y reproductiva, que convocó la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil, organizaciones feministas, así como las ligadas a la temática de género, y las organizaciones sociales religiosas, entre otras, así como también implicó la participación de diferentes profesionales de la salud.

Para la presente investigación se partió de la hipótesis de que el proceso de abortar en nuestro país en el marco de la ley genera una amenaza a la capacidad de las mujeres de

decidir libremente. Esto se visualiza en lo establecido legalmente, que obliga a días de reflexión y a diversas consultas que cuestionan la intención y la decisión de estas. Las mujeres deben justificar las razones de su decisión, las cuales están preestablecidas poniendo sobre la mesa algún tipo de carencia que demuestre que no le es posible continuar con el embarazo; esto, no deja lugar a que la decisión tomada por la mujer esté relacionada con la falta de deseo, ni tampoco da la oportunidad a una planificación familiar;

*“...la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso...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...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...a partir de la reunión con el equipo interdisciplinario, la mujer dispondrá de un período de reflexión mínimo de cinco días...la ratificación de la solicitante será expresada por consentimiento informado.” (Uruguay, Poder Legislativo, Ley N° 18.987; 2012)*

Además, cabe destacar la poca accesibilidad a información técnica confiable transmitida desde el Estado específicamente que tenga que ver con el alcance de la ley o los derechos sexuales y reproductivos. Tomando en cuenta el último informe de La Colectiva Feminista “*Mujeres en el horno*” (marzo, 2021) donde se hace referencia a las barreras en torno al acceso a la información:

*“La ley existente en nuestro país conlleva una serie de pasos y procedimientos que las mujeres deben realizar para poder acceder a un aborto dentro del sistema de salud. Estos pasos no son sencillos, sino que estipulan varias visitas al sistema de*

*salud, agendas y consultas médicas y plazos que en ocasiones exceden las semanas de gestación estipuladas por la ley, obstaculizando el acceso al aborto por negligencia o cuestiones burocráticas. De este modo el acceso a la información se constituye como una barrera, al no contar con la información necesaria sobre el procedimiento y hacer valer el derecho del acceso al aborto y al asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Los hechos confirman en muchas ocasiones: informaciones erradas, costos inadecuados, mala praxis y negligencia de las y los distintos actores que forman parte del sistema de salud...los casos de información inadecuada tienen que ver en ocasiones con el acceso, pero en otros casos con los procedimientos.” (MEEH. Colectiva Feminista “Mujeres en el horno”; 2021:34)*

Por lo cual se puede aseverar que, la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” desde sus comienzos, ha supuesto diversas barreras y dificultades en su implementación para que las mujeres ejerzan efectivamente sus derechos. La indagación sobre cuál fue la realidad de esta en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, permite evidenciar en qué medida estas barreras se incrementaron y qué características particulares adquirieron durante el período 2020 - 2022.

La salud de las mujeres y el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mismas son un problema de salud pública que requiere atención particular en contexto de pandemia. La ausencia de dicha focalización deja a las mujeres excluidas y vulneradas en lo que respecta a la toma de decisiones sobre su vida y el ejercicio efectivo de sus derechos; y por ende en la conquista de su autonomía.

En este sentido, se buscó analizar la afectación del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en función de la manera en que se implementó la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, en el contexto de pandemia por SARS-COV-2 tomando el período en que duró la emergencia sanitaria en nuestro país; desde marzo del año 2020 hasta abril del año 2022.



De esta forma, se plantearon como objetivos para llevar adelante dicho análisis;

- i. Identificar barreras y obstáculos planteados en el marco de la implementación de la Ley N° 18.987 de *“Interrupción Voluntaria del Embarazo”* en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.
- ii. Analizar el rol que asumieron las organizaciones de la sociedad civil en relación al seguimiento de la implementación de la Ley N° 18.987 de *“Interrupción Voluntaria del Embarazo”* en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.
- iii. Indagar los mecanismos implementados por el Estado para la atención y protección de los derechos de las mujeres que transitaron el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

Para concretar los mismos se planteó recurrir a la trama de actores que ocupan diversos espacios de actuación a nivel institucional y de organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, cabe destacar que interesó identificar barreras, obstáculos o tensiones en ámbitos interconectados. Por lo que en lo que refiere a la metodología utilizada para llevar adelante esta investigación, se tomó como herramienta un modelo conceptual que aportó al análisis desde una mirada integral y holística; el mismo es el Modelo Ecológico Multidimensional que fue desarrollado por el psicólogo Urie Bronfenbrenner (1979), que concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y ordenadas en diferentes niveles. Dichas estructuras seriadas se denominan macrosistema, exosistema, mesosistema y microsistema. Este modelo, considerado explicativo, permitió utilizar sus principios para realizar un análisis de los diferentes sistemas en interacción de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En dichas interacciones se analizó el impacto de las políticas públicas y del marco normativo en la cotidianeidad de las personas, tomando contacto con los diferentes actores que forman parte de dichos sistemas interactuando con sus entornos inmediatos y a la misma vez siendo influidos por las diversas relaciones que se generan en otros contextos. Se obtuvo de ese modo una mirada sistémica e integral de la realidad en

torno al aborto en el marco de legalidad en nuestro país en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

Por lo tanto, haber utilizado el modelo ecológico para abordar y analizar la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, implicó también aportar en la formulación de elementos conceptuales, técnicos y metodológicos para reconocer que el acceso al aborto legal es un problema de política pública polifacético, que tiene raíces biológicas, sociales, culturales, psicológicas y ambientales.

El presente documento consta de un apartado de antecedentes, tanto contextuales en lo que refiere a lo histórico y socio político en relación a la temática del aborto en nuestro país, así como antecedentes de estudios académicos locales y regionales que constituyen un estado de la cuestión del objeto de nuestro estudio; posteriormente se desarrolla un marco teórico referencial que se presenta sub dividido teniendo en cuenta las categorías a partir de las cuales se abordará a continuación en el apartado final el análisis. Por último, se presentan conclusiones, reflexiones finales y recomendaciones de política pública.

## *Antecedentes*

### *Aportes académicos*

Los estudios que preceden esta investigación permiten dar cuenta de un estado de la cuestión sobre en el campo de los derechos sexuales y reproductivos y específicamente al aborto voluntario, fundamentalmente centrados en Uruguay y la región, y constituyen un gran insumo para la presente indagación.

Tomando en cuenta un estudio llevado adelante por el Instituto Guttmacher (2020), podemos aseverar que en todas partes del mundo las mujeres recurren a abortos voluntarios, inclusive en países donde éste es ilegal. Las leyes de aborto restrictivas no están asociadas con menos cantidad de abortos, pero sí se dan por ejemplo en la región de Europa Occidental, donde el aborto está legalizado. A nivel mundial, América Latina tiene los porcentajes más altos de aborto inseguro. La mayoría de ellos ocurren en países en desarrollo, donde las mujeres pobres son las más vulneradas en sus derechos ya que son las que tienen menor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y menos recursos para pagar procedimientos clandestinos. La tasa de abortos a nivel global es de 37 por 1.000 en los países que prohíben el aborto totalmente o lo admiten sólo en caso de que genere un riesgo para la vida de la mujer, y de 34 por 1.000 en los que lo permiten en general, diferencia que no es significativa a nivel estadístico. Los datos disponibles indican que las tasas de aborto son más altas en los países donde se limita el acceso a los métodos anticonceptivos. Los mismos se reducen cuando las mujeres, tienen información sobre los métodos anticonceptivos disponibles y llegan a acceder a ellos, así como cuando se llega a implementar la educación sexual integral y es posible el acceso al aborto legal y en condiciones seguras. (Guttmacher; 2020)

La investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe de Alejandra López Gómez (2015), pone de manifiesto la realidad de los derechos sexuales y reproductivos en dicha región y aporta una mirada sobre las mujeres y los varones relacionados a la temática del aborto, así como también la mirada de las/os profesionales de la salud, de las/os actores políticos, la religión, la justicia y la sociedad en relación con dicha temática. Este estudio en particular significa un insumo relevante para esta investigación, en tanto

permite enmarcar a Uruguay en el contexto de la región y del continente, al tiempo que incorpora una perspectiva integrada de los subsistemas que interactúan en el asunto.

En el contexto latinoamericano, la inaccesibilidad al aborto seguro en los sistemas de salud representa una barrera central para el ejercicio de la ciudadanía y para el reconocimiento de la capacidad de las mujeres en relación a tomar decisiones sobre sus vidas. En el caso uruguayo, el estudio muestra que puede avanzarse democráticamente y en dirección de la justicia social y de género, en una región del mundo en la que los movimientos populares tienen dificultades para integrar el tema del aborto a la agenda de democratización y justicia social, y en que las derechas conservadoras defienden el “estatus quo” que penaliza al aborto. (Correa y Pecheny; 2016)

En el estudio de Susana Rostagnol (2014), *Aborto Voluntario y Relaciones de Género*, la autora aborda el vínculo entre la interrupción voluntaria del embarazo y las relaciones de género. En este sentido, se pone a consideración que la ocurrencia del aborto voluntario tiene que ver con la forma en que los distintos grupos sociales llevan adelante las relaciones de poder, y éstas se ponen en juego en las relaciones de género a través del control del cuerpo y de la reproducción. Dichas relaciones de poder se juegan cada vez que una mujer que decide abortar se vincula con un médico, y también a nivel social cada vez que se discute sobre el aborto. En dicho estudio la autora refiere como las relaciones de poder involucran a todas las prácticas que son ejercidas por la dominación masculina y también la distribución de modo desigual del poder que se traduce en modos menos visibles de esa dominación. En este sentido plantea que las formas de relaciones de poder en relación al género, además se articulan con otras variables que también son jerárquicas como por ejemplo la clase social, la etnia, la edad.

*“Las relaciones de género y las políticas del cuerpo y de la reproducción se ponen en juego cada vez que una mujer está en situación de aborto y que un ginecólogo se enfrenta a ella. Del mismo modo, están presentes en los debates sobre la legalización del aborto, por lo general, subyacentes a consideraciones morales, filosóficas, científicas o religiosas que poseen un mayor peso argumentativo a la hora de dichos debates.” (Rostagnol; 2014:36)*

Al decir de Alejandra López Gómez:

*“...la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos son un campo en disputa moral, ideológica, política, religiosa, simbólica y económica y a la vez de creciente legitimación y reconocimiento a nivel social”. (López Gómez; 2016: 24)* El aborto voluntario como elemento fundamental de la salud sexual y reproductiva permite analizar cuestiones relacionadas a la sexualidad, la maternidad, y el disponer libremente y controlar el cuerpo de las mujeres. Éstas son cuestiones que según la autora:

*“...remiten a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, lo laico y lo confesional, la subordinación y la dominación, que se expresan en la atención de los servicios de salud y en el contrato entre profesionales y mujeres usuarias”. (López Gómez; 2016:338)*

Un estudio realizado por Abracinskas y López Gómez (2004) concluye que en lo que respecta al terreno de los derechos sexuales y reproductivos no puede imponerse ningún modelo, porque no hay uno, que pueda integrar la suma de individualidades con sus creencias, ideologías y conductas. Por lo tanto, se promueve una visión que genere relaciones de autonomía, así como de solidaridad y apoyo en lugar de la imposición de restricciones que sigan marginando y excluyendo a las mujeres del ejercicio de sus derechos.

En este sentido, se expresa que:

*“Fortalecer la libertad y la responsabilidad parecen ser las vías más efectivas para lograr actos de conciencia que reprimir, imponer dogmas o atemorizar a las personas con medidas punitivas convirtiendo en DELITO para todos lo que es PECADO para algunos...” (Abracinskas y López Gómez; 2004:101)*

En lo que respecta a las organizaciones de la sociedad civil y el movimiento de mujeres, los estudios llevados adelante por Johnson, Rocha y Schenck (2015) y por Correa y Pecheny (2016) dejan un aporte fundamental del recorrido y de la visión que se desprende a partir de que la Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”

es aprobada, así como de la lucha de las/os actores de la sociedad civil organizada solicitando al Estado la garantía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Uruguay. En este sentido, cabe destacar que nuestro país cuenta con un liderazgo siempre presente de las organizaciones feministas. Cabe hacer énfasis sobre aquellas organizaciones que trabajaron de forma sostenida en lo que respecta a la salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva, en el acompañamiento en procesos de aborto cuando no era legal, en generar centros y servicios de atención alternativa de la salud de las mujeres, en impulsar un proceso en materia de aborto, de inclusión en la agenda política que fue posible a partir de las alianzas generadas con mujeres sindicalistas y mujeres políticas, sobre todo del Frente Amplio, así como también de las generadas con varones sindicalistas y políticos, dirigentes y además con organizaciones estudiantiles y universitarias, organizaciones de la sociedad civil y redes internacionales, por ejemplo, organizaciones del resto de América Latina.

Por otra parte, el estudio de Andrés Constantin para el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI; 2018) aborda la temática del aborto inseguro y la criminalización de la práctica. Dicho análisis aporta para el presente estudio de investigación conceptos jurídicos en torno a la temática del aborto que dan cuenta de la realidad criminalizadora del mismo y rebate cada visión con dicho sesgo. En este sentido advierte en su estudio que: *“la criminalización del aborto y crímenes relacionados con el aborto resulta en consecuencias adversas sobre la vida, la salud y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y adolescentes. Éstas se enfrentan frecuentemente a agresiones, discriminación, estigmatización, repudio social y, en algunos casos, a la persecución penal”*. (CLACAI; 2018:37)

El estudio estadístico y cualitativo realizado por la organización Mujer y Salud en Uruguay (2017), a través del Observatorio de Género y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva, de la implementación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, aporta información que se recabó entre el año 2013 y el año 2017 de diez estudios realizados a nivel departamental en los que se dio seguimiento al funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva. Dicho estudio, realiza una descripción de la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, diagnóstico y tratamiento en VIH/ITS, violencia doméstica y sexual y aborto.

Además, identifica barreras en el acceso a estos servicios y realiza recomendaciones de mejora. En particular, realiza seguimiento a los servicios de aborto. El trabajo realizado por MYSU (2017), constituye un antecedente directo de la presente investigación, en tanto analiza la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde que empezó a regir la misma, y hasta el año 2017 inclusive.

Cabe destacar que de la temática de aborto específicamente vinculado con la pandemia por SARS COV-2 se han encontrado informes realizados en el año 2020 y 2021, tanto a nivel local como regional, pero no configuran la base de datos de los antecedentes de este trabajo ya que no son investigaciones académicas en la temática. Este estado de la cuestión permite evidenciar la relevancia que el presente estudio adquiere para continuar abonando al campo de investigación. Este estudio enriquece y genera aportes específicos a la producción de conocimiento sobre la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay, dando cuenta de obstáculos y barreras que se profundizaron en el contexto de pandemia. El análisis aquí expuesto significa una contribución al monitoreo y seguimiento de la política pública y su implementación en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, haciendo énfasis en las debilidades de la ejecución por parte del Estado y las afectaciones a las mujeres que buscan acceder al ejercicio efectivo sus derechos.

### *Un recorrido histórico y sociopolítico del aborto en Uruguay*

En Uruguay, desde el año 1938 y hasta el año 2012, el aborto fue considerado delito en toda circunstancia; tipificado por la Ley N° 9763. Sin embargo, entre los años 1934 y 1938, el aborto fue despenalizado en el país, planteando, de alguna forma, el reconocimiento de la práctica como método de planificación familiar. (Sapriza; 2011 en López Gómez; 2016)

Luego de un gran debate en el Parlamento Nacional, se llegó a una “negociación” entre las diversas partes y el aborto fue nuevamente considerado un delito. El mismo, era penalizado con tres a nueve meses de prisión para aquellas mujeres que se realizaran un aborto. Solo quedaban eximidas las mujeres en las que se comprobaran los problemas económicos, el riesgo para la salud de la mujer y la violación. Desde el año 1938 hasta el año 2004, el aborto permaneció invisibilizado y silenciado, alejado de la intervención del Estado. La ley que estuvo vigente hasta el año 2012, generó un marco en el que no existían servicios legales de aborto para ninguna de las causales, realizándose totalmente en la clandestinidad, y muchas veces en condiciones de riesgo para la salud de la mujer. (Abracinskas y López Gómez; 2004)

En la última década del S.XX es posible visualizar un aumento de las denuncias de médicos ginecólogos a las pacientes que llegaban a los hospitales con abortos incompletos o con complicaciones post-aborto, aunque sin muchas consecuencias judiciales. Las actitudes de “condena, tolerancia y negación” han acompañado la práctica del aborto clandestino en Uruguay. (Sanseviero et al.; 2003) Entre los años 1999 y 2001, en Uruguay se producían alrededor de 33.000 abortos voluntarios por año, lo que implicaba una tasa de aborto del 38.5 por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años. Esto, sumado al aumento del número en la mortalidad de mujeres por abortos inseguros, ubica al aborto como el principal problema en lo que respecta a la salud materna en Uruguay. (Sanseviero; 2003 en Abracinskas y López Gómez; 2004).

En este marco, a partir del año 2002 el grupo “*Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*”, actualmente conocido como “*Iniciativas Sanitarias*”, implementa ciertas acciones para reducir riesgos en las situaciones de aborto voluntario. Este equipo interdisciplinario implementó las “*Normativas de*



*atención sanitarias y medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”* dispuestas en la Ordenanza Ministerial 369/004 que tiene carácter regulatorio y ha brindado a las mujeres y profesionales de la salud herramientas que se han incluido en la Ley N° 18.426 de “Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva”. Éstas constituyeron una guía de acción pensada para el personal de la salud en la atención pre y post-aborto. Se indicaba que la consulta inicial de una mujer que deseaba abortar debía estar acompañada del acceso a la información sobre las características del aborto, un asesoramiento que desestime su práctica como “sucedáneo”, el espacio para un período de reflexión, un examen clínico, y la información sobre los cuidados pre-aborto y post-aborto. (Briozzo et al; 2007 en López Gómez; 2016)

Por otra parte, la demanda de las organizaciones de la sociedad civil por la despenalización del aborto estuvo activa en la historia reciente de nuestro país, y han sido varios los proyectos que se presentaron al parlamento.

*“En 1985, desde el Partido Colorado de tradición liberal, bajo la presidencia del también liberal Julio María Sanguinetti, dos legisladores oficialistas, Daniel Lamas y Víctor Vaillant, presentan el primer proyecto de despenalización de la etapa democrática, que no logra tratamiento en cámara parlamentaria...En 1993, las fuerzas de izquierda elaboran su primer proyecto de legalización del aborto presentado en Diputados por Rafael Sanseviero y Carmen Beramendi, que tampoco prosperó...En 2002, legisladoras de diversos partidos presentan un proyecto de ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la despenalización del aborto. El proyecto llega al plenario, pero no logra su sanción.”* (Correa y Pecheny; 2016:32, 33, 43)

En dicho proyecto el Estado debía garantizar los derechos sexuales y reproductivos, políticas de educación sexual, estrategias de prevención de embarazos no deseados e interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación.

Durante los años 2004 a 2008, desde la sociedad civil como desde los partidos políticos que se nuclean en el frente, se consolida el reclamo por modificar la situación del aborto. En la sociedad civil, actúan la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) y otras organizaciones feministas, junto con el movimiento sindical, el movimiento

universitario y el sector médico representado por Iniciativas Sanitarias. Dentro del Frente Amplio están los liderazgos políticos y sindicales de mujeres apoyadas por líderes del partido como Juan Castillo. Por contrapartida, en esos años, crecen en Uruguay las organizaciones denominadas pro-vida, así como también aumentan los grupos de la iglesia evangélica. (Correa y Pecheny; 2016)

Es importante destacar que las políticas en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva enmarcadas en un enfoque de género y de derechos humanos en Uruguay, se conforman en el año 2008, en lo que respecta al marco legal, con la promulgación de la Ley N° 18.426 de “*Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*”. La existencia de esta ley como soporte de la política nacional implicó nuevos desafíos dentro de los servicios de salud y además para las prácticas de las/os profesionales que en ellos se desempeñaban. (Abracinskas y López Gómez; 2009)

La Ley N° 18.426 no añade nuevas prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva diferentes a las que ya se disponían en el país, pero, les otorga un marco jurídico mayor y, por ende, ratifica la voluntad del Estado de brindar garantías y condiciones a favor del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, aparece la información a partir de los datos existentes y se ponen de manifiesto, que los prestadores de salud, sobre todo los privados, no estaban llevando adelante gran parte de las normas de salud sexual y reproductiva existentes. (Abracinskas y López Gómez; 2010)

La política de salud sexual y reproductiva en Uruguay, se conforma a través de un proceso que enlaza varios elementos. Luego de la aprobación en el senado de dicha ley, se publica el decreto del Poder Ejecutivo que crea la obligación, para las 40 instituciones prestadoras integrales de salud, tanto públicas como privadas, de todo el país, de contar con Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva, además se publica el decreto del Poder Ejecutivo de universalización del acceso a métodos anticonceptivos hormonales; mensuales y de emergencia, y preservativos a costo mínimo; se publica el decreto que integra al Plan de Atención Integral en Salud (PIAS) las prestaciones de ligadura tubaria y vasectomía de forma gratuita y obligatoria para las instituciones de asistencia médica. Se genera la publicación de la “*Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva*” a partir de la consulta a la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva. Además, se

instala una Red de Equipos Coordinadores de Referencia de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, en el año 2010 tiene lugar la firma de un convenio marco entre ANEP y el MSP en el que se concreta otro de los derechos establecidos por la ley de 2008: la capacitación a docentes en los derechos sexuales y reproductivos que el mismo texto garantiza. A partir de dicho acuerdo se desarrolla un trabajo interinstitucional al que se integra el Instituto Nacional de las Mujeres, en el que se propician encuentros regionales en todo el país entre profesionales de salud y educación, para la formación y discusión de los alcances de la ley. (Abero y Pérez; 2013)

La existencia de esta ley permitió poner de manifiesto en el sistema de salud, la realidad del aborto voluntario con el objetivo de lograr prevenir su práctica insegura a través de mecanismos de asesoramiento y acceso a la información a las mujeres en situación de embarazo no deseado. La ley da el lugar para que las/os profesionales intervengan en el antes y en el después del aborto, pero no en su realización, lo que significa que no podían prescribir medicación ni intervenir quirúrgicamente para realizar un aborto voluntario. (López Gómez; 2016) En dicha ley, los artículos que despenalizaban el aborto voluntario fueron vetados por el Dr. Tabaré Vázquez, presidente de la República Oriental del Uruguay en ese momento, acompañado por la Dra. María Julia Muñoz quien fuera ministra de Salud Pública en el período de gobierno del Frente Amplio entre los años 2005 y 2010.

En el año 2011 se plantea nuevamente la discusión sobre la despenalización del aborto a partir de la presentación en la Cámara de Diputados del Poder Legislativo de un nuevo proyecto de ley. El cual, finalmente, el 22 de octubre del año 2012 es sancionado; así es creada la Ley N° 18.987 de *“Interrupción Voluntaria del Embarazo”*, la cual es reglamentada en diciembre del mismo año bajo el Decreto 375/012 y puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de enero del año 2013. Ese mismo año, agrupaciones que se mostraban en contra del aborto, se posicionan en contra de su despenalización y, por consiguiente, de la ley, y con el fin de derogarla se busca realizar un referéndum. Según la normativa de nuestro país, antes de lanzar uno, se requiere de una consulta popular para que la realización del mismo se realice legítimamente, y que participe al menos el 25% de las personas que se encuentra en el padrón electoral. (Correa y Pecheny; 2016). El resultado ascendió a que tan sólo se

presentaron en las urnas un total del 8,8% del padrón electoral, por lo tanto, esta tentativa fracasa rotundamente.

### **Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”**

La implementación de la Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo” desde el año 2013 permite el aborto voluntario dentro de las primeras 12 semanas de gestación, a las mujeres que expresen su decisión de hacerlo, la gestación dentro de las 14 semanas con denuncia judicial de violación, en cualquier momento de la gestación cuando continuar con el embarazo genera un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer o cuando existan malformaciones fetales no compatibles con la vida extrauterina. Las mujeres deben ser mayores de 18 años o menores habilitadas (según el Código Civil en el art. 91, 302, 305, están comprendidas y se consideran habilitadas las mujeres menores de 18 años que estén casadas, divorciadas o viudas, más allá de que se haya producido esto mientras las mismas fueran menores de edad), mujeres menores de 18 años que no se encuentren habilitadas y que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación y mujeres que estén declaradas incapaces a nivel judicial, y que su curador/a solicite la interrupción voluntaria de la gestación. En cualquiera de los casos presentados las mujeres deberán ser ciudadanas uruguayas naturales o legales o mujeres extranjeras con un mínimo de residencia legal de un año en Uruguay. La interrupción voluntaria del embarazo no se penalizará y, por consiguiente, no se aplicarán los artículos 325 y 325 bis que forman parte del Código Penal, para los casos en que las mujeres cumplan con los requisitos que establece la ley.

El procedimiento según la Guía para la Interrupción Voluntaria del Embarazo elaborado en el año 2016 por el Ministerio de Salud Pública se divide en cuatro consultas:

**IVE 1** - Consulta con médica/o. Se toma contacto con la solicitud de la mujer en relación a la interrupción del embarazo. Se verifican requisitos, se solicita paraclínica, y ecografía. Si la consulta es con médica/o ginecóloga/o, la misma se considera parte de la consulta IVE 2, por lo que puede llenarse y firmar el consentimiento informado.

**IVE 2** - Consulta con equipo interdisciplinario. Espacio de consulta de a que forman parte tres profesionales (médica/o ginecóloga/o, profesional del área social y profesional del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el tiempo de reflexión propuesto por la ley; el mismo no puede ser menor a 5 días corridos.

***IVE 3*** - Consulta con médica/o ginecóloga/o. En esta consulta se expresa finalmente la decisión tomada por la mujer.

***IVE 4*** – Consulta de control post-aborto. Preferentemente la misma se realiza a los diez días de llevado a cabo el procedimiento. (Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. MSP; 2016)

Cabe aclarar que la 4ta consulta nombrada como IVE 4 y los análisis de paraclínica o ecografías son recomendaciones técnicas que incluye la guía técnica antes mencionada para mejorar la atención y minimizar riesgos, pero no tienen carácter obligatorio. La ley en sí misma establece la despenalización del aborto de cumplirse las condiciones, en tres etapas y 5 días de reflexión.

A partir de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, nuestro país es reconocido internacionalmente por el cumplimiento en lo que refiere a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, la tasa de mortalidad materna ha disminuido significativamente, y dicha disminución se debe fundamentalmente a la reducción de abortos inseguros que era causa del 40% de las muertes maternas a principios del S. XXI. En dicho sentido Leonel Briozzo refiere:

*“La adecuación legislativa, sanitaria y de recursos ha sido determinante en la disminución de la mortalidad materna y neonatal en el marco de la integralidad de promoción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos en Uruguay.” (Briozzo et al.; 2020: 441)*

Las políticas de salud en lo que respecta al aborto que se definieron desde el Estado, se fundamentaron en el incremento de la mortalidad materna a causa del aborto inseguro, en el aborto como un acto médico ginecológico, en los valores y ética profesional, y en el derecho a la salud. (MSP; 2004)

Estas medidas buscaron que el sistema de salud se abriera a la realidad del aborto voluntario, en dicho sentido, el poder médico sería responsable de la regulación de su práctica, expresando un discurso tradicionalista en relación a la práctica médica y un discurso de expresión en el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos,

pero, es un reconocimiento a medias, porque las mujeres quedan limitadas a la intervención de un profesional que se encarga de valorar si la decisión de las mismas es aceptable desde una visión técnica. (López Gómez; 2016)

En este sentido, la cultura patriarcal vuelve a tomar cuerpo tutelando, desde el Estado y las instituciones hegemónicas, las decisiones de las mujeres que acuden a los centros de salud para poder abortar. Esto deja en evidencia que depende de las/os profesionales, técnicas/os y funcionarias/os de las instituciones de salud, si la mujer podrá efectivamente ejercer libremente su derecho a decidir sobre su cuerpo. Dicho tutelaje desde el Estado y desde el poder médico hegemónico, cercena de diversas formas el Derecho a la Intimidad de las mujeres; el mismo constituye uno de los XII Derechos Sexuales y Reproductivos; e incluye el derecho de la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo y sus funciones reproductivas sin interferencias arbitrarias. Este alude a la aparición de interferencias desde las instituciones que están involucradas en el proceso de decisión de la mujer, y atenta además contra el derecho a la información adecuada y oportuna, otro de los derechos sexuales y reproductivos consagrados, entendiéndolo como el derecho que tiene la mujer a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en lo que tiene que ver con su sexualidad y reproducción, en relación a beneficios, riesgos y efectividad de métodos de regulación de la fecundidad y sobre lo que significa un embarazo para una mujer en cada situación en particular. (IIDH; 2008)

## **Capítulo teórico - conceptual**

Con el objetivo de echar luz sobre el abordaje de este estudio, en el presente capítulo se definen las categorías conceptuales que dan cuerpo al análisis del mismo, teniendo como marco teórico de referencia los conceptos de ciudadanía, autonomía, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva, biopolítica, pandemia y sindemia.

### **Ciudadanía y autonomía**

El concepto de ciudadanía resulta de gran preponderancia cuando nos referimos a los derechos en materia de salud y a la efectivización de los mismos. En este sentido, Marshall, propone distinguir tres dimensiones en relación a dicho concepto: la civil, la política y la social. La primera se habría generado en el siglo XVIII, en donde se establecen los derechos necesarios para llevar a cabo la libertad individual, los derechos en relación a la propiedad y a la autonomía personal, especialmente el derecho al acceso a la justicia. Se trata del marco legal definido por la existencia de la ley, otorga a las personas derechos y deberes. La ciudadanía política se desarrolla fundamentalmente en el siglo XIX y abarcaría el derecho al ejercicio del poder político, de forma directa o a través del derecho a voto. Por último, la dimensión social de la ciudadanía se estaría construyendo desde el siglo XX, para Marshall, la ciudadanía social implicaría la universalidad de servicios asociados a derechos tales como educación y salud. (Suárez; 2013)

Analizar la ciudadanía desde una perspectiva de género implica pensar la misma como una construcción socio histórica por la que se ha excluido sistemáticamente a las mujeres de los procesos de decisión y el acceso a su autonomía, albergadas por un Estado paternalista reproductor del modelo hegemónico que posterga los derechos de las mujeres, al tiempo que les asigna roles en el ámbito de lo privado jerarquizando su función reproductora desde el punto de vista de lo biológico. En este sentido, la maternidad se vuelve un ideal, configurada como un mandato social. Este mandato



conlleva a maternidades forzadas que condicionan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo de forma autónoma.

El proceso de construcción de las ciudadanías que han sido restringidas, como las que les han correspondido a las mujeres, ha ido de la mano con los procesos para conquistar la autonomía. Atendiendo dicha temática, Hana Arendt, analiza el ámbito de la vida privada como un lugar de privación y no como espacio de privacidad. En el caso de las mujeres, esa privación tiene que ver con su salida al mundo público y la falta de autonomía a la que están asociadas sus responsabilidades en las tareas de reproducción y de cuidados, por lo cual el espacio doméstico configura el lugar donde están centralizadas las actividades y responsabilidades de las mujeres. (Arendt; 1988 en Ávila; 2000)

En dicho sentido, Giddens refiere que las mujeres son protagonistas en el espacio privado, en lo que refiere al ámbito familiar y llevando adelante el rol reproductivo. En el mismo sentido expresa que si el hecho de que las mujeres comiencen a ser visibles en la esfera pública genera una reestructura del concepto de democracia y de ciudadanía, la participación de los varones en la transformación de la vida cotidiana es de gran importancia. (Giddens; 1992 en Ávila; 2000)

La autonomía como concepto político, es entendida por la CEPAL como:

*“La capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles.” (CEPAL; 2011 en Benavente y Valdés; 2014:19)*

Las autoras refieren, por tanto, que la autonomía es un factor fundamental para dar garantías en el ejercicio efectivo de los derechos humanos. En el mismo sentido, tomando el concepto de autonomía con relación al concepto de género, ésta se define como:

*“el grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros. En tal sentido, hay una estrecha relación entre la adquisición de autonomía de las mujeres y los espacios de poder que puedan instituir, tanto individual como colectivamente. En realidad, el grado de autonomía de un sujeto*

*singular es inseparable del grado de autonomía del grupo social al que pertenece. Es decir, el grado de autonomía personal que una mujer pueda desplegar dependerá también de la autonomía posible de su grupo social y de aquella que las mujeres de la sociedad a la que pertenece hayan alcanzado". (Naciones Unidas; 2005 en Benavente y Valdés; 2014:19)*

En este sentido, cabe hacer referencia a la construcción de género y a la creencia de que los comportamientos que desarrollan las personas son naturales, y que están determinados biológicamente y, por lo tanto, no son modificables; como consecuencia, es común pensar que los roles asignados a mujeres y varones son inmutables. Podemos decir que las diferencias de género no son un resultado de lo natural o biológico, sino una realidad aprendida o construida social, cultural e históricamente. Bourdieu (2000), explica que se ha biologizado lo social y socializado lo biológico, esto es un trabajo que se realiza colectivamente y es lo que ha ocurrido con la construcción social del género. Dicha construcción se biologizó y por ende su significado se adjudica a la naturaleza y desconoce que las personas sumidas en las diferentes culturas son las reales creadoras. Los estereotipos de género, entonces, se van generando, ya que los roles femeninos y masculinos son contruidos socialmente y asociados específicamente a tareas que se le confieren a cada persona según su género. (Bourdieu; 2000 en Rosado; 2020) El rol reproductivo es un rol asignado a las mujeres fundamentado en la construcción social de género que da lugar al trabajo reproductivo y genera la división sexual del trabajo. La misma está referida a la forma en que cada sociedad se organiza y genera la distribución del trabajo entre mujeres y varones, según los roles de género establecidos. La distribución social de las tareas se genera a partir del sexo biológico y se divide en trabajo productivo y trabajo reproductivo; y es bajo esta perspectiva que se les asigna a los varones el espacio público o trabajo productivo y a las mujeres, el espacio privado o trabajo reproductivo.

Según El Observatorio de la Igualdad de Género de la CEPAL, la autonomía física se pone de manifiesto en dos dimensiones que expresan problemáticas sociales relevantes en la región: una es el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y la otra es la violencia de género. En dicho sentido, la CEPAL expresa que la autonomía física, significa para las mujeres, tener las condiciones para tomar libremente las decisiones que afectan sus vidas; para lograr conseguir dicha autonomía, se requieren diversas

cuestiones; por ejemplo, liberar a las mujeres de la responsabilidad exclusiva en la realización de las tareas reproductivas y de cuidado. Esto incluye que las mujeres puedan ejercer efectivamente sus derechos sexuales y derechos reproductivos. (CEPAL; 2010)

En tal sentido, Las Naciones Unidas expresan que:

*“...hay una estrecha relación entre la adquisición de autonomía de las mujeres y los espacios de poder que puedan instituir, tanto individual como colectivamente.”*  
(Naciones Unidas; 2005 en Benavente y Valdés; 2014:19)

## *Derechos Sexuales y Reproductivos - Salud Sexual y Reproductiva*

La comprensión de los derechos humanos siempre se ha visto influenciada por consideraciones sociales sobre las desigualdades de género. Hasta hace poco tiempo a nivel histórico, los derechos humanos no tomaban contacto con las realidades de las mujeres, no había una mirada puesta en la discriminación que sufrían; no se reparaba sobre los lugares a los que las mujeres no accedían, se justificaban diversas formas de violencias invisibles por ocurrir en el ámbito de lo privado; pero la creación de espacios de discusión a nivel internacional y regional, así como las declaraciones, conferencias y planes de acción, han posibilitado que se monitoreen acciones para la defensa de los derechos humanos de las mujeres.

Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de mujeres han contribuido a renovar la agenda de derechos, exigiendo el cumplimiento de los pactos y tratados internacionales. En este sentido, se visualizan dos conferencias que han sido protagonistas en lo que refiere al reconocimiento de los derechos de las mujeres y las obligaciones de los Estados en garantizarlos: La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en el año 1994 y la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en el año 1995. En ambas instancias, se urgió a los Estados, a analizar el impacto del aborto en condiciones inseguras en la salud de las mujeres, a asegurar el acceso a métodos anticonceptivos, al tratamiento del embarazo no deseado, garantizando información confiable y asesoramiento comprensivo. (Checa; 2006)

Además, en el mismo período de la historia cercana, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de Belém do Pará, llevada adelante en el año 1994 en Brasil, define a la violencia contra la mujer, como la violación a sus derechos humanos y exige la intervención del Estado en cualquier ámbito.

En dicho sentido explicita:

*“Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el*

*mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.* (Artículo 2 “Convención Belem do Pará; 1994)

Sin embargo, cabe destacar que las mujeres de la mayoría de los países de América Latina no viven en condiciones de igualdad, las mismas ejercen su ciudadanía de forma restringida al no tener garantizado el control sobre su cuerpo y no poder decidir libremente en lo que tiene que ver con su sexualidad y su reproducción. En este sentido es importante aseverar que los derechos sexuales y reproductivos no significan lo mismo, pero son interdependientes.

En la Plataforma de Acción de Beijing se expresa que:

*“...los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.”* (Informe de la 4ta. Conferencia Mundial sobre la Mujer; 1995:38)

El derecho a decidir sobre la vida reproductiva debe pensarse como un tema central de democracia, con implicancias transcendentales en la actualización del marco conceptual de derechos humanos, base de las políticas que no son influenciadas por creencias, religiones o filosofías particulares de personas, grupos o colectivos.

*“...los derechos sexuales y reproductivos implican una ampliación conceptual y práctica de derechos y de ciudadanía, de asignación de prerrogativas a esferas de la vida humana”.* (Correa; 2003:21)

Los derechos sexuales y reproductivos, han sido reconocidos como parte integral de los derechos humanos. Se los suele nombrar en conjunto porque están vinculados, pero en

ocasiones se hace énfasis en lo reproductivo y se desconoce lo sexual; resultando más tolerable el reconocimiento de la dimensión de salud y reproducción que la de sexualidad y derechos. Los derechos sexuales y reproductivos tienen dos niveles, el nivel de la decisión personal, que se sostiene por la libertad individual de decidir sobre la vida sexual y reproductiva, y el nivel social de los derechos, donde debe garantizarse que la libertad individual efectivamente pueda ejercerse. Las garantías tienen que generarse socialmente y a su vez ser respaldadas por el Estado. (Abracinskas y López Gómez; 2004)

En este sentido, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) se expresa sobre la integralidad de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en relación a los derechos humanos y además pone de manifiesto que su ejercicio es esencial para ejercer otros derechos fundamentales y alcanzar la eliminación de la pobreza, y que la educación y la atención en salud son fundamentales para cumplir el objetivo de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva, por otra parte expresa que la mortalidad materna es mayoritariamente prevenible, ya que en gran medida se genera debido a la dificultad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a la realización de abortos inseguros. (CEPAL; 2013) Por lo tanto, refiere el Instituto Interamericano de Derechos Humanos que hay un reconocimiento de que la protección de la salud sexual y la salud reproductiva solo se logra a través de dar garantía a los derechos humanos que están relacionados a la reproducción, la sexualidad y la afectividad. (IIDH; 2008)

En el entendido de que las mujeres tienen la plena capacidad y el derecho a decidir sobre sus cuerpos, nadie debería poder imponer ni su moral ni su religión en las decisiones que les competen. Así es que, Virginia Vargas plantea ver la lucha por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, no solo como derechos de las mujeres sino como parte de la construcción de la ciudadanía de las mismas. (Vargas; 2002) En el mismo sentido sostiene Giulia Tamayo, que el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres genera límites a la acción patriarcal y paternalista y permite revelar, erradicar y denunciar cualquier intento de dominación y subordinación sobre las mujeres despojándolas de la titularidad de sus derechos. (Tamayo; 2001 en López Gómez; 2016)

Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez (2006) hacen referencia a que luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) se comenzó en Uruguay a reconocer a los derechos sexuales y reproductivos como política pública de salud; esto sucede a partir del año 1996; previamente lo que predominaba era el enfoque materno infantil y por lo tanto se ubicaba a la mujer en su rol de madre, centralizando la atención en embarazo y parto, y en la díada madre e hijo. Esto, refieren las autoras, hizo que se invisibilizaran otros aspectos de la salud integral de las mujeres, y se desconociera la responsabilidad de los varones en las decisiones reproductivas. El Estado a partir del momento en que se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, adquiere un triple rol como protector, garante y responsable de generar las condiciones para que, sin discriminación alguna, todas las personas, puedan efectivamente hacer ejercicio de sus derechos. (Abracinskas y López Gómez; 2006)

## **Biopolítica - aborto**

Michel Foucault en la década del '70, desarrolló tres conceptos que han sido especialmente relevantes en las ciencias sociales: biopolítica, biopoder y gubernamentalidad.

El concepto de biopolítica nos aporta una forma de comprender cómo se genera la organización y el gobierno de nuestras vidas. El estudio de la misma surge como un campo de análisis de las formas de gestión de vida que lleva adelante cada gobierno. La biopolítica nos permite entender fenómenos sociales en que el eje fundamental es la intervención del Estado sobre el cuerpo de las personas. (Barajas Ramírez; 2017)

Por lo tanto, vivir en el marco de un dispositivo biopolítico según Cristina López (2013), implica que factores humanos como la fecundidad, la longevidad y la morbilidad cobran interés y son regulados a nivel político. En dicho sentido refiere que la biopolítica, según Foucault, vino a transformar el modelo soberano de ejercicio del poder.

Al decir de Foucault:

*“La biopolítica tiene que ver con la población, y la población como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y como problema de poder...aparece en ese momento.” (Foucault; 1974:218)*

En este entendido; *“...el cuerpo es el lugar donde se encuentran el dominio y el saber, donde se recibe la fuerza del poder, el castigo. El cuerpo se disciplina, es un instrumento de control. Por lo tanto, a partir de dicho análisis de Foucault podemos ver la forma en que el gobierno mediante políticas públicas decide sobre la vida o la muerte de las poblaciones. (Foucault; 1975 en Barajas Ramírez; 2017: 175)*

Foucault, en su libro “Tecnologías del yo” propone distinguir cuatro tipos de tecnologías: las tecnologías de producción, las tecnologías de sistema de signos, las tecnologías de poder; y finalmente, las tecnologías del yo. En dicho texto, Foucault se



propone avanzar en el estudio del vínculo entre las tecnologías de poder y las tecnologías del yo. Por tecnologías de poder se entiende a las tecnologías que determinan la conducta de los individuos, los someten para llevar a cabo cierto fin o ejercen sobre ellos cierto tipo de dominación; consiste en una objetivación del sujeto.

Las tecnologías del yo para Foucault:

*“...permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos” (Foucault, 1990:48)*

La práctica del aborto es un hecho social inserto en el ámbito de lo privado, tanto en lo que refiere a lo material como a lo simbólico. La división entre lo público y lo privado, refuerza las relaciones de género que depositan a las mujeres en un lugar de subordinación. La culpa, traducida en censura social, es la herramienta por la cual se evita que tome estado público. Dicha culpa funciona como un instrumento de poder que mantiene a las mujeres en soledad, haciéndose cargo de su propio aborto. (Rostagnol; 2014)

La despenalización del aborto ha llevado gran parte de la lucha feminista a nivel mundial. El reclamo de su legalización fue reiterado en el espacio político; muchas veces haciendo énfasis desde el enfoque de la medicina, tomando como tema central la mortalidad materna, o haciendo foco sobre las condiciones socioeconómicas; *“...pero con una débil presencia del sujeto social que aborta. Esto ha debilitado el alcance emancipador del derecho a decidir como parte de la autonomía de las mujeres...Cada vez que la temática del aborto ha ocupado el debate público, se han abierto profundas discusiones; por un lado, la cultura patriarcal que pretende mantener el control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres y su capacidad reproductiva, y por otro la perspectiva emancipadora que defiende la libertad de decidir.” (Johnson et al.; 2015:3)*

La cultura patriarcal, se ha concentrado en el control de los cuerpos y la reproducción; por lo que el aborto cuando es voluntario, o sea una decisión de la mujer, representa un quiebre a ese control. Cuando las mujeres reclaman el derecho a decidir abortar, realizan

un acto subversivo y revolucionario, que las coloca como protagonistas en el control de sus cuerpos y por lo tanto de su reproducción. Cuando el aborto se visualiza como un problema de salud pública, y la necesidad de legalizar su práctica se fundamenta en la mortalidad materna, ya no está la mujer decidiendo sobre su cuerpo, sino que el sistema médico está decidiendo lo más conveniente para esa mujer. (Rostagnol; 2014)

En este sentido, Bourdieu plantea que la dominación masculina genera un orden y una estructura en el campo de la salud. Dicha dominación, está situado en el inconsciente, en las instituciones de la sociedad, en las estructuras simbólicas y se reproduce mediante formas de coerción y de consentimiento. Desde esta perspectiva, se puede analizar cómo se instituyen, persisten y se reproducen las prácticas violentas hacia las mujeres en las instituciones de salud como parte estructural y fundamental de un campo médico autoritario. En este sentido, Alejandra López Gómez expresa que es relevante comprender el modo en que se estructura y opera el campo sanitario y el habitus profesional, y el modo en que éste, acepta, genera una resistencia o transforma el discurso y la forma de concebir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (López Gómez; 2016)

### **Pandemia por SARS-COV-2 - sindemia**

*“La nueva enfermedad SARS-COV-2, anunciada como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del año 2020, es una nueva cepa de coronavirus que fue reportada por primera vez el 31 de diciembre del año 2019 y puede provocar enfermedades respiratorias, que van desde un resfriado común hasta enfermedades más severas que pueden ser mortales”. (UNFPA; 2020: 3)*

En este sentido, es importante destacar y problematizar el hecho de que las enfermedades en general afectan a las mujeres y a los varones de forma diferente, es así que las epidemias exacerban en mujeres y niñas las desigualdades que existentes, así como también en otros grupos marginados. No reconocerlo y construir respuestas públicas que las desatienden, implica asistir a una "ceguera de género e interseccional", dado que las políticas no son neutrales.

En dicho sentido la AWID refiere:

*“La interseccionalidad es una herramienta analítica para estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se cruza con otras identidades y cómo estos cruces contribuyen a experiencias de opresión y privilegio” (AWID; 2004:1)*

Las mujeres no son todas iguales, las mismas presentan diferencias entre sí; por nivel socioeconómico, origen étnico-racial, pertenencia territorial, orientación sexual, edad, situación de discapacidad, etc. Algunas de estas tienden a agravar las desigualdades de género, y cuando se presentan varias de ellas de forma conjunta, se agudizan las asimetrías ya existentes. Las diversas formas de discriminación se encuentran interrelacionadas y no deberían verse por separado. En este sentido, es importante abordar la realidad desde una mirada integral. Dicha interrelación de desigualdades ha de estar reconocida explícitamente en el diseño y ejecución de las políticas públicas, para así lograr pensar medidas específicas para los grupos excluidos y promover el desarrollo con base en la igualdad.

Así es que, cabe señalar el concepto de Gender Mainstreaming o transversalidad del género; el mismo es un proceso estratégico, no configura un fin en sí mismo, el fin es la igualdad, en dicho sentido podemos entender que de cierta manera representa un instrumento estratégico para alcanzar la igualdad. En este sentido, se reconoce a la desigualdad como problema público.

Evangelina García Prince refiere sobre la transversalidad de género que:

*“Es un proceso estratégico para alcanzar la igualdad de género. Refiere a la orientación que brinda el principio de igualdad y el sentido hacia el cual se debe encaminar la intervención pública para garantizarlo. Para el cumplimiento de sus fines, se debe reconocer que las desigualdades son un problema público y la eliminación de estas debe ser la referencia y la guía para la actuación estatal. Se debe impregnar en todos los niveles de la gestión estatal y asumirse en todos los procesos de la política pública, desde el inicio en el diseño, hasta en la ejecución y su posterior monitoreo y evaluación.”* (García Prince; 2008 en Gutiérrez y Cal; 2021:13)

Ante esta situación, en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, es importante hacer énfasis en la salud de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos. Ya que enfrentamos una crisis, que llegó a Latinoamérica y el Caribe en un contexto estructural marcado por fuertes desigualdades sociales. (Napoliti y González; 2021) En este sentido, la respuesta de emergencia a la pandemia por SARS-COV-2 hace que los recursos destinados para los servicios de salud sexual y reproductiva puedan llegar a desviarse con el propósito de hacer frente a la misma. Este desvío, como han evidenciado diversas investigaciones empíricas, se visualiza en un incremento en la mortalidad materna y neonatal, un incremento en las necesidades de planificación familiar que no llegan a satisfacerse y un aumento en el número de abortos inseguros, así como de infecciones de transmisión sexual. (UNFPA; 2020)

Los efectos del cierre de los servicios de salud sexual y reproductiva sobre la calidad de vida de las mujeres habían sido advertidos por instituciones como: ONU Mujeres, OEA, UNFPA, OMS. La necesidad de que la respuesta a la pandemia no lesionara esos derechos fue enfática, pero desde el 11 de marzo del año 2020, la atención prioritaria a pacientes con COVID-19 y la estabilización de la tasa de contagios pasaron a encabezar la agenda política a nivel mundial. (Napoliti y González; 2021)

En nuestro país se decreta la emergencia sanitaria el día 13 de marzo del año 2020, hecho que marca un antes y un después en la cotidianidad de la ciudadanía y en cómo la misma fue afectada por las medidas adoptadas por el gobierno; las restricciones refieren al distanciamiento social y las exhortaciones de las autoridades a “quedarse en casa”. En este sentido, el impacto sanitario de pandemia por SARS-COV-2 ha de generar según UNFPA una serie de problemas de salud, y sobre todo en lo que tiene relación con la salud de la mujer y con los derechos sexuales y reproductivos. (UNFPA; 2020)

En cuanto al derecho al aborto legal, los problemas de salud sexual y reproductiva se verían traducidos en los retrasos para acceder a los servicios, lo que podría visualizarse en una tardía captación de la mujer con intenciones de interrumpir su embarazo más allá de las 12 semanas de gestación; así como también, en el aumento de la telemedicina que podría tender a disminuir la confianza en el sistema y aumentar el riesgo de autoexclusión de este. Según la Revista Médica del Uruguay que analiza el impacto que podría tener la pandemia por SARS-COV-2 en los derechos sexuales y reproductivos, refiere que la misma impactaría en lo que refiere al acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos y sobre los servicios que aseguren el poder ejercerlos, lo cual genera una invisibilización de los mismos, quedando opacados por la paranoia informativa relacionada al COVID - 19. (Briozzo et al.; 2020)

Cabe poner de manifiesto el término sindemia que combina el concepto de sinergia y epidemia. En una sindemia los factores del contexto adquieren especial relevancia, ya que son la condición que contribuye a que de la interacción de dos enfermedades o condiciones de la salud confluya una nueva condición más grave que la suma de las dos anteriores. En Latinoamérica y El Caribe las condiciones de desigualdad estructural enmarcan una interacción desfavorable entre el SARS-COV-2 y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Los resultados son determinados por factores que son externos a su decisión por lo que pueden significar vulneraciones a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. (Napoliti y González; 2021)

Ante dicho panorama sanitario contextualizado por una pandemia a nivel mundial, es de relevancia traer a la memoria más que nunca el planteo de Alejandra López Gómez, que hace énfasis en que:

*“...concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, deseante, sociocultural, histórico, político y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, así como en las propias prácticas de las profesiones involucradas.” (López Gómez; 2016:4)*

Sólo si se efectivizan esos cambios y se reconoce a las mujeres como sujetos de derechos, las mismas podrán conquistar su autonomía, es decir, que podrán ejercer plenamente su derecho a decidir sobre sus cuerpos, y apropiarse de la Ley de “Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva” y la Ley de “Interrupción Voluntaria del Embarazo” como garantes de ese derecho.

En este sentido, cabe hacer referencia a que la lucha que se lleva adelante por el derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos no consiguió que el aborto esté despenalizado en Uruguay; a cada paso hay que dismantelar barreras, y presiones sociales que constantemente vulneran los cuerpos y las vidas de las mujeres. Así es que, la conquista de la autonomía de las mujeres en lo que respecta a la decisión sobre sus cuerpos, tiene una dimensión legal y una de política pública; pero, además, se configura una dimensión más profunda y arraigada que tiene que ver con otro tipo de despenalización, una, que no es legal sino cultural, y que hace a la derrota del patriarcado en las prácticas sociales cotidianas.

## Capítulo metodológico

El diseño de investigación significa tomar decisiones a lo largo de todo el proceso. Por este motivo, el diseño no queda estático a través de un modelo que sirvió una vez, sino que se sigue creando. (Fuentes; 2016) Durante el recorrido, fundamentalmente, es a partir de los emergentes del trabajo de campo, que redimensionan y permiten ajustar los supuestos de partida, así como incorporar, a través de un proceso inductivo, nuevas dimensiones producidas. (Valles; 1999)

La metodología utilizada para llevar adelante esta investigación toma como herramienta un modelo conceptual que aportará al análisis desde una mirada integral y holística; el mismo es el Modelo Ecológico Multidimensional que fue desarrollado por el psicólogo Urie Bronfenbrenner (1979). *“...el mismo concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y ordenadas en diferentes niveles...cada una de ellas está dentro de la siguiente y se parte de la premisa de que para analizar a una persona es indispensable estudiarla en relación con los diferentes contextos en que se encuentra inmersa, junto con esas estructuras”.* (Sánchez y Rosales; 2017:123)

Dichas estructuras seriadas se denominan macrosistema, exosistema, mesosistema y microsistema. Es un modelo considerado explicativo por lo cual se utilizarán sus principios para realizar un análisis de los diferentes sistemas en interacción que conforman el marco normativo de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y su implementación. Es en las interacciones, tensiones, alianzas, y contradicciones que se dan entre los diferentes sistemas donde se visualiza la potencialidad de este modelo. (Clavero; 2013)

En dichas interacciones se podrá analizar entonces el impacto de las políticas públicas y del marco normativo en la cotidianeidad de las personas, tomando contacto con los diferentes actores que forman parte de dichos sistemas interactuando con sus entornos inmediatos y a la misma vez siendo influidos por las diversas relaciones que se generan en otros contextos, teniendo de ese modo una mirada sistémica e integral de la realidad en torno al aborto en el marco de legalidad en nuestro país en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

En este sentido, Edith Olivares y Teresa Incháustegui plantean que:

*“Desde la perspectiva de la formulación de políticas públicas, la noción de modelo se utiliza para aludir al conjunto de componentes que deben integrar una ley o una política pública. Esto incluye los elementos teóricos y técnicos que definen, condicionan o afectan el problema público en cuestión, así como las propuestas para que los gobiernos desarrollen u organicen las acciones y distribuyan los recursos de autoridad, económicos, humanos y materiales destinados a atender el problema”.* (Olivares & Incháustegui; 2011:5)

Por lo tanto, utilizar el modelo ecológico para poder abordar y analizar la temática de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de pandemia por SARS-COV-2, es también formular elementos conceptuales, técnicos y metodológicos de dicha temática, reconociendo la problemática pública que implica el acceso al aborto legal y sus diferentes perspectivas, desde lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico.

Para lograr los objetivos de este estudio se desarrolló una investigación de carácter cualitativo, ya que la misma *“...es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas.”* (Marshall y Rossman; 1999 en Vasilachis; 2006:2) Esto propició la comunicación directa y horizontal para tomar contacto con las percepciones y la experiencia de las/os informantes calificados, tal cual se propuso en los objetivos de este estudio. La investigación capta la información de manera flexible y desestructurada. El rol de la investigadora, en este caso, es obtener una descripción holística o sea sistémica, abarcadora, integradora del contexto que se estudia; su lógica, sus arreglos, sus reglas explícitas e implícitas.

En este sentido, el diseño de esta investigación fue flexible, a fin de contar con cierta predisposición ante cambios que surgieron a lo largo de la misma. Durante el transcurso de la investigación, el modelo planteado posibilitó la apertura a lo inesperado, modificando los objetivos y dimensiones de análisis de investigación y los datos a recabar mientras se llevó adelante el estudio. Los datos producidos en este tipo de diseño son descriptivos; son las palabras de las personas entrevistadas, ya sea habladas, escritas y/o la conducta observable. En este entendido, se buscó capturar de forma



reflexiva el significado de la acción, teniendo en cuenta la perspectiva del sujeto. (Vasilachis; 2006)

Con respecto a las técnicas de investigación utilizadas en el estudio, la primaria fue la de las entrevistas a informantes calificadas/os. Éstas permitieron obtener los datos de interés, ya que se utilizó para recabar información de la experiencia de las/os entrevistadas/os en torno al problema abordado por este estudio. Se recurrió a la entrevista semi-estructurada como modelo, a fin de considerar en los temas a indagar, posibles nuevos elementos de interés que surgieran en el transcurso de las entrevistas. Los protocolos de entrevista fueron establecidos previamente, pero estuvieron abiertos a intercambios con las/os entrevistadas/os que fueran de interés al objeto planteado. (Batthyány y Cabrera; 2011)

Como técnica secundaria de recolección de datos, se recurrió al relevamiento de fuentes documentales, ya que las mismas se consideran elementos clave en el aporte de datos que complementen la información brindada por las entrevistas en profundidad. Los datos obtenidos en el relevamiento de la documentación mencionada fueron sistematizados, y posteriormente analizados para responder a las preguntas de investigación y llegar a lograr los objetivos propuestos en este estudio.

### *Criterio de selección de la muestra*

Este estudio se llevó adelante para poner de manifiesto prácticas y percepciones de diferentes actores institucionales y de organizaciones de la sociedad civil y así poder profundizar debates conceptuales, reflexionar y cuestionar la implementación de la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, en el contexto de pandemia por SARS-COV-2.

En dicho sentido se seleccionó como informantes calificadas/os al responsable del Programa de Salud Integral de la Mujer del MSP, a la presidenta de la Sociedad de Salud Sexual y Reproductiva del SMU, al presidente de la Asociación Civil “Iniciativas Sanitarias”, a una referente de la organización feminista “Mujer y Salud en Uruguay”, a ginecólogas que conforman el equipo de policlínica de IVE en el ámbito de salud público, mutual y privado y a una referente del colectivo feminista “Las Lilas”, colectivo de mujeres, que realiza acompañamiento y brinda información y asesoramiento calificado a mujeres que transitan el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Dichas/os actores se eligen para poder tener la visión de los diferentes sistemas, y así integrarlas/os para generar un nivel de análisis holístico e integral y así darle marco a la investigación. Por otra parte, se eligen para el análisis documental el texto normativo de la Ley N°18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, así como el documento de la “*Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo*” elaborado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y corregido en el año 2016 y los últimos informes elaborados por la organización feminista “Mujer y Salud en Uruguay” en el año 2021: “*Objeción de Conciencia en Cifras*” y “*Aborto en Cifras*”, así como el último informe elaborado en el año 2021 por la Colectiva Feminista “*Mujeres en el horno*” que analiza los datos recogidos en la atención a mujeres de la “*Línea Aborto información Segura*”.

## **Marco Analítico**

Para realizar el análisis se entendió fundamental poder relacionar los datos que fueron surgiendo en las diferentes entrevistas realizadas y documentos relevados, con los objetivos específicos, al tiempo que con las diferentes categorías de análisis planteadas en el estudio. Las categorías conceptuales elegidas para el análisis fueron: ciudadanía, autonomía, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva, biopolítica, pandemia y sindemia. Cabe destacar, que como se hace referencia en el apartado metodológico, se utilizó un modelo de análisis ecológico y sistémico. En dicho sentido, pudimos identificar los siguientes niveles para encuadrar este estudio, los mismos se ubicaron y se ordenaron desde los más cercanos hasta los más alejados tomando como eje central a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo en el marco de legalidad en Uruguay. Las categorías conceptuales y los diferentes sistemas se combinaron entre sí para analizar los datos que se obtuvieron dando paso a una combinación de variables y dimensiones que enriquecieron el estudio y lo profundizaron. Tomando el diagrama de los sistemas propuestos en el Modelo Ecológico Multidimensional de Bronfenbrenner (1979), el desarrollo de los mismos en relación a nuestro estudio se plantea del siguiente modo:

### **1. Microsistema.**

Es el nivel que localizamos más cercano a las mujeres que deciden interrumpir el embarazo en el marco de legalidad y estaría constituido en este análisis por las policlínicas del Primer Nivel de Atención e Interrupción Voluntaria del Embarazo, pertenecientes a los diferentes prestadores de salud. La relación vincular que tienen las mujeres con dichos espacios de atención de salud, es decisiva para lograr llevar adelante el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo y ejercer plenamente sus derechos. Las instituciones deberán a nivel territorial garantizar que la ley se cumpla en tiempo y forma. A su vez en este nivel colocaremos a las organizaciones sociales y colectivos feministas que recepcionan consultas, asesoran y acompañan a las mujeres que transitan por el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

## **2. Mesosistema.**

Está formado por las relaciones que se generan entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de modo que, por ejemplo, la manera cómo se relacionen las/os diferentes actores institucionales en los diferentes prestadores de salud y a su vez con el órgano rector, va a influir directamente sobre las mujeres y el ejercicio de sus derechos. Así como también los vínculos entre las organizaciones sociales con las instituciones de salud y con el órgano rector.

## **3. Exosistema.**

Está compuesto por los elementos que afectan a las mujeres que deciden interrumpir el embarazo en el marco de legalidad, pero que no tienen una relación directa con ellas, sino que ésta se produce de manera indirecta. Un ejemplo de exosistema en este estudio es el marco jurídico en el que se basa la implementación de la Ley N° 18.897 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”.

## **4. Macrosistema.**

Este nivel está definido por elementos de la cultura, el contexto socio político y los acuerdos internacionales de los que forma parte nuestro país en relación al compromiso del Estado de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

## *Análisis y resultados*

### *Cierre masivo y desinformación*

En primer lugar, cabe hacer referencia a que recurrentemente en el intento por identificar barreras y obstáculos en los relatos de las/os entrevistadas/os aparece la dificultad de acceso de las usuarias a los diferentes espacios de atención en salud por el cierre masivo de policlínicas de las Redes de Atención Primaria (RAP) en las primeras semanas de emergencia sanitaria. Si bien desde el Ministerio de Salud Pública se difundió un comunicado hacia las instituciones de salud sobre la esencialidad de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo con fecha del 20/03/2020, se entiende que el mismo no fue suficiente y eficiente para la implementación de la ley en el contexto de pandemia por SARS-COV-2. En dicho sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la suspensión de los servicios esenciales de atención fue una de las fallas en la respuesta de los sistemas de salud desde el principio de la pandemia, esto también fue señalado por otros organismos internacionales. (Napioti y González; 2021)

Asimismo, se evidencia el desconocimiento por parte de funcionarias/os médicas/os y no médicas/os y de las instituciones de salud del modo en que se debían generar las consultas de los procesos de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de emergencia sanitaria de pandemia de SARS-COV-2. Desde los relatos se expresa la disconformidad con el Ministerio de Salud Pública, quien, como órgano rector y responsable último de llevar adelante la política pública, no generó ningún mecanismo que apoyara con información y asesoramiento el trabajo de los equipos de las policlínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Así es que nos encontramos con referentes de diferentes policlínicas del ámbito público, mutual y privado que expresaron:

*“No hubo nada institucional desde el MSP en pro de asegurarse el cumplimiento de las políticas en salud sexual y reproductiva, no hubo nada formal. Siguió funcionando por la voluntad de cada uno de los servicios y equipos que trabajamos. A mi particularmente me escribieron dos veces de ONG de mujeres, pero*

*básicamente la consulta era si estaba funcionando el servicio IVE. No hubo nada desde Salud Pública.”*

*“En ningún momento se dice efectivamente como es que se va a hacer con esta temática tan importante para la vida de las mujeres, y del país porque transversaliza lo que tiene que ver con la reproducción, con la capacidad de decidir sobre tu cuerpo, sobre proteger la autonomía reproductiva, todo esto no está incorporado o por lo menos no se ha dicho públicamente cómo se va a hacer desde el Estado.”*

De las entrevistas se desprende que el órgano rector no ha tenido la voluntad política durante la emergencia sanitaria de generar espacios de intercambio ni mecanismos de información hacia las instituciones de salud, funcionarias/os, profesionales que trabajan en ellas, ni hacia la población en general para promover un derecho fundamental para las mujeres como es el aborto voluntario. En este sentido, podemos aseverar a partir de los relatos; que hay una clara omisión de las autoridades del Ministerio de Salud Pública en sostener los espacios institucionales que funcionaban activamente en administraciones anteriores, y que el contexto de emergencia sanitaria en la pandemia por SARS-COV-2 lo que hizo fue poner a la vista el desinterés de las autoridades en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres. Esto, atenta contra la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres y contra el derecho a la información para las mismas.

En este sentido, Amnistía Internacional en la campaña *“Mi Cuerpo mis Derechos”*, refiere que las decisiones que son derecho de las mujeres, se modificaron y se han convertido en algo que controlan los gobiernos. Algunos gobiernos permiten que otras personas tomen las decisiones por ellas, de algún modo tutelando las decisiones de las mujeres como el poder médico hegemónico. Además, afirma que algunos gobiernos incumplen su obligación de dar información y habilitar servicios a los que tienen derecho todas las mujeres. (Amnistía Internacional; 2021)

Asimismo, Susana Rostagnol afirma que el reconocimiento de los derechos no necesariamente va en consonancia con el reconocimiento de los sujetos titulares de los mismos; para que éstos puedan ejercer sus derechos es necesario que existan las condiciones habilitantes correspondientes. (Rostagnol; 2008)

Las autoridades sanitarias no han expresado la intención de promover y propulsar los derechos de las mujeres respecto a la salud sexual y reproductiva, por lo cual teniendo en cuenta a la autora podemos decir que no están dadas las condiciones habilitantes para que las mujeres puedan ejercer efectivamente sus derechos.

*“Desde el MSP no se quiso hacer nada con esto, se hizo lo que se pudo, no desde lo legal sino porque el que trabaja en esto se embandera por las pacientes y porque logren su objetivo, pero no porque hubo una orden de hacer las cosas bien hechas.”*

Los derechos humanos son derechos inalienables. El órgano rector de política pública debe garantizar su cumplimiento. Cuando no hay garantías desde el Estado, esos derechos se debilitan y no se llegan a ejercer universalmente en igualdad de condiciones. Cabe detenerse sobre eso, ya que, si como transmite la entrevistada, los procesos en las policlínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo dependieron de los equipos, y su capacidad de “embanderarse” con la causa, las mujeres que hayan accedido a los servicios seguramente hayan quedado a merced de ello.

Cabe poner de manifiesto dos visiones contrapuestas de referentes entrevistadas de diferentes policlínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en relación al trabajo en las mismas, ya que están directamente relacionadas al modo como la mujer transita por su proceso de aborto.

*“Lo que desde ya te digo es que información no hay. En realidad, lo que ha habido es un episodio de desinformación intentando plantear la discrecionalidad con la que se hace la atención de la interrupción voluntaria de embarazo que es absolutamente mentira.”*

*“...los servicios de Salud Sexual y Reproductiva son muy persona-dependientes.”*

En este sentido, preocupa que el órgano rector se muestre omiso en su desempeño como autoridad del Estado, en la regulación y evaluación de la política pública y que no haya control del funcionamiento del proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo en los

diferentes centros de salud para garantizar a las mujeres su derecho. Si los servicios funcionan con discrecionalidad o son “muy persona-dependientes”, como refiere una de las entrevistadas, las mujeres corren riesgo de no poder acceder a sus derechos efectivamente. No hay garantías desde el Estado, porque en última instancia, sus derechos dependerán de las personas que estén trabajando en el servicio de Interrupción Voluntaria del embarazo al que la mujer asista. En dicho sentido se cita un ejemplo que relata una entrevistada que da cuenta de la forma en que ella se desempeñaba cuando surgían obstáculos en el proceso. Pero cabe preguntarse si todas las personas que están en la ruta del proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo generan acciones como esa o no.

*“...cada equipo hizo lo mejor que pudo y ahí dependerá de la institución en la que trabaja y cuanto apoyo tuvo, yo puntualmente cuando se me trancaba una ecografía, porque no había ecografista, llamaba a mi jefe superior y le decía: la ley dice que en 48 -72 hrs. la mujer tiene que tener la ecografía hecha, ahí venía la orden más de arriba, porque yo le insistía a mi jefe.”*

En el contexto de emergencia sanitaria los servicios de salud variaron su formato de atención, modificaron rutinas, espacios, se incorporó la tele medicina, pero en relación a lo que tiene que ver con los servicios de Interrupción Voluntaria del embarazo, hubo poca flexibilización de los protocolos y si se lograron realizar puntualmente fue por voluntad de las personas, no del órgano rector.

*“En el funcionamiento de cualquier otro servicio vos tenés la flexibilidad, te aplazo la consulta, pero te puedo atender igual, además en la lógica de que, si son servicios declarados como esenciales, tienen que funcionar como tal. En este caso no se flexibilizó, en el medio de la pandemia tenés que ir a hacerte una ecografía, a buscar el resultado, después juntarte con el equipo interdisciplinario, irte cinco días a pensar, volver a buscar la medicación, irte y luego volver. Es una exposición constante en un momento en el que se está llamando a no saturar las emergencias porque hay una pandemia por COVID. Es grave la situación y no existió una flexibilización. Hubo unos casos de buenos ejemplos, en donde el servicio territorial fue con la ambulancia hasta la casa de la persona que estaba con COVID, se cursó de una manera diferente, pero son casos aislados. La buena voluntad depende del equipo, no hay una línea clara. Se*



*podrían tener consultas en forma telefónica con el equipo interdisciplinario, que la medicación la pueda prescribir una ginecóloga, había muchas formas, que, además, desde la sociedad civil se extendieron estas propuestas, pero no hay una respuesta clara desde el gobierno que garantice que el servicio pueda seguir funcionando. Es decir, está funcionando, pero no con una política clara de cómo realmente dar una respuesta para que el acceso sea universal.”*

En dicho sentido, cabe hacer referencia a que las mujeres además corrieron riesgos de llegar tarde a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en relación a la cantidad de semanas de gestación permitidas por la ley para realizarse un aborto voluntario, porque no estaba disponible la información que las asesorara en materia de la disponibilidad de los servicios de salud en el contexto de la emergencia sanitaria. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud refiere que las mujeres que un aborto voluntario pueden sentirse en una situación de vulnerabilidad, especialmente frente a los servicios de salud y los profesionales de las mismas. Por lo tanto, los proveedores de salud deben ser un sostén para la mujer y en este sentido, poder brindarle información de modo que pueda ser entendida y recordada, y pueda así tomar su decisión libre de persuasión, coerción o discriminación. (OMS; 2003)

*“No hubo nada específico de transmitirle a la población, qué consultas se mantenían, entonces cuando en la pandemia nos llegaba tarde a nosotros o en algún caso quizás fuera de fecha límite ella te decía que era porque ella pensaba que no había consulta. La única publicidad era no vaya al médico, evite ir a los hospitales, no se dijo en esta situación se mantiene la presencialidad. No hubo información específica.”*

*“Lo que nosotras sabíamos era que el gobierno había firmado un acuerdo de que los servicios de salud sexual y reproductiva fueran servicios esenciales, es decir que no iban a haber modificaciones en cuanto a la atención. ¿Qué paso?, ni los mismos equipos de Salud Sexual y Reproductiva sabían esto, te imaginarás la población en general...no hay ni en este gobierno ni en el anterior; campañas de promoción de los servicios. Los servicios funcionaron durante la pandemia, si, ahora si no le informas a la población de eso, es lo mismo que la nada...”*

Según El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), el derecho a la información es un derecho humano, es un componente del derecho a la libertad de pensamiento y expresión. Es el derecho que tiene una persona de poder buscar y recibir información de que tengan los órganos, entes y empresas públicas, exceptuando específicamente las situaciones en que la información tenga calificación de secreto de estado o de acceso restringido por la Constitución y/o por alguna ley. En este sentido se plantea que el derecho al acceso a la información es un derecho fundamental en un Estado democrático. Se constituye como un derecho que propicia otros derechos, ya que es necesario para poder ejercerlos de forma efectiva. (IIDH; 2021)

Por ejemplo, teniendo en cuenta la temática de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres tienen derecho a la salud sexual y reproductiva, y a poder llevar adelante un proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo en determinadas condiciones, pero no podrán gozar de los servicios que brinda el Estado para garantizar dicho derecho si no se les otorga la información sobre las características de atención de las policlínicas de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo y los pormenores del proceso de implementación de la ley. En el contexto de emergencia sanitaria de pandemia por SARS-COV-2, en que lo que se informaba mediáticamente era que no se llevarían adelante consultas presenciales, lo fundamental para garantizar que las mujeres accedieran a los servicios, y por lo tanto a su derecho, era hacer pública la información. Lo cual no sucedió.

Sin embargo, el propio Ministerio de Salud Pública refiere que:

*“Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello, nos acercamos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable. Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y el bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as de todas las etapas y circunstancias de su vida.” (MSP; 2005 en López Gómez; 2006: 26)*

En este sentido, visualizamos contradicciones en los dichos del órgano rector que ejecuta la política pública. Dichas contradicciones reafirman que las políticas públicas en relación a la salud sexual y reproductiva en nuestro país no son firmes, hay vacíos en

la ejecución de las mismas. La implementación no es llevada a cabo según las palabras escritas con sustento teórico en los manuales o guías de intervención. La ejecución demuestra que el Estado no tiene como prioridad los derechos de las mujeres en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva de las mismas.

En esta misma línea, aparece como obstáculo la falta de recursos humanos en los diferentes centros de salud por haber contraído el virus SARS-COV-2 o por estar en cuarentena. Dicha falta se reflejó en retrasos de los procesos en los casos en que no hubiera funcionarios que suplieran a los que estaban licenciados. Esto se visualiza sobre todo en los servicios de ASSE; y hace referencia a la falta de recursos humanos en el organismo que garanticen sin deficiencias la atención integral en salud. Dicha falencia fue expresada por el Sindicato Médico Uruguayo en el año 2020 así como en el año 2021 y 2022 en que se reclamó la falta de recursos humanos e infraestructura en diferentes centros de salud de ASSE del departamento de Montevideo, Canelones, San José, Rocha y Treinta y Tres. (Montevideo Portal - octubre; 2020, Diario del Este - julio; 2021, La Diaria - agosto; 2021, Diario El País - diciembre; 2021, Radio M24 - diciembre; 2021, Portal de Noticias Otra Cabeza - enero; 2022)

*“Cada servicio tiene su realidad, quizás en los sistemas de salud pública eso fue más complejo porque la paciente se atiende en un nivel periférico pide derivación, cuando venía a sacar hora no había administrativo porque estaban en cuarentena y eso quizás generó retraso. Las consultas de IVE siguieron funcionando capaz que fueron retrasos intraproceso que pueden haber complicado a alguna paciente, pero no en la generalidad por suerte el tema legal de que sea una consulta esencial hizo que cada servicio se la tenía que jugar como fuera para que siguiera funcionando.”*

### *Un regulador ausente*

Se resalta la inexistencia de protocolos a nivel del organismo rector en torno a situaciones de mujeres usuarias de las instituciones de salud que transitan por el proceso de interrupción voluntaria del embarazo y están en cuarentena por contacto con otros positivos o por ser ellas mismas las portadoras del virus SARS-COV-2, lo que vuelve a poner de manifiesto la responsabilidad del microsistema en soledad para poder llevar adelante la tarea sin ningún tipo de lineamiento por parte del Estado.

*“Nadie nos dijo qué hacer con las mujeres que transitaban la enfermedad, a mi puntualmente lo que me paso es que llamé al MSP a ver si había alguna recomendación con las pacientes COVID positivas, el IVE tiene una estructura tal que la paciente tiene que estar para firmar. Me puse en contacto para ver si ellos habían tomado alguna resolución, si podíamos hacer video llamadas o que mandara la firma por correo electrónico. Lo que nos dijeron es que no había nada formal, pero que yo hiciera lo que me pareciera. Los tiempos corrían y fuimos nosotras las que tuvimos que tomar la decisión, en mi equipo lo que hicimos fue en algunas situaciones puntuales, para que no se pasara la fecha, video llamadas muy artesanales, por ejemplo, que la mujer firmara el papel de consentimiento informado en cámara y nos mandara la foto en ese momento, todo muy artesanal. Ya que la tele consulta vino para quedarse podría ser un elemento a valorar en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, podría ser algo a considerarse formalmente y no dejarlo a la libertad de hacer lo que te parezca...”*

Ante dicho relato, preocupa que prácticamente todas/os las/os referentes entrevistadas/os, ponen de manifiesto que no hubo intención desde el Ministerio de Salud Pública para promover que funcionaran los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo y asegurarse el cumplimiento de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. Esto aparece como barrera para que las mujeres lleguen a acceder a los diferentes servicios y a la información necesaria para tomar conocimiento de cuáles son sus derechos. Si la ley se siguió implementando fue por voluntad de los servicios y equipos de los prestadores de salud y dependió casi exclusivamente de dichos equipos y su solvencia e idoneidad además del compromiso técnico de los

mismos, pero cabe cuestionarse si esa idoneidad y compromiso aparece en todos los equipos que trabajan en los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, lo que resulta en un riesgo para las mujeres, ya que el Estado, quien debería asegurar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, aparece omiso y cuando se posiciona frente a la temática no genera garantías para las mujeres de que los mismos vayan a poder ser ejercidos de forma efectiva. Asimismo, aparece la visión del gobierno de turno con un posicionamiento anti derechos, que en épocas de pandemia y emergencia sanitaria exacerba las desigualdades y las vulnerabilidades en relación al género como bien lo exponen cuando hablan del concepto sindemia, Napoliti y González (2021):

*“La sindemia tiene la peculiaridad de poner el énfasis sobre las formas en que los entornos sociales, especialmente las condiciones de desigualdad e injusticia sociales contribuyen a la agrupación e interacción de enfermedades, así como a la vulnerabilidad.” (Menderhall, E. (2020) en Napoliti y González; 2021:6)*

En ese sentido expresan las autoras que la salud sexual y reproductiva es una condición determinante para las niñas y las mujeres tanto a largo plazo como cotidianamente. En el caso de América Latina y el Caribe, las condiciones de desigualdad estructural dan marco a una interacción adversa entre la pandemia por SARS-COV-2 y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Los resultados son determinados por múltiples factores que en todos los casos son externos a su decisión por lo que pueden significar vulneraciones a los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

Cabe hacer referencia al Consenso sobre Población y Desarrollo de Montevideo (2013), el cual supone un acuerdo que reconoce y compromete a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y para ello es esencial, dar respuesta a la emergencia sanitaria teniendo en cuenta dicho acuerdo. Es de importancia preguntarnos si Uruguay como Estado parte, efectivamente lo ha hecho, y si las autoridades nacionales competentes en la gestión del sistema sanitario, se encuentran comprometidas con la salud de las mujeres.

La realidad y el contexto socio político ha modificado en Uruguay el lugar que se le han dado a los derechos sexuales y reproductivos según la administración o el gobierno de turno. Aparece en las entrevistas como la agenda de derechos se ha visto amenazada

producto del posicionamiento de las autoridades. En dicho sentido, Napoliti y González (2021) expresan que los obstáculos acontecidos en el contexto de emergencia sanitaria en relación al aborto voluntario, no sólo encuentran explicación en la gestión de la crisis por el contexto de pandemia, sino que además responden a acciones intencionales obrando en favor de la obstrucción en el acceso al aborto voluntario en el contexto de legalidad. En dicho sentido, se visualiza la intervención e incidencia de la contra movilización fundamentalista en distintos niveles institucionales.

*“...el tema es que ahora con una nueva administración de gobierno que tiene una visión distinta de los Derechos Sexuales y Reproductivos, porque directamente no los reconoce, porque no es solamente el Ministro, tiene que ver con un programa de gobierno...al principio de la pandemia el presidente declaró que el gobierno era pro vida, justamente en el periodo en el que se estaban desestabilizando a nivel sanitario los espacios presenciales...ahí es cuando más se hubiera necesitado que se reforzara... la diferencia que hubiera sido si en una de todas las conferencias de prensa que se hacían al comienzo de la pandemia, se hubieran utilizado unos minutos para informar sobre los servicios de Salud Sexual y Reproductiva e IVE en relación a su esencialidad. Desinformaban diciendo que evitaran ir a las consultas médicas. No hubo voluntad política de informar sobre eso. El presidente de ASSE, Cipriani, así como el Ministro Salinas se han declarado en contra del aborto, ellos sostienen “nosotros vamos a respetar la ley”, pero no es solamente respetando la ley, que ésta se cumple”.*

*“Yo creo que es una visión miope por parte del gobierno de no embanderarse de esta política pública, creo que ahí tiene mucho peso la novel bancada evangélica que pone la biblia por encima de la constitución y bueno los intereses políticos que esos sectores tienen que hacen que no se toquen temas tan sensibles para los sectores anti derechos.”*

*“En estos dos últimos años se ha insistido en el derecho de las mujeres a integrar los órganos de decisión, pero no se ha insistido en el derecho en las tomas de decisiones para la vida diaria. Entiéndase el derecho de dónde podemos apoyarnos en casos de violencia doméstica, dónde podemos apoyarnos en caso de IVE, de anticoncepción, del respeto a la orientación sexual. Creo que esto se ha trabajado bastante poco.”*

El gobierno actual liderado por el Dr. Luis Lacalle Pou no cuenta en el Programa de Gobierno 2020 – 2025 (2019) con temas de género referido a la salud sexual y reproductiva, ni tampoco a los derechos sexuales y reproductivos. Se entiende pertinente resaltar esto, ya que el contexto de pandemia por SARS-COV-2 configura un escenario complejo sin lugar a dudas, pero es de importancia analizar la voluntad política de las autoridades gubernamentales. El lugar para los derechos siempre debería ser prioridad de un gobierno, por lo cual, cuando hay omisiones en la ejecución de políticas públicas y la evaluación de las mismas, es necesario realizar un análisis en profundidad y hacer una valoración de si el Estado está incumpliendo con sus responsabilidades, ejerciendo violencia institucional, no garantizando la atención de salud sexual y reproductiva, y los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En este sentido, preocupa que no haya intención política de universalizar los servicios ni de realizar una evaluación de la normativa y su implementación.

En este sentido, inferimos que no es necesario derogar la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo para que haya en nuestro país actualmente políticas anti aborto. En los dos años de emergencia sanitaria han aparecido acciones u omisiones por parte del gobierno de coalición que hace que se presente la preocupación en la ciudadanía por la amenaza que se genera en Uruguay en relación a los derechos en general y específicamente a los derechos sexuales y reproductivos.

En dicho sentido, Napoliti y González refieren:

*“En Uruguay, donde la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo ha demostrado una disminución de la práctica desde que se legisló, el presidente de la República se manifestó en contra del aborto declarando que su gobierno tendrá una impronta “pro vida”. (Napoliti y González; 2021:11)*

Por otra parte, cabe destacar que a lo largo de todas las entrevistas realizadas se visualiza por parte de todas/os las/os referentes que las sensibilizaciones, capacitaciones, cursos o formación en torno a la temática de Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos son inexistentes en la actualidad. Aparecen espacios de formación generados desde la organización Mujer y Salud

(MYSU) con el Estado en algún momento desde que se implementó la ley, pero ninguna en la actualidad. Si queda expuesto que desde el ámbito académico se han generado movimientos en lo que respecta a la formación, pero no generadas desde el Estado.

En dicho sentido se explicita:

*“La Clínica Ginecológica A junto con la organización “Iniciativas Sanitarias” desarrollamos un curso muy importante sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos que tuvo una gran aceptación en el 2021 y estamos proyectando seguir avanzando en este tema. Desde el punto de vista académico sí hay movimiento en el ámbito de la salud, pero desde el punto de vista de la rectoría no.”*



### La agudización de las barreras

Por otra parte, las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones feministas sostienen que sigue habiendo obstáculos y barreras en algunos servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo que se exacerbaron en el periodo de la emergencia sanitaria por pandemia de SARS-COV-2.

*“Iban a emergencia mujeres y las rebotaban, diciéndoles que por la emergencia sanitaria solo se atendía casos de COVID-19, por aborto no se atendía, que sacaran fecha para cuando se abrieran las agendas nuevamente. Las mujeres acudían solicitando ayuda y asesoramiento, como no hubo comunicado público, solo de circulación interna institucional, cuando venían mujeres que tenían que ir a algún servicio, le compartíamos el documento para exigir que las atiendan, ese fue un mecanismo que desarrollamos como organización de la sociedad civil.”*

Esto último pone de manifiesto que el organismo rector no se encargó de generar espacios de comunicación asertiva hacia la ciudadanía con respecto a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, pero además se visualiza que desde los prestadores de salud tampoco hubo una intención de transmitir la esencialidad de los servicios, por lo que se genera una doble falta en el acceso a la información desde el macrosistema y el mesosistema de la institucionalidad directamente relacionada con la política pública, que atenta fuertemente contra el derecho de las mujeres a la información en relación a sus derechos sexuales y reproductivos en un contexto de pandemia a nivel global.

En dicho sentido se afirma:

*“...creo que lo que hay que hacer en una situación de crisis económica, social y psicológica además de sanitaria, es tener un mensaje claro desde la rectoría sanitaria de cuáles son los derechos inalienables que tienen las personas, en este caso las mujeres, con respecto a su salud. En ese sentido hubiera sido deseable una comunicación más clara de todos los derechos sexuales y reproductivos que están asegurados en nuestro país, que en definitiva es un país de avanzada en ese sentido.*

*Justamente, el sexto derecho humano que se estipula es la información con respecto a los servicios, y ese derecho hay que concretarlo con un mensaje inequívoco por parte de las autoridades. Creo que en el fragor de la pandemia no se mantuvo ese mensaje, pero que ya había disminuido como dije en el segundo gobierno de Vázquez. Hay que mantener siempre muy alto el nivel de información porque es un derecho fundamental de las mujeres y de toda la sociedad.”*

La falta de información calificada y el asesoramiento en relación a temas como los derechos sexuales y reproductivos sigue siendo para las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones feministas un gran debe y encuentran en dicha falta uno de los obstáculos más grandes en torno a la temática. Desde que comenzó a implementarse la ley de interrupción voluntaria del embarazo en el año 2013 las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones feministas han venido dando batalla contra la falta de información en torno a temáticas como la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. En dicho sentido se han gestado redes de acompañamiento y asesoramiento a mujeres como lo hizo la Colectiva Feminista “*Mujeres en el Horno*” fundada en el año 2008. En el año 2014 comienzan a trabajar en el asesoramiento y acompañamiento de mujeres a través de la “*Línea Aborto información Segura*”, la misma trabajó ininterrumpidamente hasta el año 2019. Según el último informe de la Colectiva “*Mujeres en el Horno*” (2021) realizado en base a la atención y asesoramiento a mujeres por la “*Línea Aborto: Información Segura*” hasta el año 2019, una de las barreras de acceso que aparece es el acceso a la información.

En dicho sentido refieren que la ley existente en nuestro país conlleva una serie de pasos y procedimientos que las mujeres deben realizar para poder acceder a un aborto dentro del sistema de salud. Estos pasos no son sencillos, sino que estipulan varias visitas al sistema de salud, agendas y consultas médicas y plazos que en ocasiones exceden las semanas de gestación estipuladas por la ley, obstaculizando el acceso al aborto por negligencia o cuestiones burocráticas. De este modo el acceso a la información se constituye como una barrera, al no contar con la información necesaria sobre el procedimiento y hacer valer el derecho del acceso al aborto y al asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Los hechos confirman en muchas ocasiones: informaciones erradas, costos inadecuados, mala praxis y negligencia de las y los distintos actores que forman parte del sistema de salud. (Colectiva “*Mujeres en el Horno*”; 2021)

Asimismo, han surgido más redes de contención de mujeres ya que las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones feministas se encontraban desbordadas por la cantidad de demandas de diferentes mujeres a nivel nacional. A fines del año 2020, con la situación la emergencia sanitaria a causa de la pandemia por SARS-COV-2, se genera una nueva red de contención y asesoramiento a nivel nacional, con referentes que acompañan y asesoran mujeres en 12 de los 19 departamentos de nuestro país, llamado Colectivo “Las Lilas”. Las mismas refieren:

*“En 2020 recibimos 120 mujeres solicitando asesoramiento y consultando sobre los pasos para poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Desde enero a agosto de 2021 monitoreamos a unas 150 mujeres y hubo picos importantes. Nosotras estamos recibiendo muchos casos de fugas o de desconocimiento de cómo funciona la ley.”*

Si bien aparece explicitado cómo debilidad el acceso a la información en cuanto a la temática del aborto, si la comparamos con la sobre información en lo que refiere al SARS-COV-2 en el periodo de pandemia; se hace expresa una denuncia en las/os entrevistadas/os a partir de la desinformación en relación a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de los años.

*“Hay algo que transversaliza toda la implementación de la Ley IVE que es la falta de campañas, la falta de formación en recursos humanos, la falta de información para afuera de que son servicios esenciales”.*

*“Yo creo que ahí hay un déficit importante, creo que esta política pública de interrupción del embarazo lo que implica es un cambio sociocultural muy importante y que debe ser acompañado de un mensaje inequívoco por parte del gobierno de turno. En el gobierno que me tocó integrar del presidente Mujica, este tema estaba en la agenda y permanentemente desde el MSP comunicábamos a la opinión pública sobre los avances y los problemas en la implementación y creo que eso fue parte del cambio cultural que se dio en un breve período de tiempo por lo cual para mí fue un cambio revolucionario. Ya posteriormente en el gobierno de Vázquez hubo una disminución de esta comunicación creo yo por falta de involucramiento más directo en esta política y eso es mucho más acentuado en este gobierno en el cual es un tema que se tolera, pero*

*no se promueve el empoderamiento de las mujeres y de toda la sociedad. Se tolera, se respeta podría decir por parte de algunos actores en particular, pero no se promueve y eso es un problema que se ve reflejado luego en que los sectores más vulnerados en sus derechos pueden tener mayores dificultades de acceso y/o de decisión de ejercer este derecho tan importante para la vida y para la salud y la felicidad de las mujeres, de la infancia y de toda la sociedad.”*

En este sentido, Leonel Briozzo refiere que la salud reproductiva tiene que ver con la posibilidad de disfrutar de una vida sexual placentera, que no tenga riesgos, poder elegir reproducirse en libertad y decidir cuándo y con qué frecuencia realizarlo, y asimismo involucra el derecho de las mujeres a tener el control de su salud. Por lo que para garantizar los derechos reproductivos es necesario contar con información de calidad sobre métodos anticonceptivos y sobre el acceso a éstos, así como con programas de atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto que permitan vivir la sexualidad con libertad, y tomar decisiones responsables y autónomamente sobre la vida sexual y reproductiva desde la información. (Briozzo; 2002 en Johnson et al.; 2011)

La temática de los derechos sexuales y reproductivos ha sido un territorio de disputa. Es en el ámbito político que se generan marcadas diferencias en relación a los ejes transversales en la agenda de derechos. Así vemos como el entrevistado expone las diferencias a su criterio en relación a los diferentes gobiernos desde que la ley está vigente. En dicho sentido, vemos como solamente en el gobierno del ex presidente José Mujica aparece de forma permanente la interrupción voluntaria del embarazo en la agenda del Ministerio de Salud Pública y por lo tanto del Poder Ejecutivo. Posteriormente, en el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez que asume el mismo en el año 2015, siendo presidente por segunda vez, esta agenda se modifica sutilmente y esto se traduce en la falta de intención en estimular y promover el derecho al aborto. Cabe aclarar que el Dr. Tabaré Vázquez fue quien vetó en el año 2008 los artículos referidos a la despenalización del aborto de la Ley N° 18.426 de “*Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva*”. Ya en la actualidad, con un gobierno declarado en contra del aborto y con reacciones anti derechos por parte de diferentes actores de la coalición, la promoción de espacios que aporten a la autonomía y construcción de ciudadanía en las mujeres estaría desestimado. Esto también es expresado por referentes de las organizaciones sociales y organizaciones feministas donde aparece un relato similar.

### *Lo que no se mide...La falta de seguimiento oficial y regulación estatal*

Otra complejidad que se presenta cuando se trata de indagar en torno al monitoreo y evaluación de la política pública es la falta de transmisión de datos oficiales desde el Ministerio de Salud Pública en relación a la cantidad de mujeres que transitan por los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cantidad de interrupciones realizadas y los causales de las mismas. Hay una coincidencia en que hay retrasos, falta de claridad, errores y contradicciones en los datos.

Las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública solo registran e informan públicamente a través de su sitio web el número de muertes maternas totales y la razón de mortalidad materna sin distinguir por causa, a pesar que este registro existe según lo reportado por las autoridades ante varias solicitudes de acceso a información que se han elevado. Cifras al respecto, de forma relativamente accesible, no se registran desde el año 2016, y solamente se encuentran mediante una búsqueda exhaustiva. En base a la información disponible no es posible medir el peso de las muertes por abortos realizados en condiciones inseguras, muertes por complicaciones en proceso de abortos espontáneos o en procesos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en la totalidad de las muertes maternas. (MYSU; 2021)

*“Algo que nosotros destacamos desde los informes, y los monitoreos que hizo MYSU en 2020 y 2021, es un gran problema con la información que está dando tanto el MSP como ASSE, se contradicen las cifras, hay errores de tablas, con sumas que tienen errores y pasó un año y al año siguiente tienen el mismo error. Hay temas muy problemáticos en ese sentido de que evidentemente, hay problemas para medir. El problema es grave.”*

La organización Mujer y Salud en Uruguay refiere que de los datos que están disponibles y de las respuestas que se han obtenido desde el Ministerio de Salud Pública y de ASSE por la solicitud de información, la misma se limita a la evolución de las cifras de aborto en el prestador a nivel general para el período 2013-2019. (MYSU; 2021)

*“Hubo una dificultad para acceder a los datos en tiempo y forma, hasta el 2019 se obtenían rápidamente, y hubo dificultades en el acceso en junio-julio de 2021; esto no nos parece adecuado porque desde el sector académico lo que hacemos permanentemente es reflexionar sobre esos datos para evaluar la evolución.”*

En el año 2020 fueron 9.915 abortos legales, cabe destacar que en relación al año 2019, fueron 295 menos, lo que representa un descenso del 2,9%. En este sentido, cabe hacer referencia que es el segundo año consecutivo en que las cifras de aborto en Uruguay se reducen, de acuerdo a la información obtenida por la organización MYSU en la solicitud de la misma hacia el Ministerio de Salud Pública. Pero la organización sospecha de dichas cifras, teniendo en cuenta que más de 100.000 personas cambiaron desde el prestador de salud mutual a ASSE durante la pandemia, y a pesar de dicho movimiento, los abortos en el sector público se han mantenido estables, al igual en el sector privado.

Por otra parte, según cifras del MSP, la tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos en el año 2020, se ubicó en 30,7%, el doble de las cifras de los años 2018 y 2019. Aparecen 11 mujeres fallecidas por razones que se vinculaban al embarazo, parto, cesáreas y aborto en el año 2020; y en los primeros seis meses del año 2021, se registraron 10 muertes de mujeres por esta causa. (MYSU; 2021)

En dicho sentido, la organización cuestiona que no existen campañas de comunicación que informen a la población sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de la legalidad en nuestro país. En el contexto en que estuvimos en el año 2020 y el año 2021 de crisis sanitaria, por la situación de pandemia por SARS-COV-2, este problema se vio agudizado y agravado en todo el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo; no se mantuvieron los horarios habituales de consultas y se suspendieron algunos servicios.

*“Se está aplicando desde el Observatorio los pedidos de información sobre la implementación de la ley, donde están los servicios, que servicios están funcionando, cuántas mujeres se han atendido, toda esa información. Por ley ellos tienen que tener relevada la información y hacerla pública, pero ante el hecho de que no la estaban haciendo pública se hace este pedido de información para el monitoreo del funcionamiento de los servicios. Tengo entendido que la última información oficial*

*desde el MSP, fue a fines de la administración anterior o principios de la actual, o sea son cifras de 2019, hay un retraso.”*

La Ley N° 18.987 en su artículo doceavo refiere:

*“...El Ministerio de Salud Pública deberá llevar un registro estadístico de: I) Las consultas realizadas en los términos previstos por el artículo 3°; II) Los procedimientos de aborto realizados; III) Los procedimientos previstos en los literales A), B) y C) del artículo 6°; IV) El número de mujeres que luego de realizada la entrevista con el equipo interdisciplinario deciden proseguir con el embarazo; V) Los nacimientos y cualquier otro dato sociodemográfico que estime pertinente para evaluar en forma anual los efectos de la presente ley. Las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán llevar sus propios registros de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. El Poder Ejecutivo reglamentará los datos que incluirán tales registros, la forma y la periodicidad en que las citadas instituciones comunicarán la información al Ministerio de Salud Pública.” (Ley N° 18.987. Artículo 12. Uruguay, Poder Legislativo; 2012)*

En este sentido, la organización Amnistía Internacional refiere en su Informe anual del año 2021, que las estadísticas vitales, publicadas anualmente por el Ministerio de Salud, son fundamentales para dar seguimiento a los embarazos infantiles y a otros temas vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. A los efectos de este informe, Amnistía Internacional Uruguay realizó varios pedidos de acceso a la información pública que fueron respondidos fuera del plazo previsto por la ley o con información incompleta. Las estadísticas vitales del año 2020 no fueron publicadas hasta julio del año 2021, y los datos de Interrupción Voluntaria del Embarazo relativos al año 2020, en agosto de del año 2021 aún no eran públicos. (Amnistía Internacional; 2022)

*“...no se generó una flexibilidad en el contexto pandemia, son muy intransigentes...en el informe aborto en cifras tiene una lectura por causales y por edad. Nosotras hacemos una crítica muy importante en lo que tiene que ver con la causal violación. La cantidad de abortos es absurda, el promedio anual es 3. Entonces*

*si, efectivamente están habiendo dificultades, no solamente en el funcionamiento sino también en el relevamiento de cómo están funcionando los servicios.”*

*“...ahí está el esfuerzo que hacemos desde las organizaciones de la sociedad civil, en intervención pública, tratar de llegar a la prensa, tratar de llegar a la opinión pública, pedir reuniones, poder hacer documentos e informes. De alguna forma frenar estos avances que buscan retrocesos o dentro de lo que se puede tratar de garantizar de que sigan, pero esto está siendo un esfuerzo desde la sociedad civil organizada que exige una respuesta clara desde el gobierno.”*



### ¿Objeción de conciencia o intereses creados?

*“La objeción de conciencia se fundamenta en los derechos de libertad de conciencia, pensamiento y religión, pero otros derechos pueden entrar en tensión con la práctica de objeción: los derechos fundamentales de las mujeres a su vida, a su salud, su autonomía, su dignidad cuando buscan acceder a servicios de interrupción del embarazo. Al tratarse de derechos de la misma jerarquía cualquier norma que busque regular la objeción en materia de aborto debe garantizar que cuando un profesional de la salud se oponga a hacer un procedimiento y niegue la atención a una mujer, debe tener límites, y por lo mismo no puede impedir la implementación de servicios de interrupción legal del embarazo. En este contexto, entendiendo el estado laico como la separación de las iglesias y el estado y la neutralidad del mismo para la formulación de políticas, se busca el desarrollo de argumentos sobre el pluralismo y la tolerancia.”*  
(*Cotidiano Mujer*; 2014:10)

Desde el fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) en el año 2015 que se genera a partir de la presentación de un recurso legal de 20 ginecólogas y ginecólogos de los 670 habilitadas/os para ejercer, en que se genera la anulación parcial del decreto que reglamenta la Ley 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, la objeción de conciencia se ha presentado como una de las mayores barreras u obstáculos en lo que respecta a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Así es que, en el Informe “*Objeción de conciencia en Cifras*” (2021), la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) hace referencia a varios datos que preocupan y que pueden exacerbar las complejidades en la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de pandemia por SARS-COV-2. En dicho sentido el 5 % de los servicios de todo el país tiene un 100% de médicas/os objetoras/es de conciencia. Además, no hay información oficial de dichos datos en 1 de cada 3 servicios. Por otra parte, de 81 servicios legales a nivel nacional solamente 56 tiene la información reportada y sistematizada. Las autoridades sanitarias no tienen conocimiento de quienes son las/os médicas/os que rechazan brindar servicio por ser objetoras/es de conciencia ya que el fallo del TCA contempla que sea un listado confidencial. Además, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), no puede chequear si un profesional objeta en una institución y no en otra, lo cual no estaría permitido.

En dicho sentido se expresa:

*“...no hay forma de saber si un objetor, objeta en una institución y en otra no. Eso es grave. Aparte, no se sabe de forma clara la cantidad y en donde están, porque no todos los servicios están relevados. 1 de cada 3 de los servicios no tiene información sobre los objetores de conciencia.”*

*“...no hay una lógica clara sobre todo en no exponer a las usuarias que van a acceder al servicio y se tienen que exponer a encontrarse con objetores de conciencia, vos accedes a cualquier ginecólogo y te podés encontrar con un objetor de conciencia. En esos casos hay que derivar, y eso no se da, te termina atendiendo la administrativa, el ecografista, hasta la farmacéutica. Nos han contado situaciones en que, hasta la farmacéutica, que cuando le van a dar la medicación pregunta: ¿estás segura de lo que vas a hacer? Así de crudo y brutal es el rechazo a esta práctica y la violencia que tienen que sufrir las usuarias cuando van a atenderse, y no hay un lineamiento claro sobre cómo se procede en estos casos. Se supone justamente que lo que hay que garantizar es el derecho de acceder a la práctica.”*

*“La objeción de conciencia sigue siendo un obstáculo en el país y ahora está supra incentivada, tenés el presidente de la República que se dice pro vida, el presidente de los servicios de ASSE y después las responsabilidades que van asumiendo el resto de las autoridades, y eso no garantiza nada.”*

En este sentido, vemos preocupación en las/os entrevistados sobre la objeción de conciencia como barrera implantada de expresión de rechazo del aborto y la ley que lo legaliza. Además, se refiere en algunas entrevistas a las posiciones que condenan los derechos sexuales y reproductivos por razones de ideología o de religión intentando dar discursos moralizantes que juzgan y culpabilizan a las mujeres por tomar decisiones sobre su sexualidad.

*“Se denunció por parte de las organizaciones de la sociedad civil que se nombrara a la Dra. Gabriela Fischer como responsable de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva de la RAP Metropolitana sabiendo que es una médica ginecóloga pro vida y además hay denuncias administrativas por haber obstruido un*

*proceso de IVE...lo que estamos incentivando mucho más ahora es la denuncia administrativa en el prestador de salud, en atención al usuario. Primero se denuncia en el prestador de salud y luego en el MSP, estamos promoviendo que se hagan en conjunto. Lo que se lee desde el MSP es que como no hay denuncias está todo bien, y es una lectura errónea por parte de las autoridades.”*

Según Ana Cristina González (2014) el ejercicio de la objeción de conciencia no debería poder impedir la implementación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo en el marco de legalidad, no debería poder ser una barrera o un obstáculo para el acceso al derecho de las mujeres a abortar y no debería ser un impedimento para los profesionales que estén dispuestos a cumplir la ley y a seguir los mandatos de su conciencia, pudieran llevar adelante su tarea. En este sentido, propone pensar sobre los límites del ejercicio de la objeción de conciencia, así como, en la importancia del compromiso de conciencia en llevar adelante la prestación y la no discriminación. Asimismo, destaca la aparición de la objeción de conciencia como forma de disfrazar las barreras. En dicho sentido expresa:

*“El desequilibrio del ejercicio de la objeción ocurre cuando los objetores tratan de limitar el derecho a un aborto, convirtiendo la objeción en una barrera. Por ejemplo, objetan en el sector público y no en el privado, no hacen un proceso de conciencia, no lo expresan públicamente, no informan, no remiten, objetan en forma colectiva, institucional o incluso territorial”. (Cotidiano Mujer; 2014:9)*

Las/os entrevistadas/os refieren:

*“En lo personal a pesar de respetar la parte de los servicios que tienen objeción de ideario creo que es una barrera que se mantiene. Y el otro tema que creo que habría que avanzar es con respecto a mantener una vigilancia muy estricta sobre la objeción de conciencia siendo yo uno de los que considera que la objeción de conciencia es un derecho de los profesionales, pero creo que hay todavía grandes sectores de pseudo-objeción u objeción por conveniencia, y eso es anti ético y tendría que ser un poco más vigilado por parte de la rectoría y la academia.”*

*“Denota una estrategia de reacción ante el avance inminente de que se estaban logrando leyes porque no solo pasó acá, y la objeción de conciencia está siendo un obstáculo grave. Esto es una reflexión que cuesta porque tiene que ver con la libertad individual, la libertad filosófica, ética, pero que en el trasfondo en los análisis que hemos hecho sobre quiénes son los objetores de conciencia y por qué objetan conciencia; la cuestión de fe y moral no es el principal argumento, tiene que ver también con que es una práctica que no reditúa, no tiene costo médico -no sé cómo se llama técnicamente. Además, en este contexto decir que querés hacerte un aborto te complica la vida, si vos tenés un presidente, autoridades de ASSE, Ministro de salud, autoridades varias que delinean el camino que están yendo en contra. No solamente es el riesgo de los obstáculos y la violencia a la que se tienen que enfrentar quienes van a acceder al servicio, las usuarias, también las que acompañamos y asesoramos y el profesional que atiende.”*

Las/os profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la defensa de la autonomía de las mujeres que buscan información y atención. Las mujeres que asisten a un centro de salud deben ser conscientes de sus derechos. Por lo tanto, los lineamientos a nivel médico, así como, la formación sobre el marco legal y la capacitación que sensibilice específicamente sobre la perspectiva de género pueden ser de apoyo y sostén para las/os profesionales de la salud en orden de respaldar activamente a autonomía física de las mujeres. (UNFPA; 2021)

Cabe señalar que, si bien la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo está enmarcada en reglamentaciones y procedimientos, es imprescindible hacer énfasis sobre la forma en que las/os profesionales de la salud llevan adelante la implementación de la misma, de este modo se podrá visualizar si la mujer es tenida en cuenta como sujeto de derechos o no. En este sentido, Magnone y Viera expresan que sólo en la medida de que las/os integrantes de los equipos interdisciplinarios puedan trabajar desde el marco de derechos humanos y respetando la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos será posible construir procesos de salud que no afecten negativamente a las mujeres. El respeto a los derechos sexuales y reproductivos exige a los equipos interdisciplinarios colocarse en un lugar de apoyo a las mujeres, sin pretender alterar sus decisiones y favoreciendo sus entornos sociales y afectivos para salir más fortalecidas en su proceso

de construcción de maternidades deseadas y en el ejercicio de su ciudadanía. (Magnone y Viera; 2012)

## **El papel de las organizaciones**

*“Desde la perspectiva de los derechos humanos, la sociedad civil alberga una pluralidad de actores que, por lo menos en el discurso, trabajan en favor de la dignidad humana. Para consubstanciar este discurso deben interactuar intensivamente entre sí e incluso entre los Estados y la comunidad internacional en su conjunto. El Estado democrático de nuestro tiempo está compuesto por todos los actores sociales, incluso la sociedad civil organizada. Esta realidad es una afirmación fáctica que trasciende a cualquier imposición científica o conceptual y ya es una visión obligatoria en la composición del concepto del Estado contemporáneo.” (IIDH; 2010:251)*

Las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones feministas han tenido espacios de diálogo con el Estado, pero cabe destacar que desde que las nuevas autoridades asumieron, el 1° de marzo de 2020, no se ha conseguido sostener dichos espacios que existían a través de Ordenanzas Ministeriales como la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva (Ordenanza Ministerial N° 623/012) y la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de Muerte Materna (Ordenanza Ministerial N° 751/006).

En el caso de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva se generaba la participación de: el área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, ASSE, INMUJERES-MIDES, el Consejo Directivo Central de la ANEP, área de salud de UdelaR, División Salud de Intendencia de Montevideo, Congreso de Intendentes, Comisión de Salud de Cámara de Senadores, Sociedad de Ginecología, Sociedad de Obstetras del Uruguay, Colegio de Enfermeras del Uruguay, SMU, Comisión Nacional de Seguimiento de Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, MYSU, Departamento de Género y Equidad del PITCNT, ONG Iniciativas Sanitarias.

*Los cometidos establecidos por la Ordenanza Ministerial N° 623/012 del Ministerio de Salud Pública son:*

- a.i.1. aportar al diseño de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva desde la experiencia acumulada en la materia, individual y colectivamente;*
- a.i.2. formular propuestas de abordaje programático y normativo en la materia;*
- a.i.3. asesorar a las autoridades sanitarias en la gestión de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva. (Ordenanza Ministerial N°623/012 MSP; 2012:2)*

Por otra parte, en la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de Muerte Materna participaban: el Programa nacional de Salud de la Mujer y Género de la Dirección General de la Salud, la dirección departamental de Salud de la Dirección de General de la Salud, ASSE, UdelaR – Facultad de Medicina – Cátedra de Ginecología – Cátedra de Medicina Legal, Escuela de Parteras – UdelaR - Facultad de Medicina, INMUJERES – MIDES, Congreso Nacional de Intendentes. Dicha comisión es la responsable de estudiar y llevar registro de los casos de muertes maternas.

Los mecanismos de participación de las organizaciones sociales en las instancias de diálogo con el Estado, que se crearon en administraciones anteriores por ley o decretos ministeriales, no están funcionando o lo hacen sin convocar a la sociedad civil que participaba de ellos. Tanto la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva del MSP como la Comisión Sectorial de Población y Desarrollo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, no han sido convocadas. Por otra parte, el Consejo Nacional de Género ha sido convocado solamente una vez desde que tomó el mando el nuevo gobierno, asimismo, la salud de las mujeres no aparece como un tema prioritario para estas autoridades en tanto políticas de género, generando una perspectiva limitada a nivel de espacios formales de diálogo. (MYSU; 2021)

La Comisión Sectorial de Población fue creada en el año 2010 y se ha valorado como fundamental para las políticas públicas; este ámbito ha abordado temas de población en aspectos referidos a la edad, género, raza, territorialidad. La misma se encargaba de asesorar al Poder Ejecutivo, a través de la articulación de las políticas interministeriales, en la promoción de los derechos humanos. La Comisión Sectorial de Población estaba integrada, además de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, por el Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y representantes de las organizaciones de la sociedad civil.

En este sentido, las/os entrevistadas/os refieren que dichos espacios de diálogo eran efectivos al momento de coordinar acciones con el objetivo de velar por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

*“Creo que ha habido un retroceso en lo que tiene que ver con la comisión de salud sexual y reproductiva que funcionaba integrada por la sociedad civil, y que no se ha reunido, pero no tengo pruebas fehacientes de ese tema. Creo que no ha habido un diálogo fluido.”*

*“La Comisión Nacional Asesora en Salud sexual y Reproductiva del MSP es citada por la secretaría ministerial, o sea convocada por el ministro, en la actual administración no fue citada. En anteriores administraciones se llevaba a cabo mensualmente o a lo sumo bimensualmente. Su funcionamiento más pleno fue durante la administración de Mujica, luego en menor escala en la segunda administración de Vázquez, pero funcionaba de todos modos. Participaban actores institucionales, así como de las organizaciones de la sociedad civil, allí se generaba un dialogo fluido, se llegaba a coordinar acciones.”*

*“No están convocando a instancias de diálogo o negociación o participación de la sociedad civil para que podamos evaluar cómo se está implementando la política pública, marcar problemáticas que identificamos, poder extender propuestas. Si hay algún vínculo con referentes de ASSE o de MSP con quienes tenemos contacto directo y cuando hay una situación compleja, se plantea y se trata de solucionar de la mejor*



*manera a nivel institucional para que se solucionen vía legal que es como corresponde.”*

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2010) refiere que, desde una visión sistémica, la relación que se genera entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, se entiende como una relación de “demanda-respuesta”. En dicho sentido, la función que tiene el Estado en esta interrelación es dar respuesta a las demandas que provienen del ámbito de la sociedad civil. Cada demanda respondida transforma a la sociedad y genera su vez, nuevas demandas en un proceso continuo de transformaciones. Por otra parte, la sociedad civil es hoy un actor clave de las relaciones internacionales. (IIDH; 2010)

### Autonomía tutelada

El marco normativo que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo apuesta como finalidad a la sexualidad responsable y pone el acento en el disciplinamiento más que en los derechos de las mujeres. Se pueden visualizar aspectos del biopoder tanto desde lo disciplinario como desde lo regulatorio. Ambos aparecen como elementos restrictivos del poder de decisión de la mujer. (Rostagnol; 2014) En dicho sentido, desde Amnistía Internacional (2021), se ha señalado que el hecho de que las mujeres ratifiquen constantemente su decisión, se traduce en un trato discriminatorio, ya que las dejan en un lugar de incapacidad de decidir responsablemente sobre su vida y su salud.

*“Si el objetivo era que las mujeres podamos decidir en cuanto a nuestro cuerpo, que en realidad eso se expresa en el motivo por el cual toman la decisión, porque nadie lo plantea como una decisión de derecho, y esa decisión tomada “por”, por lo general es un proyecto de vida. Los proyectos de vida entran dentro de una bolsa muy grande, un proyecto de vida puede ser el estudio, pero también puede ser que justo en este momento me divorcié del padre de mis hijos y este es un embarazo del padre de mis hijos...entonces claro, entra dentro del proyecto de vida porque vos le decís pero entonces es por lo económico: no, no es por lo económico es porque yo en este momento no puedo porque le estaría haciendo mal a mis hijos...ese tipo de cosas que uno termina poniendo dentro de proyecto de vida. Esa es una de las razones más importantes que podríamos decir que está involucrada con el derecho de la mujer a decidir.”*

Las leyes son fundamentales en lo que tiene que ver con los derechos de las mujeres, la igualdad de género y la salud sexual y reproductiva. Los mismos, deben coincidir con los compromisos generados en relación a los derechos humanos que son acordados a nivel mundial y revisarse para que estén presentes en ellos, la perspectiva de género y la no discriminación. En este sentido, UNFPA refiere que las leyes deben basarse en políticas públicas bien gestadas para su implementación y, además, precisan de inversiones para que las mismas se concreten. (UNFPA; 2021)

*“La implementación estuvo, la ley se está cumpliendo, con fallas, pero cumpliéndose al fin...evidentemente la ley tiene que mejorarse, no sólo ver cómo se mejora la implementación si no que hay problemas que están en el texto normativo, por ejemplo, el hecho de que se excluya a mujeres migrantes teniendo en cuenta las tasas de migración, además de las situaciones de informalidad, etc. No puede ser que la respuesta sea: no te vamos a brindar ese servicio como se argumentó en el parlamento para evitar el turismo abortivo.”*

*“...lo que tiene que ver con la exclusión que se le hace a las migrantes, exclusión y discriminación. Vos podés acceder si sos migrante y tenés un año de residencia. Ha habido casos de 11 meses en el país en plena pandemia y no se tuvo la consideración de ese mes que faltaba para que puedan acceder al servicio.”*

Bajo el marco legal actual, la realidad de las mujeres migrantes no es igual en derechos que la de las mujeres uruguayas naturales o con nacionalidad uruguaya, ya que enfrentan algunas limitaciones. Para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, es necesario tener cédula de identidad y comprobar, de forma confiable, ser residente en Uruguay por lo menos un año. Este punto en la legislación afecta a una población que, según la Ley N° 18.250 *“Ley de Migraciones”* en su artículo primero refiere:

*“El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.” (Artículo 1. Ley N° 18.250. Uruguay, Poder Legislativo; 2008)*

A pesar de que el plazo de residencia no es requerido en caso de mujeres migrantes que sufren violencia basada en género en territorio uruguayo, para interrumpir un embarazo por voluntad propia, las mujeres migrantes están en desigualdad de condiciones.

*“Es una necesidad seguir con el ejemplo que ahora se está peleando en Colombia, que es sacar la práctica del aborto del código penal que acá no se sacó. Se ampliaron las causales, pero si vos lo haces por fuera, se te pasaron las doce semanas, o conseguiste en una farmacia la medicación o sos extranjera; terminas en el circuito clandestino, y eso es penado por ley. Es un artículo del código penal viejísimo, ahí vos quedás expuesta a que te juzguen con el código penal por una ley que tiene problemas.”*

El hecho del que el aborto voluntario haya sido penalizado por la ley hasta el año 2012, es una muestra del ejercicio de poder y control que ejerce el sistema patriarcal sobre los cuerpos femeninos. Aunque existe una ley que lo permite en las condiciones que la misma estipula, no quiere decir que ese control haya dejado de existir. En dicho sentido, podemos referirnos al proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo como una herramienta de control social ya que se exige manifestar las razones que motivan la decisión, no contemplando en la exposición de motivos, el proyecto de vida de la mujer, por ejemplo.

*“...somos muy críticos con la cantidad de pasos que se establecen. Los cinco días de reflexión...incluso las doce semanas, con el ejemplo de Argentina ya quedaron cortos. Hay muchas cosas que esta ley necesita mejorar y la perspectiva no va a ser con este contexto parlamentario, mucho menos con este contexto gubernamental.”*

El artículo tercero de la Ley N° 18.987 establece:

*“...la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.” (Artículo 3°. Ley N°18.987. Uruguay, Poder Legislativo; 2012)*

Según Susana Rostagnol la noción de tutelaje se basa en la creencia de que existe una “moral única”; esto implica considerar que amplios sectores de la sociedad están faltos

de la capacidad para tomar decisiones o expresar sus intereses, y es por esto que necesitan una tutela, es decir, ser controlados o vigilados. (Rostagnol; 2014)

*“Es una ley tutelante, ellos están de acuerdo con la ley, porque además la ley siquiera fue presentada ni por el feminismo, ni por la sociedad civil ni mucho menos por la administración que estaba en ese momento. Fue una ley negociada para generar un acuerdo y llegar a la cantidad de votos presentada por un parlamentario del partido independiente. O sea que cómo está compuesta la ley no es un problema para ellos, justamente tienen hasta la posibilidad de mechar desde ASSE con Lafigliola una propuesta que entra perfectamente sin problema, para desincentivar los abortos, entre el IVE 1 y el IVE 2 que es la primer consulta y el equipo interdisciplinario, se desincentiva y el paso siguiente es ir a una organización que va a hacer ver cómo se hace cargo de que vos continúes con el embarazo con la política específica no tratando de mejorar el sistema de cuidados, mejorar la educación pública, mejorar la salud pública, no haciendo un paquete que proteja a las personas que están en esta situación, sino con una perspectiva que busca imponer esta lógica de familia como destino, maternidades que terminan siendo forzadas, y termina instalando nuevamente desde el gobierno, con todo lo que es el poder del Estado, una lógica de patria, familia y propiedad.”*

En dicho sentido, Alejandra López Gómez expresa que el camino que las mujeres transitan dentro de los servicios de salud tienen que ver más con un tutelaje del ámbito profesional que con el reconocimiento de que las mujeres sean capaces de tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. En el mismo sentido plantea que las decisiones se consideran y toman un rumbo hacia la legitimación si hay un asesoramiento profesional de por medio. (López Gómez; 2012)

Cuando se trata del cuerpo y las relaciones de las mujeres, lo que se puede decir de modo explícito lo define la sociedad en la que vivimos. Estas normas sociales son controladas por los gobiernos, las comunidades, incluso las familias. Cuando esto se cuestiona por parte de las mujeres hay una carga de culpa o incomodidad. Las mujeres tienen miedo de la estigmatización, y la condena social, y por eso todo se mantiene en silencio en el ámbito de lo privado. En dicho espacio las mujeres pierden derechos y no los reclaman por no exponerse al señalamiento público. Según la Organización Mundial

de la Salud, la censura social que sanciona a las mujeres jóvenes, mujeres pobres, mujeres sin pareja formal, por quedar embarazadas; así como la falta de acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva; la ausencia de información calificada; y el no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica de aborto en condiciones inseguras. Esto, refiere, es valorado como un grave problema de salud pública y ocurre a nivel regional y mundial, incidiendo en los índices de mortalidad y morbilidad severa de mujeres en edad reproductiva. (OMS; 2003)

Al decir de López Gómez:

*“...los derechos sexuales y reproductivos entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al resignificar la dicotomía público-privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas”. (López Gómez; 2005:31)*

Las/os entrevistadas/os refieren:

*“Es cierto, la ley está, se respeta y los servicios funcionan, los abortos han bajado en los últimos años. Lo que se da es una meseta, pero acá se termina la meseta y empieza a bajar y cuando sacaron desde el gobierno esta información lo hicieron como algo positivo, como algo que hay que celebrar. Nosotros lo que hacemos es generar una reflexión, perfecto, están bajando la cantidad de abortos, ¿pero vos como Estado estás asegurando a todas? Porque si nosotras estamos saturadas dando respuesta a un montón de mujeres que nos llaman y consultan porque las están dejando por fuera, evidentemente hay un problema...nosotras entre el 2020 y 2021, cerca de 300 mujeres hemos asesorado y acompañado y simultáneamente en forma oficial van bajando lo abortos. No cierra.”*

*“...entendemos que hay que tener paciencia como la tuvimos con la administración anterior que tampoco hubo demasiadas posibilidades de avanzar en la ley y ahora mucho menos. No es como con la administración de Vázquez que había un silencio y nosotros tratando de hacer que funcione y haciendo las críticas. Ahora no es*

*solamente un silencio, es un ataque al derecho, estamos resistiendo ante esto y construyendo los procesos para que esto funcione con una red de acompañamiento. De a poco se van generando las condiciones para que justamente esto avance. Esto tiene que avanzar en algún momento, sino no se avanza en democracia. Eso no es algo que estamos dispuestos a negociar ni abandonar dentro de nuestra perspectiva.”*

En este ataque al derecho, que define la entrevistada y que hace referencia al contexto socio político actual, que incluye la pandemia pero que claramente habla de un posicionamiento en lo que tiene que ver con el gobierno de turno, cabe cuestionarse en torno a cuan restringidas están las ciudadanías para las mujeres de nuestro país y que imposibilitadas se encuentran de poder ejercer efectivamente el derecho fundamental a poder decidir sobre su propio cuerpo, a poder llevar adelante su autonomía para poder construir su ciudadanía. También es importante visualizar como más allá de esta administración y del contexto de pandemia, los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva específicamente en la temática del aborto, tampoco han sido tenidos en cuenta con la voluntad política que estos requieren para posicionarlos en agenda y sostenerlos una vez que ya lo están.

## *Conclusiones y reflexiones*

El presente apartado, propone reflexionar sobre el análisis y los resultados a los que se arriba en este estudio, para realizar conclusiones y aportar recomendaciones de política pública que contribuyan en el logro del ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en nuestro país.

La hipótesis de la que se partió para esta investigación puso de manifiesto que el proceso de abortar en nuestro país en el marco de la Ley N°18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, supone diversas barreras y dificultades en su implementación, generando una amenaza a la capacidad de las mujeres de poder decidir libremente y ejercer efectivamente sus derechos. La indagación sobre cuál fue la realidad de la misma en el contexto de la emergencia sanitaria por pandemia de la enfermedad SARS-COV-2, permitió evidenciar en qué medida estas barreras se incrementaron y qué características particulares adquirieron en dicho contexto.

En este sentido, podemos visualizar, que, el contexto socio político de cada gobierno nacional que ha estado a cargo desde que la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*” comenzó a regir, ha marcado el rumbo de la implementación de la misma. La realidad y el contexto socio político ha modificado en Uruguay el lugar que se le ha dado a los derechos sexuales y reproductivos según la administración o el gobierno de turno.

El gobierno del Partido Nacional actual, liderado por el Dr. Luis Lacalle Pou, en un formato de coalición de gobierno de varios partidos políticos, no cuenta en el programa de gestión con temas de género referidos a la salud sexual y reproductiva o los derechos sexuales y reproductivos, y por el contrario distintos actores gubernamentales han expresado su visión contraria, lo que se traduce en una agenda de derechos amenazada. La salud de las mujeres no aparece como un tema prioritario para este quinquenio en tanto políticas de salud y género. En este sentido, es de relevancia puntualizar que el mandato del actual gobierno comenzó antes de que se decretara la emergencia sanitaria, y su programa de gobierno fue presentado en agosto del año 2019; lo que implica que las carencias en relación al enfoque de derechos, no tiene que ver con la pandemia por



SARS-COV-2, y podemos inferir que la crisis sanitaria se ha utilizado como “excusa” de prácticas obstructivas en el acceso al aborto voluntario.

Cabe destacar que organizaciones internacionales en derechos humanos, han advertido a Uruguay que han surgido propuestas, declaraciones y otros hechos que amenazan con la obstaculización en el acceso y funcionamiento de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. En dicho sentido se refiere que, a pesar de los avances en el acceso al procedimiento de aborto legal, Uruguay se encuentra lejos en términos de asegurar la universalidad, la calidad de la atención, el acceso a la información, sistematización y evaluación de la misma. Asimismo, se advierte sobre la existencia de problemas en el funcionamiento del proceso que enmarca la ley y además se refiere que se han agudizado las barreras desde la declaración de la emergencia sanitaria.

En este sentido, se señala que no hubo intención ni orientación desde el Ministerio de Salud Pública en promover los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo y asegurarse el cumplimiento de las políticas públicas en materia de Salud Sexual y Reproductiva. Cabe hacer referencia al Consenso sobre Población y Desarrollo de Montevideo, realizado en el año 2013. Podemos aseverar que los acuerdos llevados a cabo en dicho tratado internacional no han sido tenidos en cuenta por las autoridades nacionales competentes en la gestión del sistema sanitario, en el contexto de la emergencia sanitaria por SARS-COV-2. Por lo cual se concluye que las mismas no se encuentran comprometidas con la salud de las mujeres y sus derechos. No hay condiciones habilitantes por parte del Estado uruguayo para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y, esto se ve agravado por la situación de pandemia.

En este sentido, visualizamos que el órgano rector no ha tenido la voluntad política durante la emergencia sanitaria de generar espacios de intercambio de información hacia las instituciones de salud, funcionarias/os, profesionales que trabajan en ellas, y hacia la población en general para promover un derecho fundamental para las mujeres como es el aborto voluntario. Por lo cual es pertinente indicar que el Estado es el único responsable de llevar adelante y hacer cumplir las políticas públicas en salud, y se ha mostrado omiso en sostener los diferentes espacios institucionales existentes para la participación de la sociedad civil.

La emergencia sanitaria ha expuesto públicamente que las autoridades del Estado en materia de gestión sanitaria no mantienen interés en la salud sexual y reproductiva de las mujeres ni en sus derechos. Tal es así, que desde el órgano rector no hubo especial iniciativa de generar protocolos durante la emergencia sanitaria en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo que contemplara a las mujeres que estaban cursando la enfermedad SARS-COV-2 y no podían acceder a las consultas presenciales. Esto aparece como barrera para que las mujeres lleguen a acceder a los diferentes servicios y a la información necesaria para tomar conocimiento de cuáles son sus derechos.

En este sentido, cabe puntualizar que si la ley se siguió implementando fue por voluntad de los servicios y equipos de las policlínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La responsabilidad última en gestionar acciones de esa índole fue de los equipos de las policlínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo: en nuestro estudio, el microsistema, sin ningún tipo de lineamiento por parte del Estado. Esto pone de manifiesto que la política pública se sostuvo en ellos, y, por tanto, no hubo respuestas uniformes sino diversas, y sostenidas en la voluntad de los mismos. Si los servicios funcionan con discrecionalidad, las mujeres corren riesgo de no poder acceder a sus derechos efectivamente. No hay garantías desde el Estado, porque en última instancia, los mismos, dependerán de las personas que estén trabajando en el servicio de Interrupción Voluntaria del embarazo al que las mujeres asistan, lo que vulnera los derechos de las mismas.

No aparecen espacios de comunicación asertiva desde el Estado hacia la ciudadanía en relación a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tampoco aparece la intención de los prestadores de salud de transmitir la esencialidad de los servicios. Así es que el macrosistema representado por el organismo rector y el mesosistema definido por los prestadores de salud, en su falta en relación al acceso a la información, atentan contra derechos fundamentales de las mujeres. Las mujeres corrieron riesgos de no acceder a tiempo a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, teniendo en cuenta la cantidad de semanas de gestación permitidas por la ley para realizarse un aborto voluntario, porque no estaba disponible la información que las asesorara en materia de la disponibilidad de los servicios de salud en el contexto de la emergencia sanitaria. En dicho contexto, en que lo que se informaba mediáticamente era que no se

llevarían adelante consultas presenciales, lo fundamental para garantizar que las mujeres accedieran a los servicios, y por lo tanto a su derecho, era hacer pública la información de cuales servicios eran esenciales y reforzarlos por parte de las autoridades de forma cotidiana; por ejemplo, en las conferencias de prensa que tan asiduamente se realizaron por parte de las autoridades del gobierno. Lo cual no sucedió.

El derecho al acceso a información es un derecho que propicia otros derechos, ya que es necesario para poder ejercer de forma efectiva los mismos.

La falta de información calificada y el asesoramiento en relación a los derechos sexuales y reproductivos sigue siendo para las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones feministas uno de los obstáculos más grandes en torno a la ley y su implementación, por lo cual siguen gestándose colectivos de mujeres que trabajan asesorando y acompañando a las mujeres que transitan por un proceso de aborto. Desde que comenzó a implementarse la ley de interrupción voluntaria del embarazo, han venido dando batalla contra la falta de información en torno a temáticas como la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Con la situación de la emergencia sanitaria a causa de la pandemia por SARS-COV-2, se han exacerbado las demandas de mujeres en torno a deficiencias en relación a la implementación de la ley o por desconocimiento de la misma, y el alcance de sus derechos. Lo cual pone de manifiesto que hay un vacío de información que garantice desde el Estado los derechos de las mujeres.

El monitoreo y evaluación de la política pública no se ha llevado a cabo de la forma que debe realizarse, teniendo en cuenta que no se han brindado datos oficiales en tiempo y forma; no se hizo pública la información espontáneamente desde el Ministerio de Salud Pública, lo cual tendría que suceder anualmente según el artículo doceavo de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Asimismo, se denuncia por parte de las organizaciones sociales que los datos brindados por el órgano rector a solicitud de las mismas, tienen falta de claridad de los datos, así como se visualizan errores y contradicciones en los mismos.

Los mecanismos de participación de las organizaciones sociales en las instancias de diálogo con el Estado, creadas en administraciones anteriores por ley o decretos ministeriales, no están funcionando o lo hacen sin convocar a la ciudadanía organizada

que participaba de ellos. En dicho sentido, se visualiza una omisión del órgano rector en sostener los ámbitos institucionalizados de participación y asesoramiento, así como la ausencia de mecanismos de información de lo que se trabaje en dichos espacios.

La objeción de conciencia sigue operando como barrera de acceso en la implementación de servicios de Interrupción Voluntaria del embarazo. En relación a dicha temática, no hay información de cuáles son las/os profesionales que objetan porque es información confidencial, tampoco hay una exhaustiva vigilancia sobre si dichas/os profesionales objetan en todas las instituciones y no solamente en algunas, lo que no debería suceder porque no se permite a nivel legal. Además, no hay información suficiente desde los prestadores de salud en torno a dicha temática. Por otra parte, estamos asistiendo a un gobierno que se autodenomina pro vida, desde el presidente de la república hasta autoridades del organismo rector en salud. En dicho sentido, están dadas las condiciones para incentivar que las/os profesionales sigan declarándose objetoras/es ya que dicha práctica suele poner de manifiesto el rechazo hacia la ley de interrupción voluntaria del embarazo como derecho que le brinda a las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo. Es imprescindible recalcar que la forma en que las/os profesionales de la salud se desempeñen y lleven adelante la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, está directamente relacionada al modo en que es visualizada a la mujer y si la misma es tenida en cuenta como sujeto de derechos o no.

En relación al texto normativo de la Ley N° 18.987 de “*Interrupción Voluntaria del Embarazo*”, se considera de relevancia aseverar en primer lugar que los aspectos regulatorios que presenta limitan la capacidad de las mujeres a la hora de tomar decisiones libres y autónomas. El hecho de que las mujeres ratifiquen constantemente su decisión, se traduce en un trato discriminatorio, ya que las deja en un lugar de incapacidad de decidir responsablemente sobre su vida y su salud.

El proceso de la ley está configurado como un proceso complejo que las mujeres transitan dentro de los servicios de salud y el mismo responde más a un tutelaje profesional que al reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. En dicho sentido, apuesta como fin a la sexualidad responsable y enfatiza el disciplinamiento más que los derechos de las mujeres. La decisión es considerada legítima si está mediada por un profesional y el poder médico

hegemónico, por lo cual es una muestra del ejercicio de poder y control que ejerce el sistema patriarcal sobre los cuerpos femeninos.

Bajo el marco legal, la realidad de las mujeres migrantes no es igual en derechos que la de las mujeres uruguayas naturales o con nacionalidad uruguaya. Las mismas no están contempladas en la ley hasta no tener al menos un año de residencia probada. Esto funciona como barrera en el acceso de las mujeres migrantes a sus derechos y denota que el texto normativo de la ley vigente no universaliza el acceso al aborto voluntario y no tiene en cuenta aspectos de transversalidad de género que agudizan las desigualdades. Lo cual es una carencia y es señalado negativamente por parte de los organismos internacionales en materia de derechos. En el contexto de pandemia por SARS-COV-2 no se han flexibilizado estas trabas, por lo que las mujeres migrantes que no tienen la ciudadanía uruguaya, quedan excluidas de la ley y por fuera del marco legal, lo que las vulnera en sus derechos fundamentales y pone en riesgo su salud y su vida.

Ante dicho escenario, concluimos que no es necesario derogar la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo para que se estén llevando adelante actualmente políticas anti aborto en Uruguay. En dicho sentido, han aparecido acciones por parte del gobierno de coalición que hace que se presente la preocupación por la amenaza generada hacia los derechos conquistados en general y específicamente hacia los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El órgano rector de política pública debe garantizar su cumplimiento. Cuando no hay garantías desde el Estado, los derechos se debilitan y no se llegan a ejercer universalmente en igualdad de condiciones. Por lo que se ve obturado el proceso de construcción de ciudadanía de las mujeres, restringido históricamente, así como el empoderamiento de las mismas, y el proceso para conquistar su autonomía.

## **Recomendaciones de política pública**

La salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos constituyen un factor fundamental de la salud; especialmente para las mujeres. Las recomendaciones de política pública tienen que ver con el rol del Estado en el cumplimiento de la misma. En dicho sentido podemos aseverar que el Estado no se ha mostrado presente en el cumplimiento de la política. No ha garantizado la misma por lo cual los derechos de las mujeres no aparecen como una prioridad. No cumple con acuerdos internacionales en relación a los derechos humanos. El gobierno se muestra en contra de una política pública que protege a las mujeres y las empodera en materia de derechos; y además actúa en favor de su debilitamiento como tal. En este entendido, podemos visualizar que no hay intenciones políticas desde el gobierno que fortalezcan la agenda de derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Esto se ve agudizado si tomamos como eje al contexto de pandemia por SARS-COV-2 como indica el análisis realizado. En este sentido, la CEPAL elaboró un documento presentado en el mes de junio del año 2022 en el que se realiza un análisis de los efectos de la pandemia tomando en cuenta los procesos sociodemográficos que se establecieron en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. En materia de Salud sexual y Reproductiva el impacto mayor según dicho análisis, tiene que ver con la interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva, que podría haber tendido a reducir el acceso a los métodos anticonceptivos y al aborto seguro en los países en que el mismo está legalizado o despenalizado en ciertas condiciones como es el caso de nuestro país. (CEPAL; 2022)

En suma, se realizan las siguientes recomendaciones:

- Garantizar desde el Estado y los servicios de salud tanto públicos como privados la continuidad de los servicios en materia de salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia o crisis global sea cual fuere. En el mismo sentido se recomienda la adaptación de los servicios en orden de mantener dicha continuidad; suficientes recursos humanos, materiales y medicamentos para que los servicios continúen operativos como servicios esenciales.

- Elaborar desde el órgano rector ante situaciones de crisis globales o situaciones específicas que así lo ameriten; estrategias alternativas en los espacios de atención a la salud sexual y reproductiva que posibiliten llevar adelante consultas no siempre de modo presencial, utilizando herramientas tecnológicas que permitan que las mujeres accedan a los espacios sin la necesidad de trasladarse. La atención mediante la tele medicina es una herramienta que ha sido fundamental en el contexto de pandemia y la misma podría replicarse en los diferentes servicios de IVE, así como la receta electrónica para cuando se tenga que administrar la medicación necesaria para interrumpir el embarazo. Así mismo, el consentimiento informado podría ser enviado por medios digitales: video llamada, firma en formato electrónico, etc.
- Difundir los derechos sexuales y reproductivos a la población. En dicho sentido, que los prestadores de salud y el propio organismo rector de salud, desarrollen y difundan campañas de comunicación masivas de los servicios que se brindan en el marco de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, haciendo las mismas en el contexto de pandemia con un mayor énfasis para que las mujeres accedan a la información sobre sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
- Reforzar el diálogo y los espacios de coordinación entre el órgano rector y las organizaciones de la sociedad civil. De este modo se generarán espacios conjuntos para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, para aportar asistencia técnica y para participar del monitoreo de la política pública. Esta acción en contexto de pandemia integra un pilar fundamental para poder llegar a estrategias conjuntas en relación con la salud de las mujeres que intenten lograr el ejercicio efectivo en materia de derechos sexuales y reproductivos.
- Mejorar los mecanismos de evaluación y monitoreo de la implementación de la política pública en orden de garantizar la transparencia de los datos; mejorar la captación de los datos sobre la implementación de la ley, que permitan saber sus puntos débiles para localizar dónde desarrollar mayores esfuerzos para garantizar la universalidad de la misma. En contexto de crisis sanitaria sería de relevancia la existencia de dichos mecanismos para poder monitorear exhaustivamente la implementación de la política pública.

- Promover y gestionar la formación permanente de los recursos humanos de los prestadores de salud para garantizar la profesionalidad en los servicios vinculados a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Generar un mecanismo de registro de las/os profesionales, objetoras/es de conciencia que se niegan por creencias personales a atender a las mujeres que deciden abortar. Es de importancia gestar un sistema de información que permita dar seguimiento; aunque se mantuviera la confidencialidad de las/os objetoras/es que se pudiera acceder al porcentaje por prestadores de salud e instituciones, así como por departamento.
- Revisar la normativa de la ley para mejorar la respuesta y atender las observaciones que el país ha recibido desde las instituciones internacionales de Derechos Humanos. En dicho sentido, el Parlamento Nacional debería revisar el texto normativo de la ley de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”, y considerar modificaciones en ella que superen las barreras identificadas. Por ejemplo, la situación de las mujeres migrantes, cantidad de semanas de gestación permitidas para llevar adelante la interrupción voluntaria del embarazo, cantidad de consultas con el equipo de salud durante el proceso, el hecho de que se exijan días para reflexionar sobre la decisión a tomar.
- Propiciar y promover desde el Estado cambios culturales en referencia a la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos ya que el modelo de atención que está fundamentado sobre la responsabilidad sexual y no sobre los derechos, aún sigue presente en las prácticas profesionales, en las instituciones de salud y en el Estado mismo con una concepción paternalista donde el control del cuerpo de las mujeres sigue siendo el eje fundamental de la política pública.



## **Bibliografía**

- Abero, Beatriz y Pérez, Isabel (2013) “La Educación Sexual. Democracia y Ciudadanía” en “Jóvenes, su educación y desarrollo. Problemas transversales de la educación media. Coord. Camus.
- Abracinskas, Lilián y López Gómez, Alejandra. (2004) “Mortalidad materna. Aborto y Salud en Uruguay: un escenario cambiante”. Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Montevideo, Uruguay.
- Abracinskas, Lilian y López Gómez, Alejandra. (2006) “Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay. Un tema de la agenda democrática”. Disponible en: [http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psico.edu.uy/sites/default/files/analisis\\_feminista\\_del\\_debate\\_social.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psico.edu.uy/sites/default/files/analisis_feminista_del_debate_social.pdf)
- Abracinskas, Lilian y López Gómez Alejandra. (2009) “El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. Fondos de Población de las Naciones Unidas del Uruguay. UNFPA. Editorial Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Ávila, María Betania. (2000) “Feminismo y Ciudadanía. La Producción de nuevos derechos”. Disponible en: <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/serias-debate-feminismos-ciudadania.pdf>
- Barajas Ramírez, Lorena. (2017). “Fronteras de la biopolítica en el debate sobre el aborto”. Disponible en: <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.revistadefilosofia.org/78-07.pdf>
- Batthyány, Karina y Cabrera, Mariana. (2011) “Metodología de Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial.” Unidad de Comunicación

de la Universidad de la República. Departamento de Publicaciones. Montevideo, Uruguay.

- Benavente, María Cristina y Valdés, Alejandra. (2014) “Políticas Públicas para la Igualdad de Género: un aporte a la autonomía de las mujeres.” Libros de la CEPAL, N° 130 (LC/G.2620-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bearak et al. (2020) “Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019”. Instituto Guttmacher. Nueva York (EE. UU) Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343147586\\_Unintended\\_pregnancy\\_and\\_abortion\\_by\\_income\\_region\\_and\\_the\\_legal\\_status\\_of\\_abortion\\_estimates\\_from\\_a\\_comprehensive\\_model\\_for\\_1990-2019](https://www.researchgate.net/publication/343147586_Unintended_pregnancy_and_abortion_by_income_region_and_the_legal_status_of_abortion_estimates_from_a_comprehensive_model_for_1990-2019)
- Briozzo et al. (2007). “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo”. Montevideo: Iniciativas Sanitarias/Arena.
- Briozzo et al. (2020). “Análisis del impacto de la pandemia COVID – 19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva”. Revista Médica del Uruguay.
- Bronfrenbrenner, Urie. (1979) “La ecología del Desarrollo Humano”. Editorial Paidós. Barcelona (España).
- CEPAL. (2010) “Manual de uso del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe”. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2011) “Informe Anual 2011. El salto de la autonomía de los márgenes al centro”. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2013) “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”. Naciones Unidas. Montevideo. Uruguay. Disponible en:

[http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S20131037\\_es.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S20131037_es.pdf)

- CEPAL (2022). “Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID 19 en América Latina y El Caribe”. Santiago de Chile. Disponible en: [http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47922/S2200159\\_es.pdf](http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47922/S2200159_es.pdf)
- Checa, Susana, (comp.) (2006). “Realidades y coyunturas del aborto; entre el derecho y la necesidad”. Buenos Aires: Paidós.
- Clavero, Carolina (2013) “La institución de enseñanza Media frente al problema de la violencia doméstica en Uruguay”. Tesis de maestría. Maestría en Género, Sociedad y Políticas Públicas. FLACSO – Argentina.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. "Convención de Belém do Pará" (1994). Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/13.CONVENCION.BELEN%20DO%20PARA.pdf>
- Correa, Sonia (2003). “Los derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política”; en Mujer y Salud en Uruguay: Serie aportes al debate. Vol. 2. Montevideo.
- Correa, Sonia y Pecheny, Mario. (2016) “Abortus Interruptus. Política y Reforma Legal del Aborto en Uruguay”. Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Montevideo, Uruguay.
- Cotidiano Mujer. (2014) “Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos.” Seminario Regional sobre Objeción de Conciencia. Montevideo, Uruguay. Disponible en: [http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117\\_file1.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117_file1.pdf)

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020) “COVID – 19: Un Enfoque de Género. Proteger la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y promover la igualdad de género”. Disponible en: [https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COVID-19%20A%20Gender%20Lens%20Guidance%20Note.docx\\_en-US\\_es-MX\\_0.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COVID-19%20A%20Gender%20Lens%20Guidance%20Note.docx_en-US_es-MX_0.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2021) “Mi Cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y autodeterminación”. Estado de la Población Mundial. Disponible en: [http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es\\_highlights-single\\_pages\\_1\\_0.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_highlights-single_pages_1_0.pdf)
- Foucault, Michel. (1974) “La naissance de la médecine sociale», segunda conferencia pronunciada en el marco del curso de medicina social en la Universidad del Estado de Río de Janeiro publicada en Dits et écrits, Vol. III, Paris, Gallimard, pp. 207-228.
- Foucault, Michel. (1990) “Tecnologías del yo y otros textos afines”. Ed. Paidós Ibérica Barcelona, España.
- Foucault, Michel. (1992) “Microfísica del poder”. La piqueta. Madrid, España.
- Fuentes Pangtay, Manuel Alejandro. (2016) “Qigong e interculturalidad: practica corporal y pensamiento chino en Barcelona.” Disponible en: <http://docplayer.es/48546900-Practica-corporal-y-pensamiento-chino-en-barcelona.html>
- Giddens, Anthony (1992) “La transformación de la Intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas” Ediciones Cátedra 1998. Madrid, España.

- González Campo, Carlos; Gómez Cárdenas, Carlos (2007) “El Proceso de toma de decisiones en Políticas Públicas”. Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social, núm. 12, pp. 75-104. Universidad del Valle. Bogotá, Colombia.
- Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). (2016). MSP. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2012/11/2016-Gu%C3%ada-T%C3%a9cnica-IVE-2da-versi%C3%B3n.-Con-anexos.pdf>
- Gutiérrez, María y Cal, Micaela. (2021) “La perspectiva de la igualdad de género. Marco analítico para las políticas públicas”. Cartillas construyendo igualdad de género. Intendencia de Montevideo. Disponible en: <http://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/serie02politicadeigualdaddegenero.pdf>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008) “Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos”. Editorama S.A. San José, Costa Rica.
- Instituto Interamericano de Derechos humanos. (2010) “El rol de la sociedad civil organizada para el fortalecimiento de la protección de los derechos humanos en el siglo XXI: un enfoque especial sobre los DESC.” Revista N°51. San José, Costa Rica.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2021) “Derecho a la Información y Derechos Humanos. Ejerciendo el acceso al derecho a la información en América Latina”. San José, Costa Rica.
- Johnson et al. (2015) “La inserción del Aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013 - Un análisis desde el Movimiento Feminista.” ICP - Cotidiano Mujer.

- Lamas, Marta. (2003) “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. Debate feminista.” 14(27), 1-13. Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1293>
- López Gómez, Alejandra. (2005) “Consideraciones Conceptuales”, en López Gómez, A. (coord.) “Adolescencia y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995-2004.” Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, UDELAR-UNFPA, Montevideo.
- López Gómez, et al. (2006) “Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva”. Montevideo: CNS Mujeres.
- López Gómez, Alejandra. (2012) “Uruguay y la interrupción voluntaria del embarazo: tensiones y desafíos para garantizar el acceso al aborto seguro”. Disponible en: [https://udelar.edu.uy/portal/noticia-archivo/?news\\_number=32050/refererPageId/12](https://udelar.edu.uy/portal/noticia-archivo/?news_number=32050/refererPageId/12)
- López Gómez, Alejandra. (2015) “Mujeres y aborto. El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido”. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar política pública e incidencia. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Population Council/Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro.
- López Gómez, Alejandra. (2016) “Profesionales de la salud y aborto: transiciones y disputas en Uruguay (2000-2012)”. Athenea Digital, 16(1), 337-364. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1697>
- Magnone, Natalia y Viera, Mariana. (2012) “El proceso de abortar a partir de la ley de interrupción voluntaria del embarazo”. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/32050/refererPageId/12>

- MEEH. Colectiva Feminista “Mujeres en el Horno” (2021). “Experiencia Feminista de acompañamiento en Aborto en Uruguay. Informe y análisis de la atención en la “Línea Aborto Información Segura (2015 – 2020).” Montevideo, Uruguay. Marzo 2021. Disponible en: <https://www.mujaresenelhorno.org/informe-2015-2020/>
- Ministerio de Salud Pública. (2004) “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. Ordenanza 369/04. Montevideo. Disponible en: [http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/373/ordenanza\\_369Uruguay2004.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/373/ordenanza_369Uruguay2004.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Ministerio de Salud Pública. (2018) “A 10 años de la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva. Avances y desafíos 2008-2018” disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-ley-defensa-del-derecho-salud-sexual-reproductiva>
- Moncalvo, Lorena. (2017) “Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades de aborto legal en Uruguay”. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/TCCunila.pdf>
- Mujer y Salud en Uruguay. (2007) “Aborto en Debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático”. Proceso político Social 2001-2004. Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Montevideo, Uruguay.
- Mujer y Salud en Uruguay. (2014) “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 (Uruguay).

- Mujer y Salud en Uruguay. (2020) “Aborto en Cifras – 2020; Observatorio Nacional en Género y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay”. MYSU. Montevideo (Uruguay).
- Naciones Unidas. (1996) “Informe de la 4ta. Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995”. Nueva York.
- Napoliti, Romina y González, Ana. (2021) “De la pandemia a la sindemia. Barreras de acceso a métodos anticonceptivos y aborto seguro.” Sistema de alertas Regional. Derechos Sexuales y Reproductivos. Articulación Feminista Mercosur – AFM. Montevideo, Uruguay. Disponible en: [http://sistemadealertasregional.org/uploads/informe\\_SAR21.pdf](http://sistemadealertasregional.org/uploads/informe_SAR21.pdf)
- Olivares & Incháustegui. (2011) “Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género”. Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. México DF.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). “Informe sobre la Salud en el Mundo”. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf;jsessionid=3DD0149111D4F0FCBA2585D7AFF2C8CE?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates.” Disponible en: [http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44874/9789241503631\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44874/9789241503631_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Partido Nacional. (2019) “Lo que nos une. Programa de Gobierno 2020 – 2025”. Disponible en: <http://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://lacallepou.uy/descargas/programa-de-gobierno.pdf>



- Rosado Millán, María Jesús. (2020) “La Construcción Social del Género”. Fundación para la Investigación Social Avanzada. Disponible en: <https://isdfundacion.org/2020/09/21/la-construccion-social-del-genero/?share=email>
- Rostagnol, Susana. (2008) “El papel de los ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay” en: Araujo, K. y Prieto, M., (ed.) Estudios sobre sexualidades en América Latina. Quito: FLACSO, pp. 215-232.
- Rostagnol, Susana. (2014) “Aborto Voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y la reproducción.” Ediciones Universitarias. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Sánchez, Ricardo y Rosales, Consuelo (2017). “Modelo Ecológico aplicado al campo de la Salud Sexual”. Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social. Vol. 3. N° 2. UNAM. México. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.3.2.2017.80.119-135>
- Sanseviero, et al (2003) “Condena, tolerancia y negación: El aborto en Uruguay”. Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz. Montevideo.
- Suárez, Z. (2013) “El sistema de salud y aporte para la construcción de ciudadanía en la infancia y adolescencia” en: Alonso, E., et al. La Construcción de ciudadanía: un desafío para la academia. Montevideo: Psicolibros, Waslala. pp. 29-46.
- Valles, Miguel. (1999) “Técnicas cualitativas de investigación social”. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Vargas, Virginia. (2002) “Los feminismos latinoamericanos en su tránsito al nuevo milenio. Una lectura político personal”. Estudios y otras prácticas

intelectuales latinoamericanas en cultura y poder. CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Caracas, Venezuela.

- Vasilachis, Irene. (2006) “Estrategias de Investigación Cualitativa”. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Uruguay. Poder Legislativo (2012). Ley N° 18.987 “Interrupción Voluntaria del Embarazo”. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9163931.htm7>
- Uruguay. Poder Legislativo (2008). Ley N° 18.250 “Ley de Migraciones”. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18250-2008>
- Uruguay. Poder Legislativo (2008). Ley N° 18.426 “Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva”. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

## Notas de prensa:

- Montevideo Portal. (2020) “Advierten por falta de RRHH y deterioro en los servicios en el Hospital de Rocha”. Disponible en: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Advierten-por-falta-de-recursos-humanos-y-deterioro-de-servicios-en-Hospital-de-Rocha-uc767107>
- Gutiérrez, Federico. (2021) “Largas listas de espera por falta de recursos humanos y de infraestructura”. La Diaria. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2021/8/largas-listas-de-espera-falta-de-recursos-humanos-y-de-infraestructura-algunos-problemas-detectados-por-el-smu-en-la-recorrida-por-centros-de-salud-de-asse-de-montevideo>
- Diario el País. (2021) “Gremio denuncia falta preocupante de médicos en ASSE”. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sindicales/gremio-denuncia-falta-preocupante-medicos-asse-canelones.html>
- Radio M24. (2021) “Denuncian falta de especialistas y de acceso a medicamentos en Punta del Diablo”. Disponible en: <https://www.m24.com.uy/usuarios-de-asse-denuncian-falta-de-especialistas-y-de-acceso-a-medicamentos-en-punta-del-diablo-fa-elevo-carta-a-cipriani>
- Caputi, Carina. (2021) “Falta de recursos humanos y medicamentos en ASSE de Treinta y Tres.” Diario Del Este. Disponible en: <https://diarioeleste.uy/denuncian-falta-de-recursos-humanos-y-medicamentos-en-asse-treinta-y-tres/>
- Casco, Diego. (2022) “Red de Atención Primaria de ASSE enfrenta problemas por falta de personal.” Otra Cabeza. Portal de Noticias de San José. Disponible en: <http://www.otra-cabeza.com.uy/red-de-atencion-primaria-de-asse-enfrenta-problemas-por-falta-de-personal/>