UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay:

entre el derecho legal y los obstáculos en el acceso.

Autora: Aldana del Río

Tutora: Natalia Magnone

Montevideo, Uruguay.
2025

Índice

1. Introducción....2
2. Antecedentes....4
3. Delimitación del problema de investigación....6
4. Metodología....6
5. Marco teórico y conceptual....8
5.1 Sexualidad y reproducción....8
5.2 Hacia la deconstrucción del binomio mujer-madre....12
5.3 La familia y los valores tradicionales....15
5.4 Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)....18
5.5 La historia del aborto en Uruguay....20
5.6 Biopoder y aborto....24
5.7 Aborto y objeción de conciencia....27
6. Análisis de los resultados según objetivos....30
6.1 Barreras en el acceso al derecho....31
6.1.1 Barreras institucionales....32
6.1.2 Barreras simbólicas....36
6.1.3 Barreras culturales....38
6.2 Facilitadores en en el ejercicio del derecho....41
6.2.1 Facilitadores institucionales....41
6.2.2 Facilitadores simbólicos....43
6.2.3 Facilitadores subjetivos....45
7. Reflexiones finales....48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....52

1. Introducción

El presente documento constituye la monografía final de grado para la Licenciatura en Trabajo Social, enmarcada en el plan de estudios 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Udelar). Esta monografía tiene como temática central la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), con el objetivo de comprender cómo las mujeres transitan este proceso y los factores que inciden en su experiencia, haciendo énfasis tanto en barreras como en facilitadores en el acceso al derecho.

En octubre de 2012 se aprobó en Uruguay la Ley N° 18.987, que despenaliza la práctica del aborto voluntario. La ley habilita la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación o fuera de ese plazo ante situaciones de riesgo para la salud de la mujer o malformación fetal incompatible con la vida extrauterina; al igual que para casos de violación, extendiéndose para esta última a 14 semanas (Uruguay, 2012, art. 2 y 6). La situación de las mujeres extranjeras también es diferente, para que puedan acceder a la IVE deben tener una residencia legal de al menos un año. Se reconoce así, el derecho de las mujeres a decidir de forma gratuita, segura y regulada sobre la continuidad o interrupción de un embarazo.

En este marco, se establece un procedimiento que incluye una primera consulta en la cual se pone conocimiento al médico sobre las circunstancias en las cuales se produjo la concepción, así como los motivos que a juicio de la mujer dificultan o impiden continuar con el embarazo. Posteriormente, se desarrolla una entrevista ante un equipo interdisciplinario integrado por un/a ginecobstetra, un/a profesional del área social y del área de salud mental. Los/as profesionales deberán acompañar a la mujer y asegurar que disponga de la información necesaria para tomar una decisión consciente y responsable, sin emitir juicios ni otorgar autorizaciones.

Luego de esta instancia, la ley establece un período de reflexión obligatorio de cinco días de corrido como mínimo antes de realizar el procedimiento. Finalizando el plazo un/a ginecobstetra recibirá a la mujer y en caso de ratificar su voluntad de IVE, deberá firmar un consentimiento informado y se indicará el procedimiento. A los diez días de realizado se recomienda una consulta de control (Uruguay, 2012). Durante el proceso los profesionales deben garantizar el respeto a la autonomía de la mujer, así como a su decisión final, la

confidencialidad y el acceso a la información en condiciones de igualdad y no discriminación.

La implementación de esta ley supuso un avance significativo en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en Uruguay. Representó un cambio estructural tanto en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como en la manera en la que el Estado uruguayo reconoce y garantiza la autonomía reproductiva de las mujeres. Además, la legalización de la IVE no solo responde a una cuestión de salud pública, sino que se enmarca en un enfoque de derechos humanos, alineado con estándares internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En este sentido, la legislación permitió a las mujeres decidir sobre la planificación reproductiva, familiar y sexual (Pecheny et al., 2017).

No obstante, a más de una década de la aprobación de la ley, el tema sigue generando debates en distintos sectores de la sociedad uruguaya y persisten obstáculos que dificultan el acceso efectivo y equitativo al derecho. Entre ellos se encuentran la objeción de conciencia de algunos profesionales de la salud, la burocracia en la implementación del procedimiento, la falta de información clara y accesible, y el estigma social que recae sobre las mujeres que deciden interrumpir un embarazo (Moncalvo, 2017). Estas cuestiones podrían provocar presiones externas, sentimientos de culpa y afectaciones en la autonomía reproductiva de las mujeres, pudiendo condicionar la decisión final.

La elección de la temática parte del interés por conocer desde la perspectiva de las mujeres cómo transitan el proceso de IVE en Uruguay; qué barreras y facilitadores encuentran en el acceso al servicio y como el imaginario social sobre maternidad y aborto incide en sus experiencias. La definición del problema se construyó a partir de la revisión bibliográfica y documental que aborda esta temática con el objetivo de reunir elementos que permitan identificar y contextualizar cuál es la situación a trece años de aprobada la ley.

De este modo, este apartado introductorio es un punto de partida para la presente investigación. Desde esta base se avanzará en el análisis de las experiencias de las mujeres y de los factores que inciden en su proceso subjetivo, con el propósito de identificar tensiones,

desafíos y posibilidades de mejora para garantizar un acceso pleno, digno y equitativo al derecho.

2. Antecedentes

La revisión bibliográfica de investigaciones previas pone en evidencia un interés amplio y diverso en torno al aborto voluntario, abordado desde diferentes posturas teóricas e ideológicas que reflejan la complejidad del debate en distintos contextos históricos y geográficos.

En este sentido, la tesis "Aborto voluntario y relaciones de género: políticas de cuerpo y de la reproducción" de Susana Rostagnol (2016) fue tomada como aporte, dado que su trabajo constituye un antecedente central en el ánalisis del aborto voluntario en Uruguay desde una perspectiva de género. La autora ofrece un análisis feminista del aborto, explorando las dinámicas de las políticas del cuerpo y la reproducción. Analiza el conflicto mujer/zef (zigoto, embrión, feto), considerando el habitus médico en el proceso y la construcción cultural del riesgo en base a la "voz hegemónica" biomédica (p. 168). También examina las prácticas y discursos de actores involucrados que evidencian el rol de los discursos hegemónicos y subalternos. Su trabajo resulta relevante para la comprensión más profunda sobre las complejidades del aborto voluntario y como éste influye en la trayectoria de vida de las mujeres.

La ponencia de Lilián Abracinskas en Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) (2016) sobre DSR expone que la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha tenido un avance significativo en Uruguay que se destaca en la región. Estos cambios han permitido a través de leyes y políticas públicas incorporar servicios de SSR, entre ellos prestaciones obligatorias en las instituciones públicas y privadas afiliadas al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. A pesar de estas conquistas, la implementación efectiva de la normativa enfrenta desafíos como la objeción de conciencia (OC) por parte de los profesionales de la salud y la persistencia de barreras culturales que dificultan el acceso efectivo al derecho.

Como antecedentes también se consideraron investigaciones en forma de monografía de grado de Trabajo Social que abordan la IVE desde diversas perspectivas y en distintos contextos sociales, culturales y legales. Estos trabajos han permitido construir un panorama amplio sobre la temática, profundizando aspectos como el acceso a la IVE, los derechos reproductivos, el impacto en las mujeres y las políticas públicas relacionadas. Además, incluyen el análisis desde la perspectiva de las mujeres que han atravesado este proceso. Entre estos trabajos se encuentran los de Marcela Anabadian (2022), Vanesa De Armas (2018) y Sofía Machado (2017), cuyos aportes han sido fundamentales para comprender la problemática.

En esta misma línea, las monografías de Milagros Chamorro (2021), Laura Monteverde (2011) y Rossana Villaverde (2008) cuestionan la maternidad idealizada y la asociación mujer-madre como mandato sociocultural. Estas investigaciones abordan cómo la maternidad se presenta como una obligación, un instinto y un estado natural, donde la mujer debe olvidarse de otros proyectos de vida y ocuparse únicamente de los que están vinculados a la crianza de los hijos.

Estos trabajos resultan especialmente relevantes, ya que permiten analizar la influencia del imaginario social sobre esta problemática y la repercusión que puede tener en la toma de decisiones sobre la maternidad y el aborto. Aportan además, una mirada crítica sobre presiones socioculturales que pueden incidir en las experiencias de las mujeres en relación al aborto voluntario, así como en la respuesta institucional que reciben dentro del sistema de salud, dado que a pesar de las transformaciones existentes en torno a la temáctica, la maternidad se sigue viendo como un destino obligatorio para las mujeres.

Esta investigación procura identificar cuáles son los factores que inciden en la experiencia de las mujeres que transitan el proceso. De este modo, se espera contribuir a la reflexión académica en torno tanto a los logros alcanzados como a los desafíos aún pendientes para garantizar el pleno acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Uruguay.

3. Delimitación del problema de investigación

Para orientar la investigación, se establece la siguiente pregunta de investigación y los objetivos correspondientes:

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras y los facilitadores que influyen en la experiencia de las mujeres que acceden a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Uruguay?

Objetivo general: Analizar el proceso de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en las mujeres, examinando las barreras, facilitadores e imaginarios sociales sobre la maternidad y el aborto que influyen en sus experiencias.

Objetivos específicos:

1. Identificar las barreras presentes en el acceso de las mujeres a la IVE.
2. Analizar los facilitadoras que contribuyen al ejercicio del derecho de la IVE.
3. Explorar la influencia del imaginario social sobre maternidad y aborto voluntario en la experiencia de las mujeres que acceden a la IVE.

4. Metodología

La presente investigación es un estudio de alcance exploratorio, descriptivo y analítico, cuyo propósito es analizar y comprender las experiencias de mujeres en el proceso de aborto voluntario, con el fin de identificar barreras y facilitadores en el acceso al derecho en Uruguay. Para ello, se utilizó un enfoque cuantitativo, utilizando técnicas de recolección de datos que permitieron profundizar en las experiencias de las participantes y obtener datos que contribuyan a contextualizar el fenómeno estudiado.

Como técnica de investigación se implementó la encuesta autoadministrada dirigida a mujeres uruguayas que hayan transitado el proceso de IVE siendo mayores de edad. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve, a partir de la difusión de la encuesta en grupos de Whatsapp y otros canales informales de contacto, promoviendo que las participantes la compartieran con otras mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión. El instrumento incluyó preguntas cerradas y abiertas , lo que permitió

por un lado, sistematizar y analizar los datos obtenidos y, por otro, recoger información sobre experiencias y valoraciones vinculadas al proceso de IVE de cada una de las mujeres. A través de esta estrategia se obtuvieron un total de 64 respuestas.

La encuesta es una de las estrategias más populares en la investigación social debido a su capacidad para recopilar información diversa de un conjunto amplio de la población (Cea D'Ancona, 1998). Se usó la encuesta autoadministrada como estrategia de investigación con el objetivo de llegar a mujeres que hayan atravesado una IVE y estén dispuestas a compartir su experiencia, permitiendo llegar a información general sobre sus vivencias.. Al diseñar la encuesta autoadministrada, es preciso asegurarse de que las preguntas sean claras, concisas, y que estén redactadas de manera neutral para su fácil comprensión. Además, al ser autoadministrada y distribuida en línea, permitió que las mujeres participantes hayan tenido la posibilidad de responder en el momento y lugar que les resulte más cómodo. Cea D' Ancona (1998) establece que esto puede aumentar la tasa de respuesta y la calidad de los datos recopilados.

La población de estudio estuvo conformada por mujeres uruguayas mayores de 18 años al momento de haber transitado el proceso de IVE luego de la aprobación de la ley N° 18.987. Como criterios de inclusión se consideró que las mujeres además de ser mayores de edad, fueran uruguayas y que hayan accedido a la IVE en el sistema de salud nacional, en instituciones tanto públicas como privadas, además de aceptar participar de forma voluntaria en la investigación. Las unidades de análisis corresponden a las experiencias de cada una de las mujeres relevadas a través de la encuesta realizada.

Para el análisis de la información se utilizó la estrategia de análisis temático (Braun y Clarke, 2021). Las categorías de análisis fueron construidas a partir de los objetivos de la investigación, identificando dimensiones vinculadas a barreras, facilitadores y aspectos de la experiencias de las mujeres en el proceso de IVE. Posteriormente la información fue organizada e interpretada a partir del marco teórico seleccionado.

Finalmente, esta investigación contempló consideraciones éticas vinculadas a la confidencialidad, el anonimato y la participación voluntaria. A través del cuestionario se garantizó que la información brindada por las participantes sería utilizada únicamente con fines académicos, respetando su identidad y resguardando sus datos personales.

5. Marco teórico y conceptual

5.1 Sexualidad y reproducción

El término de sexualidad comienza a adquirir relevancia a mediados del siglo XVIII a raíz de la incorporación de la natalidad como estrategia de producción económica, política y social. En ese momento la sexualidad es asociada fuertemente a fines reproductivos, sin tener en cuenta sus fines placenteros (López y Guida, 2001). La regulación del cuerpo femenino -como cuerpo capaz de gestar- trasciende al ámbito privado para instalarse en el campo de lo público y lo político. Como plantea Rostagnol (2016) el control de la sexualidad y reproducción femenina ha operado históricamente como mecanismo de subordinación de género.

Ese control de la reproducción biológica sostenido por la dominación masculina, da cuenta que los cuerpos reproductivos son considerados como medio para mantener las jerarquías de género (Rostagnol, 2016). Desde la tradición judeo-cristiana se llevaron a cabo los argumentos más restrictivos y conservadores sobre las prácticas sexuales de las mujeres, reforzando la asociación entre sexualidad y maternidad.

Asimismo, la importancia que se le da a la figura materna desde este marco adquiere un valor simbólico y moral que restringe la sexualidad femenina a la reproducción. La iglesia ha sido la institución autorizada y clave para afirmar que la sexualidad se legitima o "santifica" con la procreación (Tabet, 2018), reforzando así el binomio madre-hijo. Asimismo, desde la medicina también se ha hecho énfasis en éste, teniendo como eje central en su práctica lo materno-infantil, ya que por su capacidad reproductiva la figura femenina se ve destinada al maternaje (Veras, 2023).

Siguiendo esta línea crítica, la obra "El segundo sexo" de Simone de Beauvoir (1981), constituye un antecedente fundamental para pensar la relación entre sexualidad, reproducción y la figura de mujer/madre. En la obra la autora cuestiona la idea de que la maternidad representa la realización natural de la feminidad y sostiene que las mujeres han sido históricamente definidas a partir de su función reproductiva. Desde una perspectiva existencialista, De Beauvoir sostiene que la asociación entre la mujer y la maternidad ha

contribuido a relegar a las mujeres al ámbito de la reproducción y el cuidado, lo que impide desarrollar su autonomía y sus proyectos propios en igualdad de condiciones con los hombres.

No obstante, la autora no niega que la maternidad pueda constituir una experiencia valiosa, plantea que sólo puede ser vivida plenamente cuando es resultado de una elección libre y no de una imposición social. De este modo, sus aportes permiten repensar la construcción histórica del binomio mujer - madre y comprender que la maternidad no constituye un destino biológico inevitable, sino una experiencia atravesada por relaciones sociales, culturales y de poder (De Beauvoir, 1981).

Giddens (1992), plantea la emergencia de una sexualidad plástica y emancipadora como parte de las transformaciones contemporáneas, con implicaciones radicales respecto a las formas preexistentes de relaciones de poder entre los roles sexuales establecidos. La sexualidad plástica es reconocida como una construcción moral que habilita relaciones basadas en la igualdad sexual y emocional, así como la reivindicación del placer sexual por parte de las mujeres, teniendo como resultado una sexualidad emergente libre de fines reproductivos alejada del romance tradicional.

En esta línea, López (2015) sostiene que la sexualidad debe ser comprendida como un complejo proceso de construcción social alejado de la tendencia natural "irrefrenable", que supone romper con las conceptualizaciones hegemónicas que están instaladas en el imaginario social desde hace décadas (p. 166). Desde esta perspectiva, lo biológico constituye sólo una de las múltiples dimensiones configuran la sexualidad. En este sentido, la sexualidad deja de ser entendida únicamente en términos reproductivos o vinculados a la conservación de la especie humana.

Estas transformaciones encuentra un importante impulso en la década de 1960, cuando los movimientos feministas comienzan a dar visibilidad a las condiciones desiguales que atraviesan las mujeres en distintos planos, apareciendo la sexualidad como un escenario en el que también la mujer queda en un lugar de subordinación (López y Guida, 2001). De forma simultánea diversos estudios desde la renaciente sexología, encontraban espacios de diálogo con el feminismo para cuestionar los principios de una doble moral que refería a la sexualidad, se potenciaban uno con otro "El descubrimiento de la respuesta sexual humana

potenciaba la liberación de la mujer, reivindicando el placer sexual como un derecho humano" (López y Guida, 2001, p. 2). Esto configuró un campo fértil para no solo cuestionar el rol femenino en el plano sexual, sino también para problematizar la sexualidad como espacio político, habilitando nuevas formas de pensar el cuerpo, el placer y la autonomía femenina.

Desde una mirada contemporánea Veras (2023) toma como referencia el aporte teórico de Vanee (1997) y plantean que la sexualidad habita un "campo en disputa" (p.6) en el que se ponen en juego diferentes discursos que le dan significado. Siguiendo en esta línea Rostagnol (2016) argumenta que se trata de un término polisémico en el que se definen prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, como relaciones y normas sociales, discursos y fantasías. La sexualidad, por lo tanto, se vincula fuertemente con instituciones sociales que definen los límites de lo permitido y lo desviado. Así, cada campo disciplinar define y aborda la sexualidad de forma específica, resaltando su carácter múltiple.

Sin embargo, Cobo (2015) plantea que los procesos contemporáneos de sexualización de las mujeres muestran nuevas formas de dominación patriarcal sobre el cuerpo femenino. La autora expresa que, aunque la revolución sexual de la década de los sesenta ha significado un avance para la autonomía de las mujeres, el capitalismo neoliberal ha transformado esa aparente libertad en una sobrecarga de sexualidad. El cuerpo femenino ha pasado a ser objeto de consumo con valor de cambio en la lógica de mercado que sostiene y reproduce la subordinación de género (p. 15). Esto permite comprender que las transformaciones culturales que se dan en torno a la sexualidad no necesariamente implican una emancipación, sino que puede llegar a reproducir mecanismos más sutiles de dominación y control sobre las mujeres.

Tabet (2018) trae en su obra "Los dedos cortados" una crítica radical a la "naturalidad" de la procreación, la autora la expone no como hecho biológico, sino como un sistema de control sobre cada mujer. "El conjunto de las intervenciones sobre la sexualidad que tienden a producir un organismo femenino especializado en la reproducción, constituye así la más fuerte y compleja manipulación sociológica de las condiciones biológicas de la sexualidad humana" (p. 145). Dichas intervenciones tienen como consecuencia menos autonomía sobre el propio cuerpo, reforzando la dependencia y la subordinación de la mujer

con respecto a su sexualidad. De este modo, la reproducción aparece también como resultado de las relaciones de poder que condicionan las decisiones reproductivas de las mujeres.

En el caso uruguayo, la obra de José Pedro Barrán (1989) sirve como aporte para dar cuenta de cómo los roles de género se han ido legitimando a lo largo de la historia en la sociedad. El autor expone que, en el marco de un proceso de "civilización", se buscó disciplinar a la sociedad para dar orden a las costumbres bárbaras mediante el control de los cuerpos, las emociones y las prácticas sociales. De esta forma, se le asigna el rol reproductivo a las mujeres en el espacio doméstico y del rol productivo a los hombres en el espacio público. Aunque las transformaciones laborales y sociales de las décadas siguientes dieron lugar a la participación femenina, persisten desigualdades en la distribución de responsabilidades y en el acceso a determinadas oportunidades y derechos (Álvarez y Gómez, 2010).

En este sentido, abordar la sexualidad desde una perspectiva de género permite conocer cómo las relaciones de poder han sido históricamente desiguales y han asignado roles diferenciados y jerarquizados para ambos sexos, condicionando la construcción social de lo femenino y lo masculino.

De a poco, el concepto de sexualidad se ha ido transformando y ampliando al cuestionar el status quo conservador. Se comienza a dar visibilidad a otras prácticas sociales -y sexuales- y se interpelan aquellos discursos que reducen la sexualidad a la naturaleza humana y que establecen como norma que la genitalidad es binaria y excluyente. Este fenómeno es el que da lugar al binomio mujer-madre del que se hablará en el siguiente apartado, noción que contiene una gran carga moral que termina limitando y censurando a las mujeres con la idea de que la maternidad es un destino y no una opción.

La sexualidad y la reproducción conforman un entramado de significados que regulan el cuerpo y la práctica, reproduciendo aquellas jerarquías morales y sociales que siguen al día de hoy condicionando la autonomía y la experiencia de las mujeres con sus derechos sexuales y reproductivos. Esta perspectiva permite comprender como las decisiones vinculadas a la maternidad y al aborto no estan ubicadas únicamente en el plano individual, sino que están atravesadas por mandatos sociales y estructuras de poder que históricamente han condicionado la autonomía reproductiva de las mujeres.

5.2 Hacia la deconstrucción del binomio mujer-madre

El discurso maternalista tradicional de las primeras décadas del siglo XX reforzaba el binomio mujer-madre, invisibilizando la sexualidad femenina ligada al deseo y al placer. En este marco, la maternidad era concebida como la expresión natural de los deseos y necesidades de las mujeres, del mismo modo que la sexualidad era entendida como una necesidad inherente a los hombres (Ledesma, 2014). La mujer era educada desde niña con un único destino posible: ser madre y encargarse de las tareas domésticas, sin lugar a otras posibilidades como la participación en el mercado laboral o la autodeterminación productiva. Las estrategias educativas de orden maternalista, ligadas a valores higienistas, eugenésicos y patriarcales, no contemplaban la posibilidad de que la mujer decidiera libremente si quería ser madre ni cuándo.

Sin embargo, este modelo comenzó a ser criticado por diversas voces que lo definían como una visión reduccionista. Los médicos anarquistas dieron lugar a una nueva mirada sobre el binomio mujer-madre, defendiendo la idea de la mujer como sujeta de derecho sin apelar a su potencial capacidad de convertirse en madre. Se comienza a reivindicar la capacidad de decisión sobre el embarazo, el acceso a conocimientos anticonceptivos y se desvincula el placer sexual femenino de la reproducción; ahora la maternidad era vista como un derecho de la mujer y ya no como una cuestión inherente a ella (Ledesma, 2014).

Estos discursos plantean que la ignorancia forzada respecto a la reproducción generaba temor, desequilibrio emocional y privación del disfrute para las mujeres (Ledesma, 2014). Se comienza así, a cuestionar la maternidad como un mandato natural, poniendo en evidencia que la maternidad no responde a un instinto biológico, sino que es sostenida por factores culturales, sociales y políticos que la perpetúan (Giallorenzi, 2020). En este contexto, comienza a consolidarse la idea de que la maternidad debía ser deseada, voluntaria, consciente, y no una imposición social. Se entiende entonces que forzar a las mujeres a la maternidad sin tener en cuenta su deseo o decisión implicaba una forma de limitar su autonomía e invisibilizar sus derechos reproductivos.

Asimismo, distintas organizaciones consideran que el régimen fascista al igual que el discurso médico conservador, relegaba a la mujer al ámbito doméstico y era reducida a “máquinas de proliferar”. Desde estos espacios, se comienza a exigir el derecho al trabajo en

igualdad de condiciones, al respeto en el ámbito laboral, al acceso a la cultura y a la decisión sobre la propia sexualidad (Ledesma, 2014).

Los aportes de Magnone (2022) resultan claves para comprender cómo la identidad femenina ha sido históricamente ligada a la maternidad. La autora reflexiona acerca de cómo el discurso construido a lo largo de la historia en torno a la idea de la maternidad como la realización de la mujer, sigue operando como mandato moral y cultural. El binomio mujer-madre se perpetúa como una forma de control simbólico que define lo "femenino" a partir de la capacidad y disposición para la reproducción y el cuidado, reproduciendo jerarquías de género en espacios tanto públicos como privados. Al mismo tiempo, señala que los cambios normativos y sociales a nivel nacional -como la legalización del aborto y las políticas de salud sexual y reproductiva- han contribuido al cuestionamiento de estos sentidos tradicionales, habilitando a re-pensar la maternidad desde la elección y no como un destino (Magnone, 2022).

A pesar del avance en torno a los DSR, existe aún en la sociedad una marcada tendencia a romantizar la maternidad; desde la cultura se siguen perpetuando discursos tradicionales sobre el rol de la mujer, donde la maternidad es entendida como único destino, fuente de felicidad, acto de amor y un espacio simbólico que tiene como resultado la realización plena. Este ideal sostenido por discursos familiares, médicos y medios de comunicación, hace que las mujeres encuentren dificultades para expresar su deseo de no ser madres por miedo a ser juzgadas o cuestionadas. como menciona Winocur (2012):

> No se puede admitir el no-deseo. No se puede admitir que puede ser que una no tenga ganas de tener hijos. Sin embargo, cuando una mujer se anima a decir públicamente que no tiene ganas, muchas, entonces, confesarán que no deseaban ser madres, a pesar de que lo son (p. 59).

La maternidad sigue siendo presentada como un deber moral y emocional, y no como una posibilidad dentro de las elecciones de la mujer. Los roles binarios y excluyentes tienden a limitar las experiencias de las personas en lo que refiere a sus prácticas sexuales-afectivas y su salud reproductiva, donde existen distintos tipos de violencia que vulneran sus derechos, principalmente en las mujeres (embarazos no deseados, violencia sexual, enfermedades de trasmisió sexual, etc).

En este sentido, en Correa (2003) se explicita que “Una sociedad que aparentemente glorifica la maternidad, en demasiadas ocasiones, obliga a ejercerla en condiciones inhumanas” (p. 7). Su planteo permite visibilizar que la exaltación simbólica de la maternidad convive con prácticas y estructuras que refuerzan desigualdades y limitan proyectos los proyectos de vida de las mujeres.

La relectura de la maternidad como función política y social, pero también como elección personal sienta las bases para la formulación de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos fundamentales, rompiendo así el mandato esencialista que liga biológicamente a las mujeres con la maternidad. Asimismo, la maternidad ha sido resignificada por las propias mujeres como un espacio desde el cual impulsar demandas de reconocimiento de derechos y autonomía (Alfaro, 2025).

La deconstrucción del binomio mujer-madre no implica negar la maternidad como algo posible y significativo en la vida de las mujeres, sino que permite reconocer su carácter socialmente construido y condicionado por las relaciones de poder existentes. Resulta necesario seguir trabajando en la deconstrucción de la maternidad como única vía de realización femenina, y habilitar discursos que den cuenta de la diversidad de experiencias y proyectos de vida de la mujer, favoreciendo a una comprensión más amplia de la autonomía y de los derechos reproductivos de las mujeres.

Desde esta perspectiva, el acceso a la IVE puede ser entendido como una herramienta que da lugar a la autonomía reproductiva de las mujeres. Si la reproducción ha sido históricamente organizada y controlada socialmente, la posibilidad de elegir sobre la continuidad o interrupción de un embarazo, implica poner en debate la apropiación del cuerpo femenino y habilitar nuevas formas de ejercer la autonomía. Por lo tanto, la IVE se vuelve una práctica que tensiona el mandato de la maternidad como destino único, permitiendo problematizar la asociación tradicional entre feminidad y reproducción.

5.3 La familia y los valores tradicionales

La noción de familia y los valores tradicionales asociados a ella han tenido un lugar central en la construcción social, política y cultural. A lo largo de la historia, la familia ha operado como institución social clave en la organización de la vida cotidiana, la regulación de

vínculos afectivos y la reproducción del orden moral. El modelo que ha dominado en la sociedad es el de la familia tradicional, patriarcal, monogámico, heterosexual y está dirigido hacia la reproducción y la división sexual de los roles (López y Rodriguez, 2017).

En esta línea, Reich (1985) analiza un prototipo único de familia con una estructura triangular y jerárquica, compuesta por el padre, la madre y sus hijos. En este modelo el padre es el sostén económico de la familia y un figura de autoridad, que obtiene sus ingresos en un trabajo que realiza fuera del hogar, mientras que la madre deposita la mayor parte de su tiempo en tareas domésticas y de cuidado.

Debido a transformaciones demográficas, económicas y socio-culturales, la estructura y las funciones de este modelo familiar hegemónico han variado. Entre los factores que han incidido en esto cambios se destacan el incremento de esperanza de vida y el cambio en la estructura etaria de la población; la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, que tensiona el modelo familiar basado en el aporte económico masculino exclusivo; así como la revolución sexual y los movimientos por la igualdad de género, que han contribuido al cambio y a la redefinición de normas y roles asignados a los distintos miembros de la familia tradicional (Filgueira, 1996).

Es por esto, que la familia no puede considerarse como un ámbito natural o reducirla simplemente a una construcción privada, sino que debe ser reconocida como producto de tensiones socio-históricas que la condicionan y determinan según la época. Es construida a través de relaciones y negociaciones que se establecen entre sus miembros y otras esferas de la sociedad como Estado, trabajo y mercado. La familia además de producir subjetividades, funciona también como unidad de cuidado y redistribución interna de ingresos (Mioto, 2015).

Desde una perspectiva crítica, Mioto (2015) cuestiona aquellas concepciones de familia que parten de una estructura idealizada y con roles pre-definidos; o que se analizan únicamente desde sus vínculos internos, sin considerar las relaciones que establece con otras esferas de la sociedad. La autora afirma que estas miradas tienden a posicionar a la familia como un espacio de bienestar y felicidad de sus miembros, teniendo la tendencia a invisibilizar su carácter histórico. Pone su foco en la relación entre familia y protección social, entendiendo que las dinámicas familiares son configuradas en articulación con las

políticas públicas y los procesos de individualización y pertenencia propios de la modernidad (Mioto, 2015).

Desde esta perspectiva, la diversidad actual de las configuraciones familiares puede ser entendida como la ampliación de opciones individuales y de la capacidad de arreglos diferentes en la vida privada. Sin embargo, para algunos sectores significa la destrucción de la institución matrimonial y del tipo de familia compuesto por una mujer ama de casa y un padre proveedor de los ingresos, ya que esas estructuras rígidas de lazos familiares que articulaban a la familia nuclear hoy adquieren modalidades más flexibles.

Esta tendencia social y cultural a idealizar la familia como espacio de amor, armonía y estabilidad, a menudo pasa por alto las tensiones, desigualdades y conflictos que pueden existir dentro de la misma. Esta idealización impide entender que se trata de una institución con constantes cambios que puede presentar problemas y desafíos. Entender su carácter histórico implica reconocer que su estructura y funcionalidades pueden variar según contextos socio-culturales a lo largo del tiempo y que convive constantemente con contradicciones internas y externas. Es necesario comprender las diferentes formas de familias en diferentes espacios y momentos.

En el contexto uruguayo, la familia nuclear y patriarcal es el modelo que se ha sostenido en gran parte de la historia no sólo como forma de organización doméstica, sino también como un dispositivo central de transmisión de valores morales y de género. Según lo expone Filgueira (1996) el "breadwinner system" o sistema de "proveedor único del ingreso familiar" se basó en acentuar la división entre lo público y lo privado, asignando determinados roles a sus integrantes. Este orden familiar se sustentó también sobre valores tradicionales, configurando un ideal de familia que operó como marco normativo para amplios sectores de la sociedad, más representativos de la clase media que de la clase baja.

López y Rodriguez (2017) también señalan que la sociedad uruguaya se ha originado y organizado sobre la base de pautas colonizadoras, donde la cultura europeo-occidental y los valores propios de la Iglesia Católica han moldeado las formas de pensar la familia. A pesar de los cambios y la transformación hacia nuevas formas de vínculos, la estructura básica, a veces denominada como "familia intacta" (p. 113) sigue operando como telón de fondo en las ideas sobre familia. Este modelo tradicional es patriarcal, monogámico, heterosexual y

orientado hacia la reproducción, mantiendo una influencia persistente en los imaginarios sociales.

Desde edades tempranas, la familia actúa como matriz de socialización y tiene el rol esencial de transmitir determinados ideales, valores, reglas y expectativas sociales a sus integrantes, particularmente aquellas vinculadas al género, la sexualidad y la maternidad. En ella se producen también representaciones específicas sobre el rol de la mujer, que queda ligado históricamente al cuidado, el afecto, la entrega y la responsabilidad doméstica.

Entre los mandatos de género transmitidos históricamente por la familia, la maternidad ocupa un lugar central en la construcción de la identidad femenina. Como señala Gómez (2023), la maternidad se convierte desde la gestación en un trabajo de cuidados permanente y no remunerado, la responsabilidad impuesta por el orden simbólico tiene como resultado una división inequitativa con respecto a la concepción y crianza. La maternidad modifica no sólo lo corporal y emocional en las mujeres, sino que implica modificaciones significativas en sus trayectorias de vida, su autonomía y su inserción social.

Los imaginarios tradicionales sobre familia y maternidad continúan operando como referentes normativos que condicionan las decisiones reproductivas de las mujeres. En este sentido, la IVE tensiona significativamente estos imaginarios sociales al cuestionar la maternidad como destino único, obligatorio y natural de las mujeres. Sin embargo, la persistencia de estos imaginarios sociales sobre familia y maternidad pueden constituir una barrera simbólica en el acceso al derecho a la IVE. Cuando la maternidad continúa siendo concebida como una expectativa social de la figura femenina, la decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo puede verse como una transgresión a la estructura familiar normativa, favoreciendo procesos de estigmatización por parte de los distintos actores que intervienen en el proceso y un cuestionamiento social a las mujeres que recurren a la IVE.

5.4 Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) forman parte del conjunto de derechos humanos fundamentales. Su visibilización comienza a mediados del siglo XX, impulsada principalmente por el movimiento feminista y de mujeres. El término DRS fue acuñado por la feminista Marge Berer en la década de 1970 cuando en Estados Unidos se

llevaba a cabo la campaña por la despenalización del aborto, contra la esterilización forzada y por el derecho a la contracepción (Abracinskas, 2016). Finalmente en 1994 en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en la ciudad de El Cairo, Egipto, la salud sexual y reproductiva queda establecida como derecho humano, se reformula así, la idea tradicional de la sexualidad, afirmando al aborto como un problema de salud pública e incitando a los países a repensar su legislación.

En esta investigación se refiere a los derechos sexuales y reproductivos como una esfera específica de los derechos de las mujeres. Originalmente los derechos humanos fueron una cuestión sin género; han sido los movimientos sociales y políticos quienes lograron incorporar esta perspectiva. Anteriormente, los derechos como una categoría universal invisibilizaba la posición de las mujeres y la vulnerabilidad que este lugar social les generaba para acceder a determinados derechos. Al hablar de DSR, no solo nos referimos a disposiciones reglamentarias, sino también a la creación de condiciones que habiliten que las mujeres efectivamente puedan gozar de esos derechos.

Los movimientos feministas han tenido un papel fundamental en identificar y denunciar las desigualdades jerárquicas existentes entre hombres y mujeres, así como en reclamar derechos políticos, civiles, culturales y sociales para alcanzar la igualdad legal sin que la diferencia sexual sea un obstáculo (Brown, 2007). Uno de los principales ejes de la influencia feminista en el enriquecimiento ciudadano se sitúa en el campo de los DSR, al visibilizar que el cuerpo de la mujer ha sido históricamente intervenido con leyes y pautas culturales contrarias a la autonomía del cuerpo femenino. Lo que ha impedido que las mujeres puedan constituirse como sujetos plenos de sus propias vidas.

Una de las críticas más significativas por parte de estos movimientos ha estado centrada en el campo de la reproducción, específicamente la ausencia, lo que Brown (2007) denomina como “no reproducción”. Este concepto hace referencia a la dimensión negada u omitida del debate sobre la reproducción, que involucra tanto a la anticoncepción como al aborto. Según la autora los DSR deben comprender al menos tres dimensiones fundamentales: la reproducción, la anticoncepción y la sexualidad.

Este concepto ha redefinido el lugar que ocupa el cuerpo y ha ampliado las posibilidades para que las personas puedan tomar decisiones libres, informadas y

responsables sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Uno de los principales logros ha sido la mediación frente a la histórica fecundidad obligatoria, posibilitando la planificación familiar y nuevos parámetros de placer sexual (Maier, 2008). En este sentido, el reconocimiento de estos derechos constituye un eje central en la lucha por la autonomía corporal y posiciona a la sexualidad en un campo legítimo. Los DSR no solo amplían el horizonte de los derechos humanos, sino que han transformado -y lo siguen haciendo- de forma significativa las formas de habitar el cuerpo, el placer y los vínculos, posicionando a las personas en el lugar de sujetos activos y autónomos para decisiones vitales.

A nivel nacional se ha transitado un camino complejo y significativo en el reconocimiento de los DSR, especialmente en lo que respecta a la interrupción voluntaria del embarazo. Desde principios del siglo XX, las feministas uruguayas lucharon por el reconocimiento de los derechos educativos, políticos y civiles, incluyendo la aspiración al "derecho al cuerpo propio" y a la equidad entre los géneros (Sapriza, 2011, p. 19). Figuras como la médica Paulina Luisi promovieron el control de la natalidad y el neomalthusianismo. María Abella, - maestra y periodista feminista - en 1906 incluyó en su "Programa mínimo de reivindicaciones feministas" reformas al matrimonio, al reconocimiento del divorcio, el derecho a la patria potestad compartida, el derecho de la mujer a administrar sus propios bienes, y el derecho al cuerpo propio.

En Uruguay, la conmemoración del Día de los Derechos Humanos estuvo acompañada por la aprobación de la Ley sobre salud sexual y reproductiva -Ley Nº 18.426- el 10 de diciembre de 2008. A través de esta normativa, el Estado asumió la responsabilidad de garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de los DSR, incluyendo la maternidad y paternidad deseada y responsable (Correa, 2003). Posteriormente, la aprobación de la ley N° 18.987 marcó un hito con la despenalización del aborto voluntario, conviertiéndo a Uruguay como el primer país en América del Sur en reconocer legalmente este derecho. Sin embargo, en este camino el aborto legal ha tenido complejidades históricas, ha sido tema de debates intensos y desafíos que aún persisten en su implementación.

Los avances en derecho de salud sexual y reproductiva han permitido vivir una sexualidad más plena y responsable de forma que la reproducción sea una elección. Sin embargo, tal como explicita Lopez (2018) en el proceso de la incorporación de la SSR tanto en la agenda pública como las agendas consensuadas en las sociedades, se han identificado

algunos obstáculos relacionados principalmente con barreras funcionales, organizativas y culturales que dificultan el pasaje de un modelo de atención de corte tradicional materno-infantil a uno integral que esté basado en derechos sexuales y reproductivos en el marco de la universalidad e integralidad. Esto evidencia que el reconocimiento formal de los DSR no garantiza necesariamente su ejercicio efectivo.

5.5 La historia del aborto en Uruguay

El debate sobre el aborto no es un tema reciente en Uruguay. Si se observa la historia nacional es un tema que ha pasado por diferentes marcos normativos desde comienzos del siglo XX, atravesando diferentes disputas ideológicas, tensiones políticas y transformaciones sociales. Es un reflejo de las tensiones e interacciones entre la legislación, los movimientos sociales, el sistema de salud y la opinión pública, que han configurado progresivamente el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

El Código Penal uruguayo criminalizó el aborto en 1898, postura que se mantuvo durante gran parte del siglo XX. Entre 1934 y 1938 hubo un breve período de despenalización de la práctica en determinadas circunstancias por razones higienistas (Pecheny et al., 2017). Esta medida respondía al nuevo Código Penal en 1934 creado por José Irureta Goyena; ahora el aborto tenía como condición única que se realizara bajo el consentimiento de la mujer.

A pesar de la temprana despenalización, esta no respondía a una concepción de derechos de las mujeres, sino a una cuestión de orden sanitario y preocupación del Estado y la medicina por los riesgos que implicaba el aborto clandestino. De igual forma, la legalización del aborto marcó un antecedente significativo en relación al sistema de salud uruguayo.

En el contexto de la transición demográfica que atravesaba Uruguay, el aborto adquirió una imprtante presencia como práctica de regulación de fecundidad, particularmente debido a las limitadas alternativas anticonceptivas disponibles. Registros y argumentaciones de la época como los presentados por el Dr. Turenne mostraban un “crecimiento geométrico” del número de abortos en los hospitales, llegando a una proporción de abortos en relación a partos realizados en hospitales de 44,08% en 1923 (Turenne, 1926), estas cifras dejaban ver

que el aborto era una práctica tan común en la sociedad uruguaya que la prohibición establecida en 1889 no había logrado impedirla.

José Pedro Barrán (1996) interpretó este fenómeno como una "violencia de la rebelión femenina en pro del aborto y una inclinación de la sociedad por controlar la natalidad" (p. 123). Algunas figuras de la medicina bajo el sustento idológico de la eugenesia señalaban al aborto como medio para evitar la "maternidad inconsciente" con el objetivo de proteger a madres solteras y pobres y evitar así que la mujer por presión de la sociedad recurriera al aborto clandestino (Johnson et al., 2011, p. 34). Ahora, la discusión sobre el control de la natalidad y la sexualidad de la mujer pasaba a ser tema público y objeto de la intervención médico-estatal.

Sin embargo, esta despenalización fue de corta duración. En enero de 1935 tres meses después de la puesta en vigencia del Código Penal, el Ministerio de Salud Pública bajo la dictadura de Gabriel Terra emite un decreto prohibiendo la realización de abortos en hospitales público y anula la posibilidad del "aborto profiláctico" para mujeres pobres. El aborto se convierte entonces en una práctica accesible solo para mujeres de clases pudientes que tengan la posibilidad de costear clínicas privadas (Sapriza, 2011). Finalmente en 1938 la Ley Nº 9.763 vuelve a penalizar el aborto y se mantiene en la ilegalidad hasta la aprobación de la ley en 2012, reflejando una fuerte influencia de los valores conservadores de la legislación nacional de aquel momento. Esta ley consideraba al aborto como un delito, además de ser ineficaz a la hora de desestimular y reducir la práctica, profundizando la discriminación hacia las mujeres, especialmente aquellas que formaban parte de los estratos más bajos de la sociedad (Correa, 2003).

Con el retorno de la democracia en 1985 emergieron en Uruguay debates vinculados a los derechos de las mujeres. En este contexto, el movimiento feminista y distintas organizaciones se comienzan a centrar en temas específico de las mujeres, llevando adelante trabajos en red a nivel nacional y regional (Pecheny et al., 2017). Encuentran así, un nuevo escenario para reivindicar la interrupción voluntaria del embarazo y logran instalar la demanda de la despenalización en la agenda pública. Durante las siguientes dos décadas, se presentan distintos proyectos de ley para despenalizar el aborto pero ninguno logra ser aprobado. La resistencia ideológica de los partidos Colorado y Nacional y el temor de

algunos dirigentes del Frente Amplio a abordar la temática en época electoral, impidieron que los proyectos avanzaran (Pecheny et al., 2017).

Uno de los momentos mas relevantes en la trayectoria del debate sobre el aborto en Uruguay fue la discusión parlamentaria de la Ley sobre salud sexual y reproductiva. Además de consolidar avances en materia de DSR, incluía capítulos donde se trataba la despenalización del aborto a pedido de la mujer, hasta las doce semanas de gestación y con plazos extendidos ante situaciones puntuales donde se pusiera en riesgo la vida de la mujer, constituyendo un antecedente fundamental para las transformaciones legsilativas posteriores (López, 2018).

Sin embargo, el entonces presidente Tabaré Vázquez lo vetó parcialmente, precisamente los capítulos que referían a la despenalización del aborto, manteniendo su criminalización. Vázquez fundamentó su veto en argumentos que presentó como científicos, jurídicos y de derechos humanos que afirmaban la importancia de la vida humana y su protección desde el momento de la concepción (Banfi Vique et al., 2010). Esta decisión generó malestar dentro del propio partido y una significativa reacción pública que dejó en evidencia los límites entre la agenda progresista y las convicciones personales de los dirigentes políticos. Se consolida así, el aborto legal como una deuda pendiente para las fuerzas pro-legalización.

La llegada de José Mujica a la presidencia en 2010 marcó un punto de inflexión en cuanto a la consolidación de normativas e implementación de servicios de salud sexual y reproductiva, ya que tanto él como el vicepresidente de la República se comprometieron frente al colectivo integrado por grupos de mujeres del Uruguay a retomar el proyecto de ley de SSR. Este nuevo escenario dio lugar a la continuidad y profundización de las políticas del gobierno anterior con la oportunidad de impulsar un nuevo proyecto presentado por las senadoras Mónica Xavier, Constanza Moreira y el diputado Álvaro Vega. Esta iniciativa legislativa se argumentaba en la promoción de derechos y autonomía reproductiva, despenalizaba el aborto bajo las condiciones expuestas en la ley y garantizaba el acceso libre, incluyendo además el principio de objeción de conciencia (Pecheny et al., 2017).

Con el objetivo de asegurar su aprobación, el proyecto fue modificado y se volvió más restrictivo durante las negociaciones parlamentarias. A pesar de las protestas de

organizaciones sociales ante las modificaciones realizadas por las formas de negociación y el lenguaje el proyecto fue aprobado; el 25 de setiembre de 2012 se aprueba la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la cámara de diputados con 50 votos a favor y 49 en contra y ratificada por el senado el 17 de octubre del mismo año. Uruguay se convirtió en el primer país de América del Sur en aprobar una ley que reguló el acceso al aborto volunatrio durante el primer trimestre de embarazo. Finalmente, el Poder Ejecutivo en noviembre de 2012, promulgó la ley para su reglamentación por el Ministerio de Salud Pública.

La movilización por parte de organizaciones feministas y colectivos de mujeres, así como el constante debate parlamentario evidenció que las disputas en torno al aborto excedían el plano sanitario y jurídico, se comienza a considerar también una debate sobre el lugar que ocupan las mujeres, la maternidad y la autonomía reproductiva en la sociedad uruguaya.

Si bien la ley cuenta con un procedimiento regulado para el acceso del derecho, tiene algunas limitaciones. La ley reconoce la objeción de conciencia individual de los profesionales y la objeción de ideario institucional para los prestadores de servicios de salud. Posee también ciertas restricciones en el acceso para mujeres migrantes que no puedan acreditar un año de residencia en el país, teniendo como excepción los casos de violencia sexual, trata o explotación.

En perspectiva histórica, si bien el recorrido del aborto en Uruguay y la aprobación de la ley N° 18.987 representa un avance significativo, sus limitaciones en la aplicación dejan ver que la autonomía reproductiva no es una conquista definitiva en el plano normativo. Esto requiere transformar prácticas, jerarquías profesionales y representaciones sociales para poder seguir avanzando en materia de derechos reproductivos. En este sentido, el proceso uruguayo demuestra que el marco legal del aborto es solo el punto de partida y que su legalidad no elimina las tensiones sociales e institucionales que atraviesan las experiencias de las mujeres al acceder al derecho.

5.6 Biopoder y aborto

La noción de biopoder, desarrollada por Michael Foucault, permite comprender cómo los Estados modernos comenzaron a gestionar y potenciar la vida de la población. A partir de la regulación de procesos biológicos como la natalidad, la mortalidad, curvas de edad y salud, comenzó a instalarse cierto control sobre las personas con fines productivos y de orden social (Foucault, 1999, p. 245). La biopolítica también configuró nuevos tipos de saber y aparatos de poder que habilitaron la observación, manipulación e intervención directa de la población. En este marco, la reproducción y la sexualidad se vuelve un terreno privilegiado de intervención política, científica y moral, donde el cuerpo de la mujer, se vuelve un lugar estratégico (Gómez, 2023).

El aborto aparece así, como punto de condensación de estas lógicas biopolíticas. Como señala Gómez (2023), su regulación excede el espacio de decisión íntima, ubicándose en el centro de la gestión pública, del escrutinio social y de la moral (p. 14). No se trata únicamente de una práctica médica, sino que está atravesado por relaciones de poder que definen qué vidas deben ser protegidas en qué condiciones y bajo qué criterios de legitimidad. En este sentido, la penalización o regulación del aborto representan formas de administrar la vida, en las que el Estado y el saber médico se unen para producir normas sobre reproducción y maternidad.

El poder médico ocupa un lugar central en el proceso de IVE. La medicina moderna no solo ocupa un lugar técnico en la intervención de los cuerpos, sino que produce y reproduce discursos de verdad acerca de ellos. Definen qué es un embarazo normal, qué es un riesgo y bajo qué condiciones la interrupción de un embarazo puede ser condenable o aceptable. Estas definiciones del saber experto, tienden a estar representadas como neutrales y objetivas, sin embargo, están atravesadas por valores morales, supuestos de género y concepciones normativas sobre la maternidad. Rostagnol (2016) afirma que el cuerpo de la mujer se vuelve un objeto sobre el cual los ginecólogos tienen control y toman decisiones, reforzando lógicas jerárquicas entre profesionales de la salud y pacientes, en las que las mujeres quedan como objetos de tutela y no como sujetas de derecho.

En esta misma línea, Rostagnol (2016) también expresa que el habitus médico coloca a las mujeres en el lugar de “casos” y “objetos” de discusión clínica, antes que considerarlas

con una subjetividad propia. En su tesis, la autora expone cómo en los ateneos y consultas, sus cuerpos son observados, clasificados y diagnosticados, mientras que sus experiencias y narrativas quedan invisibilizadas. “El cuerpo de la persona se restringe a la parte del cuerpo que reviste interés para el profesional, la persona se diluye” (Rostagnol, 2016, p.215), produciendo un efecto de desempoderamiento y enajenación del cuerpo femenino donde el feto toma una posición central en el proceso reproductivo por sobre la mujer.

Rostagnol (2016) encuentra un sustento teórico sobre esa forma de tratar y mirar a los cuerpos en los aportes de Emily Martin (1987), quien analiza la fragmentación del cuerpo de las mujeres como parte del discurso biomédico. Según la autora, la medicina presenta dos figuras, por un lado, el útero como máquina que produce bebés y por ello necesita atenciones especiales y un control específico por parte de la medicina; por otro, la mujer como el “continente” que habilita la reproducción y que debe ser cuidada en función de ese fin (Martin, 1987, citado en Rostagnol, 2016, p. 219). En esta representación predomina la imagen de un útero-máquina que tiene solo un fin reproductivo y separa a la mujer como persona de ello, subordinando su experiencia y autonomía a una lógica técnica y productivista de la reproducción, y reduciendo su figura a su aparato reproductivo.

Esta lógica se vincula con la enajenación biopolítica del erotismo mencionada en Campagnoli (2016). Desde esta perspectiva, tanto la penalización como la regulación del aborto no solo controlan una práctica, sino que le quitan a las mujeres la autonomía y el poder sobre su cuerpo y su sexualidad. Llevan la decisión a instancias que son representadas como objetivas o naturales ligadas a la medicina, el Estado y el derecho. En este plano, ni la mujer ni el feto son reconocidos plenamente como actores, sino que su representación está en manos de profesionales autorizados a decidir sobre la vida, la reproducción y sus formas.

La expropiación de la capacidad de decidir está ligada a un contexto más amplio a nivel histórico que presenta a la mujer como sujeto incapaz de decidir y tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Desde una perspectiva biopolítica, esta supuesta incapacidad está ligada culturalmente al mandato de ser madre, con la reproducción como destino natural y fin último de las mujeres. Por lo tanto, la regulación de la sexualidad y la reproducción operan también a través del imaginario social y las expectativas sobre la figura femenina que vuelven inapropiada a cualquier elección que tome distancia de la maternidad.

En Uruguay la ley N° 18.987 muestra cómo incluso en contextos de despenalización, aún existen mecanismo de tutelaje sobre las decisiones reproductivas. Las consultas obligatorias con profesionales de distintas áreas, las instancias de asesoramiento y el periodo de "reflexión" son parte del procedimiento de IVE, que si bien se presentan como mecanismos de garantía y acompañamiento, también pueden representar formas de control sobre el proceso y cierto encuadre institucional en la decisión de las mujeres (Rostagnol, 2016). En este sentido, la presencia del Estado en la regulación detallada del proceso no prohíbe directamente, pero sí organiza, y condiciona el ejercicio de la autonomía reproductiva. Desde una perspectiva crítica, estas instancias pueden ser analizadas como espacios donde conviven mecanismos de garantías de derechos y formas de regulación institucional de las decisiones reproductivas.

En este sentido, la decisión sobre abortar o continuar con el embarazo no puede considerarse únicamente como elección individual, sino que se trata de decisiones atravesadas por diversos juicios médicos, jurídicos y morales que generan subjetividades y crean verdades sobre lo que es ser "buena madre", tener un embarazo "normal" o una interrupciòn "justificable" (Gómez, 2023), teniendo una participación activa en las formas de gobernar la vida.

En definitiva, el análisis biopolítico permite comprender que las decisiones reproductivas están enmarcadas dentro de entramados institucionales, médicos y culturales que configuran las posibilidades de elección. El cuerpo de las mujeres se vuelve un territorio privilegiado de intervención y tutela del saber experto y su autonomía queda limitada por regulaciones y expectativas que no anulan su capacidad de decidir, pero sí recortan sus posibilidades de elección y condicionan su experiencia.

5.7 Aborto y objeción de conciencia

La objeción de conciencia (OC) en el ámbito de la salud, particularmente en la IVE, es una figura central y controversial en la implementación de la ley en Uruguay. La OC ha sido definida como la negativa a participar en una actividad que una persona considera incompatible con sus creencias religiosas, morales, filosóficas o éticas (Chavkin et al., 2017). También puede considerarse en términos jurídicos como la figura que permite al individuo negarse a cumplir un deber legal (Abracinskas y Puyol, 2022).

Si bien es un concepto relativamente nuevo en el ordenamiento jurídico uruguayo, se introdujo en 2009 con la ley N° 18.473 sobre voluntad anticipada y se incluyó en la ley de IVE en 2012 en el artículo N° 11, sin una definición precisa. La OC se entiende como una decisión personal, no colectiva (Rostagnol, 2016) y la objeción declarada en una institución, sea pública o privada, debe ser idéntica en todas las instituciones donde el profesional preste servicios.

Diniz (2014) plantea que la OC manifiesta la libertad de la conciencia, considerando a esta última como un derecho fundamental. Sin embargo, sería equivocado la superposición entre la libertad de conciencia y las políticas sociales justificadas por la conciencia (p. 32). En este sentido, la forma en la que actualmente se utiliza la OC difiere de lo que Alegre (2014) denomina "objeción tradicional", que no representa riesgos para los derechos ajenos, es inofensiva (p. 18). En cambio, la objeción de conciencia sanitaria, puede perjudicar el acceso a derecho de terceros (Alegre, 2009), especialmente cuando su ejercicio deriva en demoras, derivaciones ineficaces o negación directa de servicios. En el ámbito de la SSR, la OC adquiere particular relevancia porque puede entrar en tensión con los derechos de las mujeres a la vida, la salud, la autonomía y la dignidad (Alegre, 2009). Cuando opera como obstáculo para el acceso a un servicio legal, la OC deja de ser un mecanismo de protección individual y pasa a ser una barrera estructural.

Diversos análisis han mostrado que en América Latina la OC no siempre se ejerce de manera individual y transparente, sino que se instrumentaliza de forma colectiva, institucional e incluso territorial. La Ley IVE en Uruguay introduce también la figura de la "objeción de ideario" en el artículo N° 10, estableciendo la posibilidad a instituciones de salud -públicas o privadas- de no proveer los servicios de aborto si se reconoce su política interna en contra de la realización del procedimiento (Abracinskas y Puyol, 2022). Esta figura que se traduce en una forma de OC colectiva, contradice la naturaleza individual de este derecho, y en los hechos se ha traducido en restricciones reales para el acceso a un servicio legal y obligatorio en el sistema de salud (González, 2014).

A nivel nacional, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva creado por MYSU en 2007 es la principal fuente de información sobre distintos aspectos de la SSR, entre ellos el acceso a la IVE. El observatorio genera información tanto cuantitativa como cualitativa sobre la implementación de los servicios de SSR en el Sistema Nacional

Integrado de Salud, realiza un seguimiento al cumplimiento de la normativa e identifica avances y barreras en la implementación de la política (MYSU, 2017). Desde la implementación de la IVE en 2012, MYSU ha monitorado la ejecuión y el funcionamiento del acceso al servicio de aborto y ha identificado al uso abusivo de la objeción de conciencia como el principal problema en la implementación de la ley (MYSU, 2017).

En este sentido, Serna, et al. (2019) también refieren a que la OC, tanto en su forma individual como institucional en Uruguay se ha convertido en una de las principales barreras de los servicios de IVE. Las autoras sostienen que son pocos los casos en los que los/as profesionales de la medicina que son objetores están al tanto de las definiciones legales del término, y que su uso puede responder más a lógicas del poder médico que a convicciones éticas profundas.

Los datos expuestos por el observatorio de MYSU permiten tener una idea de los porcentajes de objetores de conciencia en Uruguay y su distribución a nivel territorial. Desde 2013 a 2017 MYSU realizó un estudio en profundidad sobre el funcionamiento de los servicios de SSR en 10 de los 19 departamentos de Uruguay. Se identificó que las mayores dificultades en cuanto a la OC se ha dado en el litoral del país -Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano (MYSU, 2017). -, en donde los niveles más altos han superado el 60%, con prestadores con porcentajes mayores a 80% y localidades como Mercedes, Young y Castillos con 100% de objetores (MYSU, 2021). Los departamentos del sur son los que presentan los porcentajes más bajos de OC, Maldonado, Florida, parte de Rocha y Montevideo tienen una baja presencia de objetores, sin embargo, se puede observar que dentro de los departamentos existen disparidades internas entre los prestadores y dificultades operativas que terminan tensionando la implementación.

Luego del fallo del TCA en 2014 que eximió a los ginecólos de la obligación de participar de los procesos vinculados al aborto, MYSU deja de tener acceso en 2016 a las cifras de objetores de conciencia en los departamentos. El informe de 2017 reconstruyó de forma parcial la situación a través de relevamientos en centros de salud de los distintos departamentos, pero sigue existiendo cierto vacío informativo.

En 2021, MYSU publicó un artículo sobre la OC y sus cifras en Uruguay en el que se vuelve a evidenciar la falta de información sobre objetores de conciencia. A pesar que por

declaración jurada, las instituciones proveedoras de SNIS deben elevar anualmente información sobre los prfofesionales objetores, no se cuenta con datos oficiales para el 31% de los servicios de aborto legal (MYSU, 2021).

Posteriormente, un artículo de MYSU publicado en 2023, señaló que el MSP informó que, de 81 instituciones de las que hay datos, 18 declararon 50% o más de profesionales objetores, de las cuales 11 son unidades de ASSE. El MSP también realizó un relevamiento publicado en El País que muestra la situación en algunas mutualistas y seguros privados de la salud; sin embargo, en cuanto a ASSE, no existen cifras claras en años recientes en sus servicios (Magallanes , 2024). Esto da cuenta de que no se tiene información de una cantidad significativa de servicios respecto a la OC.

Más allá de su dimensión normativa e institucional, la OC puede interpretarse como una práctica que puede reforzar el control sobre los cuerpos gestantes y las representaciones tradicionales de la maternidad como algo inherente a la mujer. Esta práctica da cuenta de la persistencia de un orden biomédico que se apropia de los cuerpos femeninos y los hace funcionar como medios para la reproducción (Aramberri, 2021), deslegitimando la autonomía reproductiva de las mujeres.

En definitiva, la objeción de conciencia se ha consolidado como un factor determinante para la garantía -u obstrucción- del acceso efectivo a la IVE. La naturalización de la objeción institucional, así como la heterogeneidad en el territorio demuestran que la OC no es una cuestión meramente jurídica, sino que depende de las dinámicas institucionales y territoriales antes que del marco legal. Resulta imprescindible a futuro generar mecanismos de registro y monitoreo más efectivos, con criterios claros y políticas que garanticen que su uso no será un obstáculo para la autonomía de las mujeres y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

6. Análisis de los resultados según objetivos

La encuesta fue respondida por 64 mujeres de las cuales 60 cumplían con los criterios de inclusión definidos para la investigación: ser mujeres uruguayas, mayores de edad y haber realizado el procedimiento en Uruguay con posterioridad a la aprobación de la ley N° 18.987.

Las encuestadas residen en distintos departamentos del país, predominando Montevideo y la zona metropolitana, aunque también se registran respuestas de mujeres de departamentos del interior, entre ellos Maldonado, Cerro Largo, Artigas, Florida, Colonia y Treinta y Tres. La diversidad territorial permitió incorporar experiencias desarrolladas en diferentes contextos geográficos, aspecto relevante considerando las desigualdades existentes en la distribución de servicios de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.

En relación a la edad, la mayoría de las participantes están ubicadas en el rango etario de 18 a 35 años al momento de realizar el procedimiento. Con respecto al nivel educativo, predominan aquellas con nivel medio y alto (secundaria completa y terciaria, completa e incompleta), mientras que en el plano laboral la mayoría se encontraba inserta en el mercado laboral al momento de contestar la encuesta.

En cuanto al tipo de prestador de salud, se observa un predominio de experiencias en el sector privado/mutual, aunque se registran también experiencias de mujeres que accedieron a la IVE en el sector público. Asimismo, la encuesta permitió identificar experiencias de mujeres que debieron trasladarse de departamento para concretar el procedimiento, lo que da cuenta de desigualdades territoriales en el acceso efectivo al derecho.

La diversidad de trayectorias, contextos y experiencias presentes en la muestra permitió identificar diversos factores que inciden en el acceso a la IVE, así como comprender la manera en que las mujeres significan y atraviesan el proceso dentro de sus propias realidades.

Los resultados se organizaron en dos apartados en función de los dos primeros objetivos específicos definidos. El primero refiere a las barreras identificadas en el acceso al derecho de IVE y el segundo pretende analizar los facilitadores que se pueden distinguir a partir de la respuesta de las participantes. Los datos relevados de las encuestas, fueron posteriormente interpretados en base al marco teórico seleccionado, buscando establecer

vínculos entre las experiencias de las mujeres y los procesos subjetivos, sociales, culturales e institucionales que atraviesan el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Con el propósito de preservar la confidencialidad y el anonimato de las mujeres participantes, a cada una se le asignó un código de identificación (P1, P2, P3, etc).

Con fines analíticos, las barreras fueron organizadas en dimensiones institucionales, simbólicas y culturales; mientras que los facilitadores fueron organizados en dimensiones institucionales, simbólicas y subjetivas. Esta clasificación no responde a una tipología preexistente en la literatura, sino que fue elaborada para esta investigación a partir de los hallazgos empíricos y del marco teórico desarrollado. Si bien las dimensiones están estrechamente relacionadas y suelen superponerse en la experiencia concreta de las mujeres, su diferenciación permite visibilizar distintos niveles en los que se configuran las experiencias de IVE.

6.1 Barreras en el acceso al derecho

A partir de la información relevada, las barreras se organizaron en tres dimensiones: barreras institucionales, vinculadas al funcionamiento del sistema de salud, sus profesionales y la implementación del servicio; barreras simbólicas, que refieren a los significados sociales e imaginarios sobre maternidad y aborto; y barreras culturales, asociadas a normas y mandatos sociales sobre la sexualidad de las mujeres y la reproduccón. Dicha clasificación permite ordenar el contenido y comprender de forma integral los factores que inciden en el acceso a la IVE.

Si bien la clasificación permite ordenar y sistematizar los resultados, en las experiencias concretas de las participantes estas dimensiones aparecen significativamente interrelacionadas. Su diferenciación busca facilitar la comprensión de los factores que inciden en el acceso al derecho y las formas en la que estos pueden condicionar las experiencias de las mujeres.

6.1.1 Barreras institucionales

A partir de las respuestas obtenidas de la encuesta, se pueden observar dificultades relacionadas a los tiempos de atención, la disponibilidad de información, el trato recibido por los profesionales de la salud y las condiciones organizativas del proceso. Estas situaciones

inciden en la forma en que las mujeres transitan el proceso, generando incertidumbre, malestar y percepciones de poca contención institucional.

Uno de los aspectos que aparece con mayor frecuencia es la necesidad de contar con información clara y accesible durante el proceso. Ante la pregunta sobre qué le dirían a otras mujeres que estén pasando por el proceso de IVE, en las respuestas relevadas se pueden observar expresiones como: “Que se informen sobre el proceso y los derechos, que exigían al personal médico la adecuada atención y respuesta.” (P15) y “Preguntar todo lo que genere duda. Asesorarse siempre con médicos” (P40), dando cuenta de la importancia que las participantes atribuyen a la información adecuada y al acompañamiento profesional durante la IVE .

Al momento de consultar por situaciones vividas durante el procedimiento, un 15% de las participantes señaló la “falta de información clara”. En este sentido, Rostagnol (2016) menciona que históricamente las instituciones han sido parte de los dispositivos que regulan la sexualidad y la reproducción femenina, por lo que el acceso a la información constituye un elemento fundamental para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

El no tener claro el procedimiento puede limitar la autonomía de las mujeres al momento de tomar decisiones sobre su proceso reproductivo. Se evidencia que la información no siempre se presenta como un recurso efectivamente garantizado para las mujeres desde el ámbito institucional. De este modo, se traslada a las propias usuarias la responsabilidad de conocer procedimientos y requisitos vinculados al acceso a la IVE.

Otro aspecto mencionado por las mujeres encuestadas refiere al trato recibido por los profesionales. Aparecen referencias a la necesidad de acceder al procedimiento “Sin prejuicios ni juicios” (P11) , así como la recomendación a otras mujeres de “Expresar si en algún momento se sienten incómodas, juzgadas o no comprenden algo” (P40). Asimismo, entre las situaciones relevadas, el 36,7% respondió que durante el proceso hubo “Exposición de imágenes relacionadas con el desarrollo fetal”; el 28,3% refirió que hubo “Juicios de valor por parte del personal médico/técnico”; y el 21,7% pasó por la “Exposición de sonidos como el latido cardíaco fetal”.

Además de las dificultades vinculadas al trato y la información, algunas respuestas evidencian problemas organizativos concretos que afectaron el acceso al procedimiento. Una de las participantes Señaló:

> Falta de responsabilidad con las pruebas de sangre por parte de la mutualista. Hubo un error en la extracción por lo que no podían realizar la prueba y al momento de comunicarse conmigo como no les daba tono el celular, no intentaron comunicarse por otra parte. Lo dejaron pasar. Por culpa de eso estuve justa de tiempo y casi no pude continuar con el procedimiento (P13)

En esta línea, resulta pertinente problematizar el papel de los profesionales y de las instituciones en el acceso a la IVE. López (2012) afirma que el recorrido que las mujeres transitan dentro de los servicios de salud puede responder más a una lógica de tutelaje profesional que al reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción.

Las situaciones expuestas por las participantes pueden interpretarse como una forma de tutelaje institucional que las colocan en un lugar de subordinación frente a los profesionales de la salud. La exposición de imágenes, sonidos o juicios de valor por parte del equipo que trabaja con la situación puede interpretarse como intervenciones que buscan influir en la decisión de las mujeres. En consonancia con ello, Rostagnol (2008), sostiene que las instituciones médicas y administrativas participan de la regulación de la sexualidad y la reproducción mediante mecanismos reguladores que operan sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas. De este modo, el poder médico que opera como saber experto, junto con las instancias administrativas, contribuyen a definir y regular aquello que está socialmente definido como aceptable, en este caso relacionado a la sexualidad de las mujeres.

Desde esta perspectiva, el acceso a la IVE no se puede visualizar únicamente como el ejercicio de un derecho, sino que se configura también como un proceso en el que las mujeres continúan siendo objeto de regulación y supervisión institucional. Las experiencias relevadas dan cuenta de que este tipo de intervenciones no sólo afectan el desarrollo del proceso, sino que también tienen repercusiones en las vivencias de cada una, generando incomodidad, presión o necesidad de justificar la decisión tomada.

A su vez, dentro de las barreras institucionales se identifican aquellas también vinculadas a los temas administrativos y organizativos del sistema de salud en las etapas del procedimiento de IVE. Las fallas en la comunicación institucional o demoras en los tiempos del proceso, dan cuenta de que el ejercicio del derecho puede verse condicionado por el funcionamiento interno de los servicios.

Una de las mujeres encuestadas expresó que, debido a dificultades vinculadas a la extracción de sangre, se vio obligada a modificar el recorrido previsto para acceder a la IVE: "Tuve que cambiarme de mutualista y realizar la otra parte en otro hospital" (P13), lo que evidencia que las barreras administrativas no implican solo demoras en el proceso, sino la necesidad a veces de reorganizar por completo el recorrido institucional, haciendo que la mujer en este caso, tenga que transitar por dos hospitales para poder concretar el proceso de IVE. Esto refuerza la idea que el acceso a este derecho depende también de la capacidad que tienen las mujeres de adaptarse a las condiciones del sistema, teniendo que asumir gestiones adicionales que son consecuencia de fallas institucionales.

Finalmente, la objeción de conciencia aparece como otra de las barreras institucionales identificadas. Si bien esta práctica está contemplada dentro del marco normativo que regula el acceso a la IVE, su implementación concreta puede impedir el acceso efectivo al derecho. De la encuesta se desprende que el 13,3% de las mujeres experimentaron la objeción de conciencia al momento de transitar la IVE, y otras pocas indicaron que directamente "La institución no realizaba IVE". Asimismo, cuatro mujeres manifiestan haber tenido que trasladarse de departamento para realizarse el procedimiento, dos de ellas refieren haberse trasladado a Montevideo, una de ellas al departamento de Canelones y una a Cerro Largo.

Esto deja en evidencia que el acceso al derecho no se da de forma homogénea a lo largo del país. La OC por parte de algunos profesionales, sumada a la alta concentración de objetores en los departamentos, muchas veces obliga a las mujeres a buscar otros proveedores y alargar el proceso de aborto (Gallego et al., 2025). Esto permite comprender que la disponibilidad de servicios y la distribución institucional inciden significativamente en la posibilidad de concretar el proceso. La objeción de conciencia, si bien no aparece como experiencia mayoritaria en las mujeres encuestadas, tiene un impacto considerable en la implementación de la IVE.

Las barreras institucionales identificadas permiten comprender que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no se reduce a un marco legal que la habilite, sino que existen múltiples factores que condicionan el ejercicio efectivo del derecho. La falta de información clara, el trato juzgador por parte de los profesionales, las prácticas de los mismos que generan incomodidad durante el proceso, así como los obstáculos administrativos existentes, ponen en evidencia las condiciones desiguales en el acceso. De esta forma, el derecho a la IVE aparece mediado por el funcionamiento del sistema de salud, donde las condiciones institucionales facilitan o limitan el acceso, generando tensiones entre lo que en teoría debería estar garantizado y lo que efectivamente sucede en la práctica.

6.1.2 Barreras simbólicas

Las barreras simbólicas constituyen otro de los tipos de obstáculos identificados a partir de las experiencias de las mujeres. Estas no se expresan necesariamente de forma material o institucional, sino que operan a través de significados, valores y representaciones sociales vinculadas a la sexualidad, la maternidad y el aborto. Dichas barreras inciden en la forma en la que las mujeres transitan el proceso de IVE, condicionando sus experiencias, emociones y percepciones.

Algunas de las expresiones relevadas en el cuestionario, permiten observar discursos recurrentes que dan cuenta de la necesidad de transitar el proceso libre de juicios externos, así como de gestionar emociones relacionadas a la culpa y la vergüenza. Esto se observa en expresiones como: “No te dejes llevar por prejuicios o presiones de terceros. Es tú cuerpo y el proceso es tuyo” (P5) ; “Aflojar la culpa” (P40) o “Es un proceso propio, íntimo y tuyo, es natural y sucede con más frecuencia de lo que la sociedad visibiliza, por lo que la culpa y la vergüenza por ello no es algo que deberíamos vivir.” (P29). Se evidencia que el aborto continúa estando cargado de significados sociales que lo ubican en un lugar de cuestionamiento moral, generando en las mujeres conflicto emocional e inseguridad sobre la decisión tomada.

Rostagnol (2016) explicita que “El contexto cultural uruguayo ha sido siempre de «condena, tolerancia y negación» para las prácticas del aborto voluntario” (p. 60), lo que indica que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo están expuestas a una sanción

moral, que las lleva muchas veces a mantener el proceso en secreto. Con la internalización de estos procesos, las mujeres no solo se enfrentan a posibles juicios externos, sino también a tensiones internas vinculadas a lo que socialmente se espera de ellas. Este silencio puede favorecer experiencias atravesadas por el aislamiento y la invisibilización.

Una de las mujeres encuestadas expresa que "Cada una es libre de elegir lo que le parezca correcto en ese momento, no tenemos por que cargar con una mochila ajena respecto a las expectativas que otros puedan tener frente a situaciones como estas" (P13), mientras que también aparece la reiteración de mensajes que apelan a la idea de la autonomía corporal y la capacidad de decisión de las mujeres sobre su maternidad. Otra participante expresa: "Si están decididas que lo hagan, su cuerpo es suyo y su decisión de ser madre debe ser cuando se sienta segura de que va a poder hacerlo" (P45). Estos mensajes dan cuenta, por un lado, de un proceso de afirmación de autonomía de las mujeres encuestadas, pero también de la necesidad de elaborar discursos de resistencia frente a los mandatos sociales y reforzarlos frente a un contexto que no siempre reconoce la autonomía reproductiva.

En la misma línea, del cuestionario se desprende que ante la pregunta "¿Cómo describirías tu experiencia emocional durante y después del proceso?" el 41,7% de mujeres señalaron que sintieron culpa y el 25% refiere haber sentido confusión. La presencia de malestar emocional con sentimiento como el miedo o la duda no se puede entender como una dimensión aislada e individual del proceso, sino como el resultado de un entramado simbólico que ha asociado históricamente la sexualidad femenina a la reproducción y ha construido al aborto como una práctica socialmente controvertida.

Estas emociones adquieren sentido cuando se las vincula a los mandatos de género que han asociado históricamente la maternidad con la feminidad. Las mujeres que eligen interrumpir un embarazo rompen con esas expectativas sociales dominantes sobre la feminidad y la maternidad. Al hacerlo modifican su lugar en la sociedad, arriesgando el orden moral, social y cultural. Por lo tanto, la decisión de abortar implica transgredir el mandato femenino, sobre todo en lo relacionado con el no deseo de ser madre, en vivir la sexualidad sin el deseo de procrear y la falta de sentimiento maternal (Cockrill y Nack, 2013).

Diversos actores sociales contribuyen a reproducir el estigma asociado al aborto mediante discursos que circulan en medios de comunicación, en debates políticos y espacios

institucionales, moldeando la subjetividad de las personas y en especial de las mujeres que tienen que decidir sobre su proceso reproductivo.

En este marco, lo expuesto por las mujeres permite profundizar en cómo estas barreras simbólicas inciden en la experiencia concreta. Una de las participantes señala que "La sociedad en general nos hace totalmente responsables de la salud reproductiva y con frecuencia se nos culpa o juzga por querer o no gestar" (P29). Tal como plantea Lamas (2001) la maternidad ha sido históricamente presentada como responsabilidad inherente de las mujeres, reforzando expectativas sociales respecto a sus decisiones reproductivas. Expresiones como esta dan cuenta de cómo los mandatos asociados a la maternidad continúan operando sobre las decisiones que toman las mujeres sobre sus trayectorias reproductivas. Configurando expectativas respecto al comportamiento esperado de las mujeres y generando tensiones cuando estas se apartan de ese modelo.

El estigma asociado al aborto no sólo se manifiesta en el plano social, sino que es internalizado e influye en la forma en la que las mujeres interpretan su decisión y transitan el proceso pese a tratarse de una experiencia frecuente en la vida reproductiva. De esta forma, la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de ser una política pública en Uruguay, continúa estando ubicada en el ámbito de lo privado, como una situación excepcional o socialmente cuestionada, lo que dificulta el abordaje colectivo y los espacios de reflexión más amplios.

La persistencia de construcciones sociales tradicionales y patriarcales tienen como consecuencia la asignación de valoraciones morales negativas hacia las mujeres que eligen interrumpir su embarazo. Zamberlin (2015) expresa que "Para las mujeres, el estigma no solo tiene un impacto psicológico sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica" (p. 176). Por lo tanto, esto no solo obstaculiza el acceso al servicio de forma segura, sino que además puede influir en la salud, tanto mental como física de quienes pasan por el proceso de aborto.

Las experiencias analizadas permiten observar que el estigma asociado al aborto continúa operando como una forma de regulación simbólica sobre los cuerpos de las mujeres y sus decisiones sobre ellos. Aunque la IVE está reconocida a nivel legal en Uruguay, persisten sentidos culturales y morales que pueden generar sentimientos negativos, de culpa y

angustia en las mujeres que transitan el proceso. Como consecuencia, el ejercicio pleno del derecho no se produce en un escenario neutral, sino que se da en un contexto que está atravesado por representaciones sociales que continúan condicionando la autonomía y experiencia de las mujeres.

6.1.3 Barreras culturales

Las respuestas relevadas permiten identificar que el tránsito por la IVE no solo está condicionado por aspectos institucionales o administrativos, sino también por la persistencia de mandatos culturales históricamente asociados a la sexualidad y la maternidad. A diferencia de las barreras institucionales que se expresan en el funcionamiento concreto de los servicios, o de las simbólicas, vinculadas a significados y emociones, las barreras culturales estructuran socialmente lo esperable para las mujeres dentro de determinada sociedad.

A partir de las respuestas relevadas, se refleja cómo persisten mandatos culturales vinculados a la maternidad y al rol femenino. El 68,3% de las mujeres encuestadas refieren que en gran medida consideran que la sociedad uruguaya promueve la maternidad como parte del rol de las mujeres. Asimismo, ante la pregunta sobre qué creen que se espera socialmente de una "buena mujer" en relación a la maternidad, un 45% respondieron que la mujer "Priorice la crianza por encima de su desarrollo personal y/o profesional"; un 43% que "Sea madre a cierta edad esperada" y un 40% que "Tenga hijos/as dentro de una familia estable".

En este sentido, se refuerza la idea de que la familia como modelo "triangular y jerárquico" (Reich, 1985) continúa ocupando un lugar en el imaginario social. Dicho modelo contribuye a perpetuar la división sexual del trabajo, donde la feminidad y la maternidad se muestran como dimensiones inseparables, quedando las mujeres asociadas principalmente al cuidado y crianza de sus hijos/as. Los resultados también permiten observar que las expectativas sociales en torno a la maternidad no se limitan únicamente en la idea de tener hijos/as, sino también bajo qué condiciones dicha maternidad es considerada deseable, legítima y socialmente valorada.

Se identifican también expresiones como "La maternidad será deseada o no será" (P6), "Hay un tiempo para la maternidad" (P27) o "La realización de una mujer no pasa por ser o no ser madre. Importa la mujer como individualidad y no ligada a un rol" (P30),

evidenciando la presencia de discursos que buscan resignificar la maternidad como elección personal y no como una obligación social. Como plantea Giallorenzi (2020) la maternidad es una de las instituciones más “esencializadas” y es asociada a ciertos valores e imágenes que se presentan como obligatorios para construir en los imaginarios la idea de familia y de cierto tipo de feminidad (p. 8). La reiteración de este tipo de mensajes da cuenta que, a pesar de haber cierto avance en términos de DSR, continúa operando una fuerte asociación entre lo femenino y lo maternal, tensionando la autonomía reproductiva de las mujeres.

Asimismo, varias participantes hicieron referencia a la importancia de pensar en sí mismas al momento de decidir: “Prioricen sus emociones siempre, la decisión debe ser tomada por una misma” (P56), “Es tu cuerpo y tu decisión tenes que pensar en vos” (P3), “Siempre decidir gestar o no por una, no por los otros” (P9). Dichas expresiones demuestran que las decisiones reproductivas de las mujeres suelen estar atravesadas por expectativas sociales, familiares o de pareja.

Las mujeres continúan siendo ubicadas como principales responsables de la reproducción y las consecuencias vinculadas al embarazo, reforzando las desigualdades de género en el ejercicio y regulación de la sexualidad. Históricamente, la sexualidad masculina ha sido concebida desde el deseo y el disfrute relativamente desvinculados de responsabilidades reproductivas, mientras que la sexualidad femenina ha quedado ligada a su capacidad biológica de gestar (Giallorenzi, 2020). De esta forma, la maternidad no solo aparece únicamente como mandato cultural hacia las mujeres, sino como forma de regular sus cuerpos y decisiones

Por otra parte, algunas de las participantes vinculan la posibilidad de maternar con la existencia de determinadas condiciones materiales y emocionales; algunas manifiestan que “Tener un hijo es el acto más grande que puede hacer un ser humano, que sea únicamente por deseo absoluto y teniendo las condiciones materiales” (P40) o que “Es algo muy importante tener a un hijx y se dificulta si no hay un contexto que apoye emocional y económicamente la autonomía de la mujer. Es un cambio de vida radical, total y completo” (P50). Esto permite identificar que las condiciones sociales, económicas y afectivas son cuestiones que influyen significativamente en la decisión de continuar o interrumpir un embarazo. En este sentido, las barreras culturales están estrechamente vinculadas a las condiciones materiales concretas que influyen en las posibilidades de elección y autonomía de las mujeres.

En este sentido, los resultados muestran que las decisiones en torno a la IVE siguen dándose en contextos atravesados por mandatos de género en los que aparece la maternidad como una cuestión inherente a las mujeres. Estas construcciones culturales no solo condicionan la forma en que las mujeres transitan sus decisiones reproductivas, sino también en las posibilidades reales del ejercicio de la autonomía plena sobre sus cuerpos y proyectos de vida. Entender esta persistencia de imaginarios sociales que legitiman determinados modelos de familia, maternidad y sexualidad femenina como barreras culturales, permite reconocer que las experiencias vinculadas a la IVE se encuentran ligadas a relaciones de poder históricas y desiguales, donde las expectativas sociales sobre "ser mujer" pueden influir en las trayectorias, emociones y decisiones de las mujeres.

6.2 Facilitadores en en el ejercicio del derecho

Además de las barreras identificadas, las respuestas de las participantes permitieron reconocer factores que actuaron como facilitadores en el acceso y tránsito de la IVE. Estos elementos refieren a aquellas condiciones que favorecieron al ejercicio del derecho en condiciones de mayor autonomía, contención y seguridad, incidiendo de roma positiva en la experiencia de las mujeres.

Al igual que las barreras, los facilitadores no se presentan de forma aislada, sino que se articulan entre sí y adquieren relevancia según la trayectoria y el contexto de cada mujer. Su análisis resulta relevante, ya que permite visibilizar no sólo los obstáculos presentes en el acceso al servicio, sino también aquellas prácticas, condiciones y apoyo que fortalecen el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

Para seguir con el análisis, los facilitadores también fueron organizados en tres dimensiones que permiten identificar qué factores favorecen al acceso de la IVE. Se identificaron en primer lugar, facilitadores institucionales vinculados al equipo interdisciplinario y las características de la atención recibida; en segundo lugar, facilitadores simbólicos relacionados al reconocimiento del derecho y la existencia de redes de apoyo y legitimaciòn social; y por último, facilitadores subjetivos asociados a percepciones, emociones y vivencias de las mujeres durante el proceso.

6.2.1 Facilitadores institucionales

Así como las experiencias de las mujeres permitieron identificar barreras institucionales en el proceso de IVE, las respuestas relevadas también evidencian elementos que actuaron como facilitadores. Entre ellos, aquellos que refieren a las prácticas de atención y el vínculo establecido por los equipos interdisciplinarios que acompañan el proceso.

Partiendo de las respuestas relevadas en el cuestionario, el 65% refirió “Rapidez en la atención y el procedimiento”; el 56.7% “Información médica brindada de forma clara y respetuosa por el personal médico/técnico”; y el 23,3% “Acompañamiento emocional brindado por el personal médico/técnico durante el proceso”. Además, ante la pregunta “¿Sentiste que el equipo médico respetó tu decisión en todo momento?” el 60% respondió “Sí, totalmente”; mientras que en la misma pregunta con referencia al equipo psico-social (lic. en psicología y lic. en trabajo social), un 80% de las participantes también respondieron de forma afirmativa.

Estos resultados muestran que, más allá del procedimiento formal establecido por la normativa, la calidad del vínculo con el equipo profesional constituye una dimensión central en la experiencia de cada mujer. La información clara, el respeto por la decisión y el acompañamiento emocional durante el proceso aparecen como elementos centrales que permiten disminuir incertidumbres y transitar la IVE de forma segura y contenida, legitimando la decisión de cada mujer. En este sentido, Rostagnol (2016) sostiene que las prácticas de atención no son neutrales, sino que inciden de forma directa en la forma en que las mujeres viven sus experiencias reproductivas.

Por lo tanto, es importante reflexionar sobre la necesidad de avanzar sobre los abordajes tutelares por parte de los equipos donde las mujeres son vistas como receptoras pasivas de una prestación, para pasar a prácticas basadas en una perspectiva emancipatoria que promueva la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres.

Magnone y Viera (2012) sostienen que únicamente cuando los equipos interdisciplinarios trabajen desde una perspectiva de derechos humanos, respetando la decisión de las mujeres por sobre sus cuerpos, será posible construir procesos sanitarios que no afecten negativamente a las mujeres. El respeto por los derechos sexuales y reproductivos

puede tener como resultado el fortalecimiento de la construcción de maternidades deseadas y del ejercicio de ciudadanía. Desde esta perspectiva, el acompañamiento profesional en el proceso desde la escucha y la contención, sin intentar modificar la decisión tomada por cada una, resulta clave para el acceso al derecho. Este enfoque permite promover la autonomía reproductiva y evitar reproducir relaciones asimétricas propias del poder médico hegemónico, siendo cada mujer por su sola voluntad quien defina la continuidad o interrupción del proceso.

Lo analizado permite observar que las prácticas institucionales no son neutrales, sino que pueden funcionar tanto como barreras como facilitadores en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Como se explicitó anteriormente, los DSR no se reducen únicamente al marco legal, sino que resulta necesario generar condiciones concretas que den a las mujeres la posibilidad de ejercer sus derechos. En este sentido, acceder a una atención basada en la escucha, el respeto y la información pertinente, constituyó según las participantes de la encuesta una dimensión clave para garantizar el ejercicio efectivo del derecho.

El reconocimiento de las mujeres como sujetas capaces de decidir de forma autónoma sobre sus cuerpos y tiempos reproductivos aparece como una cuestión central para el acceso efectivo a la IVE. El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos no solo dependen de la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre sexualidad y reproducción, sino también implica contar con determinadas condiciones institucionales y simbólicas para poder llevar adelante el proceso de forma segura.De esta forma, aquellos servicios de salud y sus equipos que garantizaron la información clara, atención oportuna, acompañamiento emocional y reconocimiento de la autonomía de las mujeres, facilitaron el acceso a la IVE y contribuyeron al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de cada mujer que transitó el proceso.

Los resultados permiten observar que los facilitadores institucionales no dependen únicamente de la existencia formal de los servicios de IVE, sino también de las formas concretas en las que estos son implementados. La calidad de los vínculos construidos con los profesionales, el acceso oportuno a la información y el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho constituyen una dimensión fundamental para garantizar experiencias más seguras y acordes al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

6.2.2 Facilitadores simbólicos

Las experiencias en torno a la IVE están atravesadas por significados sociales y culturales asociados al aborto, la maternidad y la autonomía reproductiva. A pesar de la persistencia de discursos tradicionales sobre estas cuestiones, en las experiencias relevadas aparecieron elementos simbólicos que favorecen la salud sexual y reproductiva de las mujeres, contribuyendo a que las mujeres transiten el proceso de IVE de forma segura, legítima y acompañada, disminuyendo sentimientos de culpa, temor o estigmatización.

Uno de los facilitadores simbólicos identificados, refiere a la legitimación social y subjetiva sobre las decisiones que toman las mujeres sobre sus cuerpos, en este caso la de interrumpir el embarazo. Varias participantes expresaron haber vivido el proceso desde la convicción de que se trató de una decisión propia y autonónoma. El 55% expresó que sintieron "Confianza en la decisión tomada" al describir su experiencia emocional durante el proceso; mientras que ante la pregunta sobre si hubo personas o instituciones que influyeron en su decisión, el 73,3% respondió que "Fue una decisión completamente personal".

En este sentido, el reconocimiento de la IVE como derecho legal en Uruguay aparece como un elemento que contribuye a disminuir la percepción de criminalización y clandestinidad asociada históricamente al aborto. Una de las participantes expone que "Es un procedimiento seguro. Amparado además, por ley. Un derecho" (P27). Por lo tanto, la existencia de un marco normativo que habilita el acceso al procedimiento, genera condiciones simbólicas que permiten a las mujeres posicionarse como sujetas de derecho y no como transgresoras morales..

Este aspecto puede analizarse según lo planteado por Brown (2007), que sostiene que los DSR constituyen un "nudo estratégico" para la ciudadanía plena de las mujeres, lo que permite politizar dimensiones históricamente ligadas al ámbito privado (p. 10). Desde esta perspectiva, los DSR dan paso a que las mujeres se constituyan como sujetas de derecho de sus propias vidas. La incorporación de la IVE al marco de derechos no sólo transformó el plano jurídico, sino que también contribuyó a generar nuevos sentidos de legitimidad social y política en torno a las decisiones reproductivas de las mujeres, habilitando a repensar la maternidad desde la elección y no como una cuestión obligatoria.

Por otro lado, el 70% de las mujeres señalaron que contar con apoyo de terceros funcionó como un facilitador relevante durante el proceso. Otras, además del acompañamiento de amistades, parejas o familiares, mencionan el apoyo de otras mujeres o colectivos que acompañan el proceso, permitiendo la disminución de los sentimientos de soledad y miedo. “La decisión es totalmente de nosotras y siempre se va a encontrar apoyo en otras mujeres que entienden o se realizaron el IVE” (P4); “No estás sola, hay organizaciones feministas como "Las Lilas" que brindan asesoramiento y acompañamiento ” (P43). Dichas redes aparecen en los discursos como espacios de contención emocional, intercambio de información y validación simbólica frente a un contexto social donde aún persiste el estigma vinculado al aborto voluntario.

Otras respuestas permiten identificar también transformaciones generacionales y culturales en torno a la maternidad y al aborto. En algunos relatos aparece cierta naturalización de la posibilidad de no maternar y una concepción más amplia de los proyectos de vida femeninos. Esto puede vincularse con el cuestionamiento al binomio mujer-madre desarrollado anteriormente. Magnone (2022) y Ledesma (2014) dan cuenta de que las transformaciones sociales y normativas han contribuido a la problematización de la maternidad como una cuestión inherente a la mujeres, habilitando formas más amplias de comprender la autonomía, la sexualidad y los proyectos de vida de las mujeres.

Los resultados permiten observar que los facilitadores simbólicos operan como recursos que fortalecen la autonomía reproductiva y la legitimidad de las decisiones tomadas por las mujeres. Las experiencias relevadas muestran que a pesar de la existencia de un marco legal, continúan operando mandatos sociales en torno al deber ser femenino. De igual forma, la existencia de redes de apoyo, la circulación de discursos centrados en derechos y autonomía, así como las prácticas institucionales respetuosas favorecen a experiencias más seguras, acompañadas y acordes al ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

6.2.3 Facilitadores subjetivos

La subjetividad ocupa un lugar central en las experiencias de las mujeres vinculadas a la sexualidad y la reproducción, por lo que las decisiones sobre el propio cuerpo están

atravesadas por emociones, trayectorias y creencias personales. Las formas en que las mujeres significan y transitan la IVE resultan fundamentales para comprender cómo se constituyen sus experiencias en torno al aborto y las decisiones en torno a su cuerpo. A partir de las respuestas analizadas, surgen distintos facilitadores subjetivos que se vinculan a la autonomía, seguridad al momento de tomar la decisión y la posibilidad de elaborar emocionalmente el proceso.

Uno de los elementos que aparece con mayor frecuencia es la claridad respecto a la decisión tomada. Varias de las participantes manifestaron sentirse seguras al momento de interrumpir el embarazo, vivenciando la IVE como una elección consciente y necesaria en función de la situación personal, emocional y económica de cada una, priorizando sus proyectos de vida. El 40% menciona haber sentido "alivio" al momento de interrumpir el embarazo, esto sugiere que, para una parte importante de las mujeres la interrupción del embarazo fue vivida como una resolución acorde con sus deseos y circunstancias, más que como una experiencia asociada exclusivamente al sufrimiento. La claridad sobre no querer maternar en determinados momentos, así como la percepción de tener derecho a decidir sobre su propio cuerpo son elementos que contribuyen a transitar la IVE con mayores niveles de seguridad emocional y autonomía.

Al momento de preguntarles a las mujeres encuestadas qué mensaje le darían a otra mujer que esté pasando por el proceso de IVE, aparecen expresiones como "Es totalmente personal. En mi caso era consciente de que no podía ser madre en ese momento. Es algo por lo cual me felicito y me enorgullece haberlo hecho" (P41). Lo que permite identificar procesos subjetivos donde la decisión de abortar aparece asociada a elementos de convicción y validación personal.

Asimismo, ante la misma pregunta, algunas participantes enfatizaron en la importancia de decidir en función de los propios tiempos, deseos y posibilidades: "Si están decididas que lo hagan, su cuerpo es suyo y su decisión de ser madre debe ser cuando se sienta segura de que va a poder hacerlo" (P42); "Si realmente lo desean, ya sea por su situación, por el momento que estén atravesando o porque aún no sienten que es tiempo de ser madres, háganlo" (P17). En los relatos de estas participantes la maternidad aparece concebida desde la elección y no como una obligación natural o mandato social inevitable.

Otras participantes también reflejan la construcción de una mirada personal menos moralizante sobre el aborto. Algunas expresaron haber transitado el proceso desde una postura de aceptación y legitimidad respecto a la decisión tomada, lo que puede contribuir a disminuir el impacto del estigma social. Una de ellas expresa que "Es un proceso propio, íntimo y tuyo, es natural y sucede con más frecuencia de lo que la sociedad visibiliza, por lo que la culpa y la vergüenza por ello no es algo que deberíamos vivir" (P28). En este caso, a pesar de que las mujeres que deciden no maternar suelen enfrentarse a cuestionamientos sociales (Wincour, 2012), el reconocimiento jurídico y social del aborto como un derecho parece contribuir a la construcción de procesos subjetivos menos atravesados por la culpa y el temor, permitiendo reflexionar sobre las experiencias desde la autonomía y la legitimidad de las decisiones tomadas.

Además de la manera en que las mujeres re significan individualmente la experiencia, los relatos permiten identificar que los vínculos construidos durante el proceso ocupan un lugar relevante en la IVE. Se identifican experiencias donde las mujeres destacan la importancia del acompañamiento por parte de otras mujeres, así como de haber podido expresar emociones, hablar sobre lo vivido y sentirse comprendidas durante el proceso. Una de las mujeres expresa

> Yo podría haber realizado mi IVE en Montevideo, pero decidí ser acompañada por mi madre en mi pueblo de nacimiento, y hay que apuntar a personas o lugares donde nos sintamos cómodas. Siempre decidir gestar o no por una, no por los otros. Y en lo posible ser acompañadas por otras mujeres que sabes te tienen aprecio o amor (P28)

Este relato permite observar cómo el acompañamiento afectivo y la posibilidad de transitar el proceso en espacios percibidos como seguros por cada mujer, aparece como facilitador relevante en la experiencia de IVE. La presencia de vínculos basados en la confianza, el cuidado y la comprensión aparece históricamente ligados a otras figuras femeninas que aportan contención emocional y sostén frente a experiencias atravesadas por desigualdades y vulnerabilidades (Federici, 2013).

Estas experiencias permiten identificar que la IVE no sólo se vive como un procedimiento médico ni como una instancia regulada institucionalmente, sino que se trata también de un proceso subjetivo, atravesado por emociones, vínculos y formas en que cada mujer otorga significados a su experiencia y a su autonomía. La claridad respecto a la

decisión tomada, la posibilidad de reconocerla como coherente en sus propios proyectos de vida, el alivio experimentado posteriormente y el acompañamiento afectivo recibido, aparecen como elementos que hacen la vivencia más positiva. La posibilidad de decidir libremente y sentirse acompañadas en las decisiones reproductivas constituye un elemento central en el ejercicio de la autonomía, habilitando procesos de reflexión y validación personal que permiten a las mujeres transitar la experiencia con mayor seguridad y convicción.

7. Reflexiones finales

A partir de los objetivos planteados, la investigación permitió identificar y analizar, en base a la experiencia de mujeres y de bibliografía seleccionada, algunas barreras y facilitadores presentes en el acceso de la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. El recorrido teórico y analítico realizado permitió comprender cómo el aborto constituye una problemática compleja y multidimensional en constante cambio, en la que intervienen factores que exceden el ámbito sanitario y jurídico. En este sentido, comprender el aborto como una decisión personal y al mismo tiempo como un problema social, permite repensar la visión patriarcal dominante que coloca la maternidad como destino para todas las mujeres y al aborto como una cuestión que se desvía de lo socialmente esperado.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es que si bien la IVE representó un avance significativo en materia de derechos sexuales y reproductivos, el acceso al procedimiento no depende únicamente de un marco jurídico que garantice su legalidad para asegurar el ejercicio pleno del derecho. Las experiencias analizadas muestran que las desigualdades y mecanismos de regulación sobre la autonomía reproductiva continúan operando a través de prácticas institucionales, representaciones sociales y mandatos de género que exceden el marco jurídico, condicionando que las mujeres transiten el proceso de forma segura, acompañada y libre de estigma. Como señalan Rostagnol y Viera (2006) “El reconocimiento de derechos no necesariamente va de la mano del reconocimiento de sujetos titulares de los mismos” (p. 3).

En relación a las barreras identificadas, los resultados evidencian que persisten obstáculos que continúan condicionando las experiencia de las mujeres durante el proceso de IVE. A pesar de la legalidad, se identificaron dificultades institucionales vinculadas al acceso de información clara, prácticas profesionales condicionadas por discursos moralizantes y situaciones relacionadas a la objeción de conciencia. El análisis da cuenta que muchas de estas barreras continúan reproduciendo formas de tutela sobre los cuerpos de las mujeres y sus decisiones reproductivas.

En esta línea, resulta imprescindible continuar fortaleciendo la calidad de atención de los servicios de IVE en el sistema de salud uruguayo . Es necesario seguir trabajando desde un enfoque empático y ético con los equipos que intervienen en el proceso, reconociendo la

dimensión subjetiva de cada mujer que atraviesa la experiencia de aborto. Esto implica promover prácticas de atención integrales, libres de juicios morales y centradas en el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho con capacidad autónoma de decidir sobre sus cuerpos y su sexualidad. Asimismo, resulta fundamental, generar instancias de formación y sensibilización profesional que den paso a la disminución de prácticas estigmatizantes para garantizar experiencias más respetuosas y humanizadas.

Las barreras simbólicas y culturales identificadas permiten afirmar que persisten ciertos discursos y expectativas sociales respecto al rol femenino que atraviesan la práctica del aborto y condicionan la capacidad de decisión de las mujeres. El binomio mujer-madre evidencia que la autonomía reproductiva no está en juego únicamente en el ámbito sanitario, sino también en los significados socialmente construidos en torno a la maternidad, la sexualidad y la capacidad de decisión femenina. Los sentimientos de culpa, vergüenza o necesidad de justificación presentes en algunas de las respuestas de las participantes muestran que estos mandatos continúan influyendo en la forma en que las mujeres viven la decisión de continuar o interrumpir un embarazo.

Los resultados obtenidos también permitieron identificar diversos facilitadores que favorecen el ejercicio del derecho a la IVE. Entre ellos se destacan el acceso a la información clara, el trato respetuoso y libre de juicios por parte de los profesionales que intervienen en el proceso, el acompañamiento emocional y la existencia de redes de apoyo afectivas, familiares, comunitarias y feministas. Esto da cuenta que el acceso efectivo al derecho se construye también en las prácticas cotidianas de atención, en los vínculos de apoyo y en los procesos de reconocimiento de las mujeres como sujetas autónomas. Más allá de su diversidad, estos elementos se interrelacionan y contribuyen al fortalecimiento de la autonomía de las mujeres.

En este sentido, la investigación permitió observar procesos de apropiación de la autonomía reproductiva por parte de las mujeres. Varias participantes expresaron haber transitado la decisión desde la convicción, la legitimidad personal y el respeto hacia sus propios proyectos de vida. A pesar de los ideales tradicionales establecidos, estos relatos muestran transformaciones en las formas de comprender la maternidad y la autonomía femenina, habilitando proyectos vitales que no necesariamente tienen que ver con la maternidad. Por lo tanto, resulta importante seguir construyendo espacios que contribuyan a

visibilizar el derecho a decidir, generando redes de apoyo y construyendo formas de cuidado frente a procesos que históricamente han estado ligados al silencio, la clandestinidad y el estigma.

En relación al imaginario social sobre maternidad y aborto, los resultados reflejan que continúa teniendo una influencia significativa en las experiencias de las mujeres que acceden a la IVE. La persistencia de la idea de la maternidad como centralidad en los proyectos vitales de las mujeres genera tensiones en aquellas mujeres que deciden no continuar un embarazo. A pesar que las mujeres reconocen cada vez más la maternidad como una elección y no como un destino obligatorio, continúan operando mandatos de género que asocian el valor de las mujeres con la capacidad de maternar.

Tal como sostiene Lamas (2001), es necesario deconstruir la idea de la reproducción como una cuestión natural o divina, tan ligada al pensamiento religioso y alejada de aspiraciones democráticas. Desde esta perspectiva, la maternidad pasa a ser reconocida como una experiencia basada en la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres. Por lo tanto, continúa siendo fundamental encontrar estrategias que permitan transformaciones culturales que amplíen los significados asociados a la maternidad, la familia y las trayectorias de vida posibles para las mujeres.

Los resultados muestran que estos imaginarios no son homogéneos ni estáticos. Junto a las representaciones tradicionales que continúan reforzando el binomio mujer-madre, emergen discursos que reivindican el derecho a decidir y la construcción de proyectos de vida diversos. Esto permite observar un terreno de disputa simbólica en el que conviven mandatos históricos sobre la maternidad con nuevas formas de entender la autonomía femenina y los derechos reproductivos.

Finalmente, resulta importante reconocer que los derechos conquistados en materia de salud sexual y reproductiva no constituyen logros definitivos. En este sentido, el fortalecimiento constante de las políticas públicas con perspectiva de género y derechos humanos resulta fundamental para asegurar el acceso real, equitativo y libre de violencia o estigmatización. Continuar trabajando en la formación de equipos de salud, en la reducción de desigualdades territoriales y en las prácticas institucionales más empáticas e integrales

componen aspectos centrales para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Recuperar las experiencias de las propias mujeres permitió identificar dimensiones subjetivas y cotidianas que muchas veces terminan invisibilizadas en análisis normativos e institucionales. Sus relatos ponen en evidencia que las experiencias vinculadas al aborto son heterogéneas y complejas, atravesadas por factores sociales, culturales, simbólicos y subjetivos. Garantizar el acceso real a la interrupción voluntaria del embarazo no implica únicamente sostener un derecho legalmente reconocido, sino también continuar construyendo condiciones institucionales, sociales y culturales que permitan a las mujeres ejercer plenamente su autonomía reproductiva y decidir libremente sobre sus cuerpos, trayectorias de vida y sus proyectos futuros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abracinskas, L. (abril 2016). Los derechos sexuales y reproductivos: *Si son tus derechos ¿Por qué no hacerlos valer?*. [Ponencia en congreso]. Jornada feminista "Conectar para emancipar", La Paz, Bolivia. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2017/04/Ponencia-Abracinskas-dsr-jornadas-convergencia-bolivia.pdf

Abracinskas, L. y Puyol, S. (2022). *Los dilemas de la objeción de conciencia en salud, desde su impacto en los servicios de salud sexual y reproductiva.* Mujer y Salud en Uruguay. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/08/2022-Dilemas-de-OC-en-el-campo-de-la-salud-1.pdf

Alegre, M. (2009). Opresión a conciencia; La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva. *Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política*. (66).

Alegre, M. (2014). *¿Objeción u opresión a conciencia?* Cotidiano Mujer, Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos (pp. 17-22). Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117_file1.pdf

Alfaro, K. (2025). Maternidad tutelada. Hogares para madres bajo la dictadura civil y militar en Chile (1973-1990). *Revista Austral De Ciencias Sociales*, (49), 277–290. https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2025.n49-14

Álvarez, R.. y Gómez, I. (2010). Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico, 9* (16), 89-106 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000100000

Anabadian, M. (2022). *Acceso de las mujeres migrantes a la IVE: análisis de la Ley N°18.987 en relación a la Ley N°18.250*. [Tesis de grado, Universidad de la República] Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/42835

Aramberri, M. (2021) La regulación de la objeción de conciencia en las norma despenalizadoras del aborto en Argentina y Uruguay. *Revista de Derecho, 20*(39), 37-51. https://doi.org/10.47274/DERUM/39.3

Banfi, A., Cabrera, O., Gómez, F. y Hevia, M. (2010). *El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos*. Mujer y Salud en Uruguay. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf

Barrán, J. (1989). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura civilizada.* Ed Banda Oriental.

Barrán, J. (1996). *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad 1870-1920*. Taurus.

Braun, V. y Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide.* Sage.

Brown, J. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina : los derechos - no - reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión.* [Tesis de Maestría, FLACSO]. Flacsoandes. http://hdl.handle.net/10469/1019

Calisto, E., Gómez, V., Grabino, V., Magnone, N., Recalde, L., Rostagnol, S. y Viera, M. (2018). *Trashumancias: Búsquedas teóricas feministas sobre cuerpo y sexualidad*. https://hdl.handle.net/20.500.12008/48704

Campagnoli, M. (2016). Sexualidades, prostitución y aborto en Argentina. Reflexiones biopolíticas en perspectiva poscolonial. En S. Darré (Comp.), *Aportes a las políticas públicas desde la perspectiva de género.* (pp. 201-224). FLACSO.

Cea D'Ancona, M. (1998). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis

Chamorro, M. (2021). *¿Maternidad idealizada?: un estudio acerca de la representación de la mujer-madre en la publicidad uruguaya contemporánea*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/36379

Chavkin, W., Swerdlow, L. y Fifield, J. (2017). Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. *Health and Human Rights, 19* (1):55-68. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5473038/

Cobo, R. (2015). El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. *Investigaciones Feministas. 6*, 7-18. https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/es/article/view/51376

Cockrill, K. y Nack, A. (2013). I'm Not That Type of Person: Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior. 34*(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423

Correa, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política.* Mujer y Salud en Uruguay https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2003-DSR-en-la-Arena-Politica pdf

De Armas, V. (2018). *Interrupción Voluntaria del Embarazo: aproximación a las prácticas del Trabajo Social*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/23551

De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. Aguilar.

Diniz, D. (2014). Voces y textos. *En Cotidiano Mujer, Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos.* (pp. 31-48). Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117_file1.pdf

Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas.* Traficantes de Sueños.

Federici, S. (2022). *Ir más allá de la piel: Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo.* Tinta Limón.

Filgueira, C. (1996). *Sobre Revoluciones Ocultas: La Familia en el Uruguay*. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Paidós.

Gallego, N., Montes, E., González, A., Crespo, A. y Baranda, A. (2025). Barreras institucionales en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España. *Revista Brasileira De Ciências Sociais, 40*. https://doi.org/10.1590/40031/2025

Giallorenzi, M. (2020). Hacia una deconstrucción de la unión mujer-madre. *Journal De Ciencias Sociales, 8*(14). https://doi.org/10.18682/jcs.vi14.1884

Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Cátedra Teorema.

Gómez, I. (2023). Entre la biopolítica, la invención de la maternidad y el género. El aborto en Chiapas. *Península, 18*(1), 9-33. https://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v18n1/1870-5766-peni-18-01-9.pdf

González, A. (2014). Palabras inaugurales. *En Cotidiano Mujer, Objeción de Conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos.* (pp. 7-11). Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/117_file1.pdf

Johnson, N., Sapriza, G., López, A., Pallas, C., Castro, A., Sarlo, O., Moreira, C. y Andreoli, M. (2011). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: Prácticas, actores y discursos.*

Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Universidad de la República. https://hdl.handle.net/20.500.12008/7619

Lamas, M. (2001). *Política y reproducción: aborto, la frontera del derecho a decidir.* Plaza & Janés.

Ledesma, N. (2014). La maternidad consciente y voluntaria como estrategia para la emancipación sexual femenina. *Cuadernos De H Ideas, 8(*8). https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/2118

Lehner, P., Capriati, A. y Alonso, J. (Comps.). (2017). *Salud, sexualidades y derechos: Cruces entre investigación, políticas y prácticas*. Teseo Press. https://doi.org/10.55778/ts874263407

López, A. (2012, noviembre, 16). *Uruguay y la interrupción voluntaria del embarazo: tensiones y desafíos para garantizar el acceso al aborto seguro*. https://psico.edu.uy/noticias/alejandra-lopez-gomez-tensiones-y-desafios-para-garantizar-el-acceso-al-aborto-seguro

López, A. (Coord.). (2015). *Adolescentes y sexualidad: Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014).* UNFPA; Universidad de la República. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf

López, A. (2018). *Profesionales de la salud y aborto en Uruguay: transiciones y disputas en el camino a su legalización (2000-2012)*. Ediciones Universitarias, 2018. 978-9974-0-1583-8.

López, A y Güida, C. (2001). *La Sexualidad como campo de investigación interdisciplinaria.* En A, Araujo., L, Behares y G, Sapriza (comps), *Sexualidad y Género en el Uruguay.* Ediciones Trilce.

López, S. y Rodríguez, A. C. (2017). Lo familiar en la cultura del Uruguay actual. Reflexiones desde la psicología social comunitaria. *Revista de Ciencias Sociales, 30*(41), 111-126. https://doi.org/10.26489/rvs.v30i41.6

Machado, S. (2017). *Los discursos de las mujeres rurales respecto al aborto y la implementación de la ley IVE experiencias en una pequeña localidad del Uruguay.* [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/27342

Magallanes, A. (2024, setiembre 04). En promedio, un 29% de los ginecólogos de las instituciones privadas son objetores de conciencia en abortos: Un relevamiento del MSP mostró cuál es la situación en cada una de los mutualistas y los seguros privados de salud. El País. https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/en-promedio-un-29-de-los-ginecologos-de-las-instituciones-privadas-son-objetores-de-conciencia-en-abortos

Magnone, N. (2022). *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres.* [Tesis de doctorado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/33502

Magnone, N. y Viera, M. (2012, noviembre 13). *El proceso de abortar a partir de la ley de interrupción voluntaria del embarazo*. https://udelar.edu.uy/noticias/magnone-viera-el-proceso-de-abortar-partir-de-la-ley-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo

Maier, E. (2008). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México. *Frontera norte, 20*(40), 7-47.

Mioto, R. y Mariguin, R. (2015). Conferencia Familia, trabajo con familias y servicio social. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales, (12)*, 38-47. https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/70

Moncalvo, L. (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo: dificultades del aborto legal en Uruguay.* [Trabajo Final de Curso, Universidad Federal de la Integración Latinoamericana]. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/TCCunila.pdf

Monteverde, L. (2011). *Mujer = madre, varón = varón.* [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/9157

Mujer y Salud en Uruguay. (2017). *Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal. Monitoreo 2013/2017, sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país.* Observatorio nacional de género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Informe-Observatorio-2017_MTV_2.pdf

Mujer y Salud en Uruguay. (2021). *Objeción de conciencia en cifras*. Observatorio nacional de género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2021c-Objecion-de-Conciencia-en-Cifras.pdf

Mujer y Salud en Uruguay. (2023). S*alud sexual y reproductiva en cifras.* Observatorio nacional de género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/fact-sheet_ssr-en-cifras.pdf …

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s/f). *Salud y derechos sexuales y reproductivos. https://www.ohchr.org/es/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights#:~:text=CEDAW%20(art%C3%ADculo%2016)%20garantiza%20a,les%20permitan%20ejercer%20estos%20derechos.%22*

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/260809df-1d69-4c8f-ac53-afc64cbef546/content

Oxman, C. (1998). *La entrevista de investigación en Ciencias Sociales.* EUREBA.

Pecheny, M., Abracinskas, L., Correa, S. y Wood, S. (2017). E*l proceso político del aborto legal en Uruguay.* En P. Lehner, A. Capriati y J. P. Alonso (Comps.), S*alud, sexualidades y derechos: Cruces entre investigación, políticas y prácticas* (pp. 21-52). Tesseo. https://www.teseopress.com/jornadassalud11/chapter/el-proceso-politico-del-aborto-legal-en-uruguay/

Reich, W. (1985). La revolución sexual: Para una estructura de carácter autónoma del hombre. Planeta.

Rostagnol, S. (2001). Cuerpo y género: el género en la construcción del cuerpo sexuado. En Araujo, A., Behares, L. y Sapriza, G, *Género y sexualidad en el Uruguay* (pp. 78-87). Trilce.

Rostagnol, S. (2008). El papel de los ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay. En K, Araujo y M, Prieto., (ed.), *Estudios sobre sexualidades en América Latina.* (pp. 215-232). Flacso.

Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Ediciones Universitarias.

Rostagnol, S. y Viera, M. (2006). Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. En S. Checa (comp.), *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. (p. 299-316). Paidós.

Sapriza, G. (2011). Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. Aborto libre: la corta experiencia uruguaya (1934-1938). En N. Johnson, A. López, G. Sapriza, C. Pallas, A. Castro, O. Sarlo, C. Moreira y M. Andreoli. *(Des) penalización del aborto en Uruguay: Prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. (pp. 19-65). Universidad de la República.

Serna, S., Cardenas, R. y Zamberlin, N. (2019). *¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. Sexualidad, Salud y Sociedad. (33)*, 137-157. https://www.scielo.br/j/sess/a/By3q4CZDGfM33g7wWhXgdyC/?lang=es

Tabet, P. (2018). *Los dedos cortados*. Universidad Nacional de Colombia. https://portaldelibros.unal.edu.co/gpd-los-dedos-cortados-9789587833621.html

Torres, I. (2003). Una lectura de los derechos reproductivos desde la perspectiva de género. En Promoción y defensa de los derechos reproductivos: Nuevo reto para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (pp. 134-138). https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/22099_e.pdf

Turenne, A. (1926). *El aborto criminal es un grave problema nacional.* Sindicato Médico del Uruguay.

Uruguay. (1938, febrero 14). Ley n° 9.763: Código penal. Modificación. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938

Uruguay. (2008, diciembre 10). Ley n° 18.426: Ley sobre salud sexual y reproductiva. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008

Uruguay. (2009, abril 21). Ley nº 18.473: Regulación de voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18473-2009

Uruguay. (2012, octubre 30). Ley n° 18.987: Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012

Veras, G. (2023). *S*exualidad y reproducción como terrenos políticos de los maternajes. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía. 8* (1). .https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1833

Villaverde, R. (2008). *Maternidad... ¿esclavitud femenina?*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/7240

Winocur, M. (2012). *El mandato cultural de la maternidad el cuerpo y el deseo ante la imposibilidad de embarazarse.* Universidad Nacional Autónoma de México. https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3155/5.pdf

Zamberlin, N. (2015). Estigma y Aborto. En Ramos, S. (Comp.). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. (pp:173- 190.) Centro de Estudios de Estado y Sociedad. https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3269