

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**A un año de la implementación de la ley de interrupción  
voluntaria del embarazo:  
un acercamiento a las barreras y las oportunidades de  
intervención desde el trabajo social**

**Lucía Forrisi**

**Tutora: Mariana Viera**

**2014**

## Índice

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Capítulo 1.- Acerca de los derechos sexuales y reproductivos</b> .....	6
<i>En Uruguay</i> .....	8
<i>La interrupción del embarazo en el elenco de los derechos sexuales y reproductivos</i> .....	10
<i>El aborto en Uruguay, un breve resumen histórico</i> .....	13
<i>Herramientas legales para la protección de la Salud Sexual y Reproductiva</i> .....	16
<i>Acerca de la reglamentación de la Ley 18987</i> .....	20
<b>Capítulo 2.- Presentación de los emergentes del trabajo de campo</b> .....	23
<i>Breve introducción de los Departamentos relevados</i> .....	24
<i>Acerca de las instituciones consideradas</i> .....	25
<i>Apuntes preliminares sobre la planificación familiar</i> .....	26
<i>Algunas apreciaciones sobre anticoncepción a partir del proceso IVE</i> .....	27
<i>Sobre la responsabilidad en cuanto a la anticoncepción</i> .....	28
<i>El aborto, ¿un método más?</i> .....	30
<i>Aborto, ¿y después? Las posibilidades del seguimiento social en el proceso IVE</i> .....	32
<i>Acerca de las barreras observadas en el proceso asistencial</i> .....	36
<i>Hacia el Litoral, una panorámica de Salto</i> .....	36
1. <i>El caso Salteño en ASSE</i> .....	36
2. <i>Mientras tanto, en el Centro Médico</i> .....	38
<i>Mirando al Sur: los casos Montevideanos</i> .....	40
3. <i>El caso del CASMU</i> .....	40
4. <i>El caso del Pereira Rossel</i> .....	41
5. <i>El caso del Evangélico</i> .....	43
<i>La importancia del control, la formación y la descentralización en la Salud</i> .....	44
<i>La demanda de confidencialidad</i> .....	46
<b>Capítulo 3.- Conclusiones finales</b> .....	49
<b>Bibliografía</b> .....	51
<b>Anexos</b> .....	56

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis busca aportar al debate acerca de los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay, tomando para ello como punto de partida la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, aprobada por el parlamento uruguayo en octubre de 2012.

El proceso de investigación tuvo como principal objetivo el conocer las dificultades de implementación de la ley 18987 y las características en el acceso de las mujeres a los derechos reconocidos por la ley, identificadas por los profesionales del área social en las instituciones de salud seleccionadas para los Departamentos de Salto y Montevideo. Para cumplir con tal objetivo se procuró: conocer el modo de implementación de tiempos y procesos establecidos por la ley 18987, identificar diferencias en la implementación entre los departamentos de Salto y Montevideo, identificar diferencias en el acceso al proceso de interrupción del embarazo entre mujeres mayores de edad y mujeres adolescentes menores de 18 años.

Finalmente, las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron: la entrevista en profundidad, que resultó de gran utilidad para recoger testimonios de informantes claves de las instituciones relevadas (los y las Licenciados y Licenciadas en Trabajo Social). A través de preguntas abiertas<sup>1</sup> se buscó recoger el relato tal como lo expresaron los profesionales. También se revisaron leyes, guías, manuales, informes e investigaciones (citados a lo largo del presente documento) vinculados al tema de la investigación a modo de establecer antecedentes, y finalmente se revisaron los datos estadísticos elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP)<sup>2</sup> sirviendo como herramienta para el análisis y las conclusiones.

Previo a la aprobación de la Ley 18987, en Uruguay se realizaban anualmente aproximadamente 33000 abortos clandestinos, los cuales serían efectuados en su mayoría en clínicas privadas (Sanseviero; 2003). Se puede afirmar que la aprobación de la ley significó un momento de inflexión de esta realidad, otorgando un marco legal a una práctica ampliamente difundida, permitiendo así mejorar la atención en las instituciones de salud hacia las mujeres que optan por interrumpir un embarazo, a la vez que reconoció derechos largamente reclamados a todas las mujeres uruguayas.

---

<sup>1</sup> El guión contuvo únicamente "... los temas y subtemas que [a] cubrirse..." (Valles; 1997, 204). Ver ANEXO 1

<sup>2</sup> Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/casos-de-interrupci%C3%B3n-voluntaria-del-embarazo-disminuyeron-tras-implementaci%C3%B3n-de-la-ley>

Se desprende de lo anterior la importancia que cobra la correcta aplicación de la ley, pues de otra manera se vería vulnerado el derecho de las mujeres uruguayas a realizarse un aborto por su sola decisión, decisión que hace a la autonomía reproductiva derecho postergado ya por demasiado tiempo.

Al mismo tiempo, la ley fue un intento de concluir el debate en torno a la despenalización del aborto, al despenalizarlo en determinadas circunstancias. De todas formas, no se puede afirmar que el debate haya terminado con su aprobación, ya que las particularidades de la ley y su implementación han suscitado la discusión en torno a los requisitos que debe cumplir la mujer para acceder a la interrupción. También, la aprobación de la ley ha provocado el desacuerdo por parte de sectores conservadores de la sociedad, quienes promovieron la realización de una consulta popular para plebiscitar la ley 18987, realizada el 23 de junio de 2013, la propuesta fue votada por un 9% del padrón electoral habilitado, siendo necesario un 25% para continuar con el proceso.

El Capítulo 1 del presente documento abordará la cuestión del aborto desde el paradigma de los Derechos Humanos, desarrollando los avances y retrocesos en materia de salud sexual y reproductiva en el Uruguay considerando el período de tiempo entre 1934 hasta nuestros días, desde el primer intento normativo por legalizar el aborto, pasando por las Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo del Pereira Rossel, hasta las actuales Leyes de defensa de la salud sexual y reproductiva, y de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, se buscó ahondar en aquellos elementos que constituyen la antesala a la actual situación de despenalización de la práctica.

En el segundo Capítulo se presentan los emergentes del trabajo de campo, el mismo se centró en la recogida de testimonios de los trabajadores sociales que forman parte de los equipos interdisciplinarios que asesoran a las mujeres que se presentan en las instituciones de salud solicitando interrumpir un embarazo. Se quiso realizar un acercamiento a la intervención profesional en el entendido que la misma abre un espacio privilegiado de reflexión en el contexto de la aplicación de la Ley.

A partir del relevamiento de tales relatos fueron elaboradas las distintas cuestiones surgidas en el proceso de entrevista, encontramos entre ellas: el conflicto de la realidad con la Ley expresado en la posibilidad de utilizar el aborto como método anticonceptivo, los vacíos no

abarcados por la Ley (específicamente la ausencia del seguimiento social) y las barreras observadas y expresadas en el proceso asistencial.

Finalmente, en el Capítulo 3 se presentan las conclusiones elaboradas a partir de las siguientes preguntas que guiaron la investigación:

1. ¿Cuáles son las principales barreras de acceso al proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que encuentran las mujeres? ¿En qué medida esas dificultades determinan la decisión de la mujer de llevar a cabo (o no) la interrupción del embarazo?
2. ¿Sobre qué consideraciones se sustenta la práctica del profesional del área social integrante del equipo multidisciplinario que brinda asesoramiento a mujeres en situación de IVE? ¿Cuáles son las limitantes y las oportunidades que el profesional del área social identifica en su práctica?
3. Desde la perspectiva de los y las profesionales del área social, las mujeres usuarias del servicio ¿Cuentan con información acerca de la existencia de la ley 18987? Esa información ¿Fue facilitada por la institución de salud o proviene de fuentes alternativas? Y ¿Cómo afecta esto la intervención de los y las profesionales?

## CAPÍTULO 1

### Acerca de los derechos sexuales y reproductivos

A continuación se ahondará en la conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) buscando dar un marco a la discusión acerca de la despenalización del aborto; entendiendo que la decisión de abortar se ubica en el plano de la autonomía reproductiva, derecho fundamental consagrado por los DDSSRR.

Cuando hablamos de DDSSRR, hacemos referencia en primer lugar a su status de Derechos Humanos (DDHH), como tal, serán inherentes al propio ser humano y deberán ser garantizados por cada sociedad y Estado adherentes a los tratados internacionales que los establecen. (Truyol y Serra; 2000).

Podemos situar el surgimiento del debate en torno a ésta categoría en la segunda mitad del siglo XX, especialmente a partir de los años 60 con el nacimiento del Feminismo, el cual pondrá de manifiesto la importancia de que las mujeres logren autonomía sexual y reproductiva, negando así el que sería hasta ese momento su destino socialmente impuesto. (De Beauvoir: 2011).

Ubicamos los primeros intentos por incluir a los DDSSRR dentro de los DDHH a partir de 1966, cuando se establece la libre elección de las parejas en torno al tamaño de sus propias familias, y posteriormente, en 1968 con la afirmación de que los padres decidirán autónomamente la cantidad de hijos a tener (Briozzo; 2007).

También, en 1979 el Comité de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDCM), plantea ciertas recomendaciones a los países adherentes, entre las cuales integra el reconocimiento de “la autonomía de las mujeres en la regulación de la fecundidad” y destaca como obstáculo para la atención adecuada de la salud de las mujeres a “*las leyes que penalizan sólo los procedimientos médicos necesitados por las mujeres [...] La penalización de procedimientos médicos que sólo usan las mujeres [...] están estableciendo una figura penal para un solo sexo, lo que es discriminatorio*” (Chiarotti; 2006, 99).

La culminación de éste proceso de reconocimiento será recién en el año 1994 cuando como resultado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)<sup>3</sup> se incluye a los DDSSRR como parte del elenco de los DDHH, tomándolos como el espacio para la plena autonomía individual de tomar decisiones informadas acerca de la propia sexualidad y reproducción, teniendo habilitados recursos que así lo permitan.

Adhiero a la definición planteada por Elizabeth Jelin (2005, 11) acerca de la salud sexual y reproductiva: "... implica reconocer el derecho de toda persona a tener una vida sexual sana y satisfactoria, de poner en práctica su capacidad reproductiva y la libertad de decidir las situaciones y condiciones para su ejercicio. La libertad sexual y reproductiva requiere cambios culturales, apoyo institucional y recursos específicos."

La CIPD plantea entre sus principios la importancia de la equidad entre los sexos, y de la capacidad de las mujeres de controlar su fecundidad para los objetivos del desarrollo. De la misma forma insta a los Estados a asegurar el acceso igualitario tanto de hombres como mujeres, a servicios de salud, y muy especialmente de salud reproductiva.

Otro aspecto innovador de la Conferencia será que establece como fin del desarrollo "la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria..." (CIPD 1994; 20).

---

<sup>3</sup> La cual también admitirá "... por consenso que el aborto debe ser considerado 'como un importante problema de salud pública'" (Chiarotti; 2006, 96)

### En Uruguay...

Es importante referir a ciertas características históricas acerca de la reproducción y natalidad en el caso uruguayo, para un mejor acercamiento a la temática.

Será destacable a nivel regional por el “carácter pionero” de las parejas en regular su número de hijos, hacia 1920 algunos de los métodos más difundidos eran el aborto y el “*coitus interruptus*” (Barrán; 2008: 212).

De la misma manera, la temprana medicalización de los procesos vitales de la población uruguaya (incluido el parto y aborto) ha propiciado dos fenómenos: la legitimación y consolidación del poder médico a nivel social, y el disciplinamiento de la población en referencia a estos procesos.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo mencionada, ratificada por ley en Uruguay, significó un cambio de paradigma en lo que era la atención en salud de las mujeres, esto es, pasando de un enfoque sanitario materno infantil focalizado en el binomio madre-hijo<sup>4</sup>, a una perspectiva de atención integral de salud de la mujer.

El enfoque materno infantil se caracteriza por fijar la maternidad como función social primaria de las mujeres; y su sumisión ante este rol sería su principal aporte al desarrollo, estableciéndose así como “receptoras pasivas del desarrollo” (López Gomez, Benia, Contera y Güida: 2003; 25). Corresponde destacar que en Uruguay “el temprano desarrollo de políticas y programas en el área de la salud materno infantil, integrados tanto en el sector público como privado de la salud, iniciados hacia mediados del siglo XX, permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización del parto y la atención del puerperio.” (Abracinskas y López Gómez: 2004; 35).

A partir de la CIPD se fomenta el cambio de paradigma para la atención en salud basado en el enfoque denominado *Género en el Desarrollo* que “... entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género. [...] procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder, y que colocan a las mujeres en una posición de subordinación...” (López Gómez, Benia, Contera y Güida: 2003; 26).

---

<sup>4</sup> Que relega a la mujer al lugar de madre, sin considerarla sujeto de derechos dentro de la elaboración de políticas de salud. (Abracinskas, López Gómez; 2004)

Este nuevo enfoque buscará interpelar esas desigualdades, habilitando el espacio para la mayor toma de autonomía por parte de las mujeres.

Como consecuencia de la Conferencia se comenzaron a implementar en 1996 (a nivel ministerial, y desde la Intendencia de Montevideo) dos programas públicos de salud sexual y reproductiva, con especial enfoque en anticoncepción, atravesado también por la focalización en sectores de pobreza extrema (Abracinskas y López Gómez: 2004).

Más adelante, en el año 2008 será aprobada la primera Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, N° 18426, sobre la que se profundizará más adelante<sup>5</sup>, pero se destaca su carácter innovador en cuanto primer instrumento legal del País de reconocimiento de los DDSSRR. La ley establece al Estado en su carácter de garante de los mismos mediante la implementación de políticas, programas y el mejoramiento de servicios. Busca alcanzar: la mayor cobertura con calidad, la implementación de acciones respetando los DDSSRR, brindar educación sexual en todos los niveles, y establecer una agenda de temas prioritarios en salud sexual y reproductiva, entre los cuales encontramos: la prevención de la morbilidad materna y de infecciones de transmisión sexual (ITS), la universalización del acceso a métodos anticonceptivos, la promoción de la planificación familiar, y el establecimiento de un marco normativo para la reducción del daño y riesgo en los casos de embarazos “no deseados - no aceptados”. (Ley 18426)

Pero la más joven innovación en materia de salud sexual y reproductiva será con la aprobación en octubre del año 2012 de la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), sobre la cual también se ahondará más adelante; que establece la despenalización del aborto mediante la consecución de determinados requisitos.

---

<sup>5</sup> La Ley 18426 establecía en sus artículos II, III y IV la reglamentación para despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo, que serían vetados por el Presidente de la República de ese período, haciendo uso del recurso constitucional del veto.

## La Interrupción del embarazo en el elenco de Derechos Sexuales y Reproductivos

Considero fundamental como apertura de ésta sección establecer una definición del aborto, para lo cual retomo lo planteado por Rafael Sanseviero (2003: 17) en el estudio “Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay” donde se establece al aborto “... como un hecho social denso y complejo que ocurre en el contexto de relaciones de poder [...] de género, económicas, legales-jurídicas; conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y la ética, de los significados de la maternidad.”

Para el abordaje de la cuestión del aborto en el marco de los Derechos Humanos, haré referencia a la investigación “Barreras. Investigación y Análisis sobre el acceso de las mujeres al Derecho a Decidir” llevada a cabo en el año 2006 por la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar, publicada en 2008. La misma buscó identificar las barreras que experimentaban las mujeres uruguayas en el acceso a decidir en materia de sus derechos sexuales y reproductivos.

El elemento principal a tener en cuenta en esta discusión es que la mujer que se encuentra en “situación de aborto” se enfrenta a una “maternidad no viable”<sup>6</sup> (RUDA/AUPF: 2008, 17). Se entiende que para consagrar el Derecho a la Maternidad voluntaria deberán existir “... condiciones materiales y simbólicas socialmente legitimadas para evitar las maternidades forzadas” (Ídem: 18). Las decisiones reproductivas de las mujeres entonces se verán en mayor o menor medida condicionadas al grado de viabilidad (no solo material, sino también en cuanto al aspecto legal) que tenga la opción de abortar.

De igual modo, la *maternidad forzada*<sup>7</sup> constituirá un recorte de la autonomía<sup>8</sup> de las mujeres, a la vez que las mantiene en el rol social de madres (a como dé lugar) y “... reafirma a la procreación como ‘deber’ social de las mujeres [...] las mujeres *deben* ser madres porque *pueden* serlo” (Banfi Vique, Cabrera, Gómez Lugo y Hevia: 2010, 39).

---

<sup>6</sup> Producto de un embarazo no viable, el cual se entiende como “... aquel que deriva en la *decisión* de abortar, porque su ocurrencia y continuación entra en contradicción con cualquier plano de la vida de la mujer que lo porta.” (Sanseviero: 2003, 20).

<sup>7</sup> La cual “... sobreviene como resultado de un proceso donde los niveles de autonomía de la mujer para decidir sobre la interrupción del embarazo están dramáticamente limitados” (RUDA/AUPF: 2008, 17)

<sup>8</sup> En referencia a la maternidad “... la *autonomía se define como la posibilidad de elegir cómo, cuándo y con quién tener un hijo.* [...] Entran en juego aquí condiciones de posibilidad sociales e históricas de gran complejidad...” (Fernández y Tajer; 2006, 36)

Corresponde ahora detenernos sobre lo que la autora Giulia Tamayo (2001) denomina como *“especificación del sistema de derechos”* que establecerá *“nuevas titularidades de derechos basadas en diferencias suficientemente relevantes (...) que obligan a prestar atención a los riesgos, daños y desventajas que enfrentan determinados colectivos o grupos sociales”*. Al tratarse entonces de DDSSRR se afirma que entrarán en juego diferencias biológicas (concretamente, la posibilidad biológica de engendrar) que colocarán a las mujeres en situación de desventaja. Esta *“desventaja”* redundará en una vulneración de los derechos de las mujeres si no se tomaran medidas afirmativas de reconocimiento de sus especificidades.

De la misma manera, en contextos que criminalizan el aborto las mujeres enfrentadas a maternidades no viables recurren a métodos de interrupción inseguros, es así que aproximadamente 80000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas al aborto provocado en condiciones de riesgo (APCR)<sup>9</sup>, todas en países del Tercer Mundo (Briozzo: 2007). Esta problemática viene a afectar el Derecho a la Vida, entendido como el *“... derecho de las mujeres a no morir por causas evitables que están relacionadas con el embarazo y el parto.”* (Banfi Vique, Cabrera, Gómez Lugo y Hevia: 2010, 33).

Para concluir esta sección y pasar a la consideración del caso uruguayo, entiendo relevante remarcar el carácter interdependiente de los Derechos Humanos, esto significa que no se toma cada categoría como ajena de las otras, sino que son vistos como un sistema de elementos mutuamente dependiente, y de desconocer una de las categorías se estará afectando a su vez las otras. Por lo tanto, el acceso (o falta de) a servicios de aborto seguro no sólo afectará a los Derechos Sexuales y Reproductivos, también comprometerá el ejercicio de derechos tales como:

1. A la vida y a sobrevivir
2. A la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión, de opinión y de expresión
3. A la privacidad
4. A la no discriminación

---

<sup>9</sup> Definido por la OMS como *“...aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de calificaciones necesarias, o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos.”* (Briozzo; 2007, 27-28)

5. A estar libre de violencia de género, o derecho de toda mujer a una vida libre de violencia
6. A la libertad, integridad y seguridad personal: dto. De toda persona a no ser sometida a torturas u otros tratos o penas crueles inhumanos o degradantes
7. A decidir en materia reproductiva
8. A la salud
9. A un recurso efectivo
10. A la educación y a la información y a gozar del progreso científico.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Listado basado en la información proporcionada por la investigación “Barreras. Investigación y Análisis sobre el acceso de las mujeres al Derecho a Decidir”

### El aborto en Uruguay, un breve resumen histórico

Como se dijera antes, en la actualidad la Ley 18987 despenaliza el aborto por la sola voluntad de la mujer con el cumplimiento de ciertos requisitos.

Pero ésta no se trata de la primera iniciativa para despenalizar el aborto en Uruguay, pues ubicamos aquella en el año 1934, durante la dictadura de Gabriel Terra, con la aprobación del Código Penal Irureta Goyena que despenalizaría el aborto con la sola condición de que fuera consentido por la mujer. Dirá el historiador Barrán (1995: 110), que esta significativa modificación al Código, se dio como resultado de la "... rebelión femenina en pro del aborto y la inclinación de la sociedad en pro del control de la natalidad, evidentes en el Uruguay a partir de 1890, por lo menos."

A pesar de este logro en 1934, la despenalización total del aborto fue algo muy fugaz, pues ya en 1935 el Presidente Terra y su Ministro de Salud Pública redactaron un decreto que prohibiría la realización de abortos en los establecimientos públicos. Y finalmente, a principios de 1938, como resultado de la presión de diversos grupos de poder y muy especialmente de sectores católicos<sup>11</sup>, entrará en vigencia la ley 9763 que penalizará nuevamente el aborto, estableciendo como novedad situaciones eximientes de su aplicación, a saber: por riesgo de vida de la madre, por embarazo fruto de violación, por penuria económica y para salvar el honor de la mujer. (Sapriza: 2011).

Ahora bien, vuelto a penalizar el aborto, encontramos un largo período de tiempo sin avances en la materia. Transcurridos los años 40 y 50 Uruguay asistirá a una serie de sucesos internacionales y nacionales (avance del neoliberalismo, triunfo de la revolución cubana, entre otros) que tendrán su desenlace en el proceso dictatorial ocurrido en el país en el período 1973-1985. Como ya se ha dicho, el predominio del enfoque materno-infantil se universaliza en Uruguay hacia mediados del siglo XX, por lo cual se entiende que vuelta la penalización y hasta la reinstauración democrática no se produjeron en el país cambios sustanciales en referencia a la salud sexual y reproductiva en general, y a la interrupción del embarazo en particular.

---

<sup>11</sup> "... se convocó a una activa militancia en contra del artículo del Código. Las más firmes fueron mujeres congregadas en la Acción Católica, lideradas por la hermana del senador nacionalista, Juan B. Morelli" (Sapriza; 2011, 42)

Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez (2004: 98) feministas uruguayas e integrantes del grupo Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), actoras fundamentales en la lucha por el reconocimiento de los DDSSRR en Uruguay, afirman que: “desde la redemocratización del país en 1985, en cada legislatura se presentaron distintos proyectos de ley [que atendían a la Salud Sexual y Reproductiva] que nunca lograron pasar más allá del tratamiento y acuerdos alcanzado en comisiones.”

Frente a éste contexto encontraremos un punto de inflexión en el año 2001 donde se produce un fuerte aumento de la mortalidad materna por abortos provocados en condiciones de riesgo<sup>12</sup> (Briozzo: 2007; Sanseviero: 2003). Entre las repercusiones de ésta situación encontraremos dos fundamentales, a nivel legislativo se iniciará en 2002 el debate sobre los cuatro proyectos presentados desde la reinstauración democrática a partir del cual “la Comisión de Salud elabora un proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, el mismo recibió media sanción en Cámara de Diputados en 2002, pero en 2004 sería rechazado por la Cámara de Senadores”. (Abracinskas y López Gómez; 2004, 100-101).

Por otro lado se desarrollará en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y como resultado de la determinación de un grupo de Profesionales del área Ginecológica, el programa de Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR). El mismo establecerá al APCR como un grave problema de salud pública, posible de ser mitigado con acciones específicas, y propondrá flexibilizaciones en el marco de la penalización del aborto. (Briozzo; 2007)

Las ISCAPCR fueron implementadas a través de la Clínica de Asesoramiento del CHPR, y su principal objetivo fue brindar un espacio de consulta a las mujeres con embarazos no-deseados, no- aceptados “... promoviendo que toda mujer en ‘situación de aborto’ consulte antes de hacerlo, buscando alternativas a la interrupción del embarazo, o para realizarlo de la manera menos riesgosa si la decisión está tomada.” (Briozzo; 2007, 147-148).

Este abordaje innovador elaborado por los profesionales del CHPR será posteriormente adoptado como Norma de atención sanitaria a nivel nacional por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Ordenanza 369 que regirá desde agosto de 2004. Con ésta Ordenanza se buscaba universalizar las ISCAPCR para que las mismas rigieran sobre todo el

---

<sup>12</sup> “En el Hospital Pereira Rossell el aborto pasó a ser la principal causa de muerte entre las gestantes, alcanzando la cifra del 49%” (Abracinskas y López Gómez; 2004, 81)

territorio nacional, tanto a nivel público como privado. Si bien este fue un aspecto muy importante en lo que refiere a los avances en la atención al aborto en el país, investigaciones realizadas posteriormente a la implementación de la Ordenanza permitió saber la falta de conocimiento de la misma por parte de usuarias de los servicios de salud, como la escasa aplicación de ella por parte de los profesionales (Carril y López Gómez; 2010).

## Herramientas legales para la protección de la Salud Sexual y Reproductiva

En la presente sección se buscará sistematizar los contenidos de las leyes 18426 y 18987 mencionadas anteriormente, entendidas ambas como instrumentos fundamentales para la consagración de los DDSSRR en el Uruguay.

La Ley 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, fue discutida y aprobada finalmente en el año 2008, pasando así a ser la primer ley que integra los principios de la CIPD a la legislatura uruguaya, y establece el rol garante al Estado y ejecutor al Ministerio de Salud Pública específicamente.

Sus disposiciones establecen la importancia de la universalización de servicios, programas y políticas que promuevan la Salud Sexual y Reproductiva accesibles a toda la población, incluyendo así a niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

Entre sus logros principales, la Ley 18426 incluyó como parte de los objetivos de los programas y políticas de Salud Sexual y Reproductiva la incorporación de la Normativa consagrada en la Ordenanza 369 previamente mencionada, creando de esta forma un mejor marco de implementación, control y vigilancia.

Por otro lado, la promulgación de la Ley no careció de aspectos controversiales, puesto que el proyecto presentado ante el Poder Legislativo integraba la reglamentación de la interrupción voluntaria del embarazo, elemento que se mantuvo durante la discusión parlamentaria, pero fue vetada por el Presidente Tabaré Vázquez<sup>13</sup>.

Acerca del veto presidencial escribirán Analía Banfi Vique, Oscar Cabrera, Fanny Gómez Lugo y Martín Hevia (2010, 20), que el mismo argüía en su justificación que los artículos II III y IV afectaban el orden constitucional, citando "... los artículos de la Constitución que consagran los derechos a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la familia, a la educación, a la protección de la maternidad y a la salud", sin ahondar sobre cómo la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo los afectaría.

Los autores expresarán que "... los argumentos expuestos en el veto son generales e imprecisos, parten de falsas asunciones y, sobre todo, desconocen la existencia de

---

<sup>13</sup> Quien fuera el primer presidente electo integrante del partido Encuentro Progresista Frente Amplio Nueva Mayoría, primer partido de izquierda en Uruguay.

obligaciones internacionales asumidas por Uruguay de respetar y garantizar los derechos humanos de las mujeres, en particular, la protección del derecho a la vida y la integridad personal – dada la negación del derecho al aborto en condiciones seguras – y la no discriminación en el acceso a servicios de salud” (2010, 45).

De más reciente aprobación encontramos la Ley 18987, cuya discusión tampoco careció de inconvenientes, pues en un principio se discutió y aprobó en la cámara de Senadores un primer proyecto de ley, el cual ante el inminente rechazo de la cámara de Diputados debió ser sustituido por otro proyecto que finalmente llegaría a ser Ley.

En primer lugar, corresponde aclarar que la Ley 18987 no logró legalizar el aborto, sino establecer su despenalización mediante el cumplimiento de ciertos requisitos; esto implica que quienes interrumpieran su embarazo sin cumplir lo mandatado por la Ley podrán ser sancionados de acuerdo a lo establecido en los artículos 325 y 325bis del Código Penal uruguayo.

Los requisitos a cumplir se detallan entre el 1er y 3er artículo de la Ley, y son: realizar la interrupción durante las primeras doce semanas del embarazo, concurrir a una primer consulta en cualquier institución perteneciente al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para manifestar ante un médico la voluntad de abortar; el profesional fijará allí mismo fecha para una segunda consulta con el equipo interdisciplinario (integrado por: un profesional del área ginecológica, un profesional de salud mental y un profesional del área social) cuya finalidad será de informar y asesorar a la mujer acerca de los contenidos de la Ley 18987, las características y riesgos de la interrupción, así como las alternativas a la misma, finalizada esta segunda consulta comienza a correr el período de reflexión de cinco días, transcurrido el cual la mujer podrá ratificar su decisión de abortar ante el ginecólogo tratante, coordinándose finalmente el procedimiento.

El artículo 6to de la Ley establece excepciones para el cumplimiento de los requisitos mencionados, estas son: cuando el embarazo implica un riesgo para la vida de la mujer, cuando existan en el feto malformaciones que fueren incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo fuera resultado de una violación (con constancia de denuncia) dentro de las primeras 14 semanas de gestación.

En lo que refiere al alcance de la Ley IVE, se encuentran amparadas por la misma las ciudadanas uruguayas naturales y legales. En el caso de las extranjeras deberán acreditar fehacientemente un año (como mínimo) de “residencia habitual en el territorio de la República” para acceder a servicios de interrupción del embarazo (Artículo 13vo).

A su vez, la Ley también integra a adolescentes menores de 18 años debiendo el ginecólogo tratante recabar el consentimiento de padres o tutores, en caso de que sea negado la adolescente tendrá la posibilidad de presentarse ante un Juez para que el mismo resuelva acerca del tema en un máximo de tres días (Artículo 7mo). En el Artículo 8vo se establecerán también condiciones especiales para las mujeres declaradas incapaces judicialmente, requiriéndose “el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente”.

Ahora bien, lo presentado hasta ahora permite ver la nueva situación que encuentran las mujeres uruguayas al enfrentar un embarazo no deseado. Pero la presente Ley regula también la actuación tanto de profesionales como de las instituciones sanitarias, otorgando a cada uno obligaciones específicas. Los profesionales por su lado, deberán garantizar (dentro de lo posible) “que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros”, y procurar “abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción” (Artículo 4to). Mientras que las instituciones tendrán la obligación de “promover la formación permanente del equipo profesional interdisciplinario” con especial énfasis en salud sexual y reproductiva, realizar una correcta difusión del personal integrante de los equipos interdisciplinarios para conocimiento de los usuarios, y garantizar la confidencialidad del proceso IVE (Artículo 5to).

Finalmente, la Ley introduce entre sus disposiciones generales la posibilidad de recurrir a la objeción de conciencia para los profesionales ginecólogos y personal de salud (Artículo 11vo) y la objeción de ideario para las instituciones (Artículo 10mo).

La objeción de conciencia será declarada expresamente por los profesionales ante las autoridades de las instituciones de salud, y no será aplicable para las interrupciones que se realizaran cuando existiera riesgo de vida de la mujer. A su vez, se entiende que la objeción exonerará a los profesionales de intervenir en la tercer consulta que se establece en la Ley, es decir que, los profesionales no podrán ampararse bajo la objeción de conciencia para no actuar en las primeras dos consultas.

En lo que refiere a la objeción de ideario, la misma deberá ser preexistente a la vigencia de la Ley 18987, y se establece que las instituciones que la manifiesten deberán acordar con el Ministerio de Salud Pública “la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos” en un esfuerzo por resguardar los derechos de las usuarias.

### Acerca de la reglamentación de la Ley 18987

Anteriormente fueron desarrolladas las principales características de la Ley 18987. Pues con la entrada en vigencia de la Ley se estableció también su reglamentación, otorgándole mayor especificidad a lo planteado por el articulado. Para la presente sección se recurrirá a: la Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo<sup>14</sup> y el Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo<sup>15</sup>.

La reglamentación plantea normas generales en cuanto a la asistencia de las usuarias por parte de los equipos de salud, de forma tal que asegura la calidad asistencial y humanización del proceso, ampara el derecho a decidir de las mujeres y les garantiza la posibilidad de presentar denuncias frente a faltas experimentadas durante el proceso IVE.

Entre estas normas también encontraremos la opción de las usuarias de concurrir ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA) para denunciar “la falta de confianza de un prestador para cumplir en tiempo y forma el procedimiento” (Manual de Procedimientos, 8), pudiendo solicitar un cambio de prestador por esa causal.

El Procedimiento General de las situaciones generales (mujeres mayores de 18 años o menores habilitadas) detalla las tres consultas mencionadas anteriormente a las que las usuarias deberán concurrir para cumplir con los requisitos planteados por la Ley 18987.

Se especifica que el ginecólogo actuante deberá verificar el cumplimiento de los requisitos en la primera consulta, y solicitar una paraclínica<sup>16</sup> cuyos resultados deberán estar disponibles para la tercer consulta.

La consulta de asesoramiento con el equipo interdisciplinario deberá ser el mismo día que la primer consulta, o al día siguiente, no siendo necesaria la presencia del profesional de ginecología en caso de haber asesorado a la usuaria en la primer instancia. Se establece que la actuación de los profesionales de salud mental favorecerá la toma de decisión informada y autónoma, y se evaluará la necesidad de seguimiento. Mientras que desde los profesionales del área social se brindará asesoramiento acorde a la situación familiar y personal (manejando

---

<sup>14</sup> Disponible en: [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/guia\\_tecnica\\_ive\\_2012.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/guia_tecnica_ive_2012.pdf)

<sup>15</sup> Disponible en: [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/manual\\_de\\_procedimientos\\_ive\\_2012.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/manual_de_procedimientos_ive_2012.pdf)

<sup>16</sup> Donde se exigirá: “ecografía ginecológica para estimar la edad gestacional y/o el lugar de la implantación del embrión, y en todos los casos la clasificación de grupo sanguíneo y Rh.” (Manual de Procedimientos, 11)

las opciones alternativas a la interrupción), informando sobre los beneficios de ésta y otras Leyes y prestaciones, a la vez que se fomentará el acompañamiento de las usuarias durante el proceso IVE (Manual de Procedimientos, 13).

Para la tercera consulta se reglamenta dos posibles situaciones: que la mujer ratifique su decisión de abortar, y que exprese su voluntad de continuar el embarazo (Manual de Procedimientos, 15-16).

Para el primer caso se propone el procedimiento farmacológico<sup>17</sup> como preferencial, el cual deberá ser explicado previamente a las usuarias precisando claras instrucciones. Solo en casos de posible riesgo se podrá promover la internación. El procedimiento quirúrgico podrá ser realizado por razones médicas.

Para aquellas usuarias que manifiesten la decisión de continuar el embarazo se iniciará el control regular del embarazo.

Finalmente la Reglamentación de la Ley IVE incluye una cuarta consulta post-interrupción (que podrá ser ante: ginecobstetra, obstetra partera o médico de familia), la cual no estaba contemplada en el texto original de la Ley. La misma se desarrollará a los 10 días del procedimiento, mediante ésta incorporación se busca “asegurar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y completar la información que requiere el MSP<sup>18</sup>” (Manual de Procedimientos, 16).

Se establecen también Detalles Normativos acerca de la aplicación de la Ley, donde se encuentra el procedimiento a seguir para la aplicación del Artículo 7mo acerca de la atención a mujeres menores de 18 años.

Para estos casos se manifiesta la necesidad de considerar la *autonomía progresiva*<sup>19</sup> de la adolescente en cuestión, función asignada preferentemente a los miembros del equipo interdisciplinario, quienes deberán definir si “la mujer adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas” (Manual de Procedimientos, 18) para solicitar o no el consentimiento

---

<sup>17</sup> Según la Guía Técnica (6) “El régimen recomendado para la interrupción farmacológica es el de Mifepristona seguida de Misoprostol. [...] Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98%”.

<sup>18</sup> Haciendo referencia al Artículo 12vo de la Ley 18987 donde se establece la obligación del MSP de llevar un registro estadístico.

<sup>19</sup> Entendida como el “proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos” (Manual de Procedimientos, 31)

de padres o tutores. Esto implica una importante condición introducida por la reglamentación de la Ley 18987.

En esta sección establece que “en ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto podrá imponerse a la voluntad contraria de la adolescente”, independientemente del diagnóstico de autonomía progresiva.

Este recorrido de los contenidos de la reglamentación buscó echar luz sobre las reinterpretaciones y flexibilizaciones en relación a la Ley que ésta significó.

## CAPÍTULO 2

### Presentación de los emergentes del trabajo de campo.

En el presente capítulo se abordarán ciertas temáticas surgidas durante el proceso de entrevistas con los distintos licenciados en Trabajo Social de las Instituciones consideradas. Al inicio del capítulo se realizará una introducción de los Departamentos relevados, y de las instituciones seleccionadas a modo de enmarcar los datos recogidos en las entrevistas.

A lo largo del capítulo se utilizará el modo analítico<sup>20</sup> para la contrastación de los datos. Cada emergente será desarrollado tomando como evidencia los testimonios recogidos en las cinco entrevistas, y a partir de allí se buscará discutirlos y comprobarlos a nivel teórico.

Al tener como referencia tres instituciones de Montevideo y dos de Salto se hace posible pensar comparativamente sobre las cuestiones planteadas en las entrevistas, es con éste fin que en cada emergente se retoman los alegatos de todas las instituciones donde tales fueron abordados.

---

<sup>20</sup>Este modo se caracteriza por “...analizar las construcciones que los entrevistados hacen de los temas a través de la identificación de las principales categorías que organizan sus relatos...” (Demazière y Dubar apud: Kornblit; 2004, 12)

### Breve introducción de los Departamentos relevados.

Para comenzar éste tramo de la discusión se vuelve relevante realizar algunas distinciones entre los Departamentos de Salto y Montevideo. En esta primera parte se presentarán los datos de Población aportados por el INE en 2012<sup>21</sup>.

El Departamento de Salto se encuentra ubicado al Norte del País, próximo a la frontera con Argentina y Brasil, y cuenta con una densidad poblacional de 124.878 habitantes distribuidos mayoritariamente en el área urbana (117.029), y en menor medida en el área rural (7.849). Mientras que Montevideo, es uno de los Departamentos ubicados más al Sur de Uruguay, y al tratarse de la Capital del País concentra casi la mitad de la población nacional con 1.319.108 habitantes, albergados principalmente en el área urbana (1.305.082) donde solo se registran 14.026 personas en el área rural. Estos datos nos permiten decir que: Salto es un Departamento menos poblado y urbanizado que Montevideo, y que Montevideo (también por su carácter capitalino) centraliza mayor cantidad de servicios que Salto.

En lo que refiere al tema abordado en el presente trabajo, ubicamos una diferencia fundamental entre Montevideo y Salto, esto es que Salto constituye el único Departamento del Uruguay donde la totalidad de los profesionales de Ginecología han hecho objeción de conciencia (garantizada en el artículo 11 de la Ley 18987) con respecto a su participación en el proceso de IVE<sup>22</sup>, lo cual repercute directamente en la atención que se brinda en ambas instituciones relevadas en el Departamento.

---

<sup>21</sup> Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2012/cap%C3%ADtulos/Poblaci%C3%B3n.pdf>

<sup>22</sup> Entrevista a Trabajadora Social del CMA: “acá en Salto todos los médicos hicieron objeción de conciencia”

Entrevista a Trabajadora Social de ASSE: “... los ginecólogos en Salto hicieron todos objeción de conciencia”

### Acerca de las instituciones consideradas.

En el Departamento de Salto fueron entrevistadas las Trabajadoras Sociales que integran los equipos interdisciplinarios (que participan de las consultas IVE) de dos instituciones, a saber: el Centro Médico Asistencial el cual constituye una Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y la Policlínica de SSyR del Centro Asistencial de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) en Salto.

En Montevideo se seleccionaron tres instituciones de salud, se tuvo en cuenta la posibilidad de contar con IAMC y servicios públicos, y también de tener entre la muestra una institución con objeción de ideario (garantizada en el artículo 10 de la Ley 18987). Con estas cuestiones en mente fue que se entrevistó a los Trabajadores Sociales de las siguientes instituciones: el Centro Hospitalario Pereira Rossel (CHPR) específicamente, se relevó al Departamento de Trabajo Social del Hospital de la Mujer Paulina Luisi, éste servicio también forma parte de la órbita de ASSE; y dos IAMC: el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) y por último el Hospital Evangélico (institución que hizo objeción de ideario).

### Apuntes preliminares sobre la planificación familiar.

Consagrada como derecho fundamental en la CIPD (desarrollada en el capítulo anterior), la planificación familiar incluye el acceso a *productos y servicios*<sup>23</sup> que la hagan posible, así como a recibir *información* que facilite ese acceso. A los efectos del presente trabajo, interesa abordar esta cuestión en el entendido que “el acceso a la planificación de la familia reduce la tasa general de fecundidad, las cantidades de embarazos no deseados...”<sup>24</sup>. Por lo tanto, los niveles de aborto en nuestro País estarán directamente relacionados a la accesibilidad de los métodos de planificación familiar.

Es adecuado presentar a continuación algunos datos del panorama mundial en lo que refiere a métodos anticonceptivos. Según cifras del Informe estado de la población mundial 2012, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos<sup>25</sup> constituye la principal causa de embarazos no deseados observados en países en vías de desarrollo (casi el 80%)<sup>26</sup>; aunque también se mencionan otros factores que influirán en la ocurrencia de éstos embarazos, a saber: “... utilización incorrecta o no sistemática de un método anticonceptivo, [...] e interrupción del uso de un método sin reemplazarlo con otro método” (pág. 31).

Por otro lado, se subraya que en América Latina y el Caribe se ha presenciado una disminución de las tasas de aborto al concretarse mayores niveles de acceso a métodos modernos, de todas formas, la Región continúa teniendo las tasas de aborto y la proporción de abortos provocados en condiciones de riesgo más altas del mundo.

En éste sentido, es importante destacar que, a partir de la implementación de la Ley 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva se universaliza en nuestro país el acceso a “métodos anticonceptivos seguros y confiables, tanto reversibles como irreversibles” (Guía

---

<sup>23</sup> Métodos masculinos y femeninos.

<sup>24</sup> Informe estado de la población mundial 2012, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible en: <http://www.unfpa.or.cr/estado-de-la-poblacion-mundial-2012>

<sup>25</sup> El término anticonceptivos modernos busca englobar los siguientes métodos: la esterilización masculina y femenina, el DIU, píldora anticonceptiva, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos de barrera femeninos. Se opone a los métodos tradicionales, que serían: la abstinencia periódica, el retiro, el amamantamiento prolongado y otras “prácticas folklóricas” (pág. 26)

<sup>26</sup> A la vez se advierte que la mitad de esos embarazos culminarán en aborto.

para implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud, p. 7<sup>27</sup>).

#### Algunas apreciaciones sobre anticoncepción a partir del proceso IVE

Durante el desarrollo de las entrevistas, el abordaje del tema métodos anticonceptivos se hizo presente en la mayoría de los casos, dando cuenta de algunas realidades cotidianas para las mujeres usuarias de los servicios de SSyR.

La universalización del acceso a métodos de planificación familiar (garantizado por la Ley 18426) no parecería agotar las problemáticas en ésta área. Entre ellas, notamos que algunos de los entrevistados ubican el mal uso de los métodos anticonceptivos (o su omisión) como motivo de ocurrencia de los embarazos no deseados que finalmente culminan en abortos. Consultado respecto del tema, el Trabajador Social del Hospital Evangélico sostuvo:

“También porque obviamente han fallado los métodos anticonceptivos también se trabaja sobre eso, se informa sobre cómo prevenir otros embarazos, a veces es el mal uso de los métodos lo que provocó el embarazo [...] hay de todo. Hay casos donde sí, donde no se usaban métodos anticonceptivos, [...] hay casos de mujeres que les ha fallado el método anticonceptivo, generalmente o la pastilla cuando hay una omisión, preservativo que se rompe. Hemos tenido algunos casos en los que las mujeres manifiestan haber tomado la pastilla del día después, y que tampoco les ha funcionado, y eso también es llamativo porque en general uno piensa que esa medicación tiene un alto porcentaje de efectividad, [...] mujeres que están combinando métodos incluso tomando anticonceptivos orales y usando preservativo y sin embargo se embarazan. Y después sí, mujeres que se cuidan por la fecha de ovulación, que ahí están más expuestas.”

Siguiendo en ésta misma línea, al abordar el tema con las Profesionales del CHPR, se planteó tanto: la preocupación ante la constatación de reiteraciones (usuarias con más de un aborto desde que se implementó la Ley) así como la importancia de integrar al Trabajo Social como parte de la consulta post IVE, consulta en la cual se asesora y orienta a las usuarias acerca de futuros embarazos y anticoncepción<sup>28</sup>, a modo de mejorar el servicio y el acceso a los métodos modernos. Respecto de esto se realizaron varios planteos:

Entrevistada 2 CHPR: “Y la idea central es que esto no se convierta en un método anticonceptivo. Y por más que se han visto pocas yo algunas reiteraciones ya he visto [...] Se han visto, yo he visto pacientes

---

<sup>27</sup> Disponible en: [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12\\_file2.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12_file2.pdf)

<sup>28</sup> Ver: Manual de Procedimientos, p. 16

con tres. Eso es lo que se intenta, que se tome consciencia de los métodos anticonceptivos, y que esto sea una excepción.”

Entrevistada 4 CHPR: “También a mí me parece que, o sea, el ginecólogo tiene como una postura y una forma de actuar, le dice las indicaciones y como que tampoco ve lo que rodea a la paciente y bueno, y le plantea eso pero en verdad ¿qué pasa con la pareja? Habría que investigar un poco, ¿puede acceder al método o no? ¿le parece cómodo? Y en eso nosotros no participamos.”

Entrevistada 2 CHPR: “Claro deberíamos estar. Sí porque es una gran carencia, yo trabajo en la policlínica de VIH y allí el tema de los anticonceptivos es tema central. Y lo que vos ves es desconocimiento, y ya te digo la negación del hombre por lo general al uso de preservativos o a la búsqueda en conjunto de un método anticonceptivo que sea adecuado para los dos. [...] a veces notas desconocimiento, digo, no saber que el anticonceptivo no te hace efecto cuando tomás antibióticos, o si tenés diarrea, eso sí. Eso hay casi un 90% de desconocimiento.”

#### Sobre la responsabilidad en cuanto a la anticoncepción

Corresponde detenerse sobre los puntos presentados hasta el momento, y realizar algunas apreciaciones. Los testimonios recogidos permiten visualizar una clara inequidad entre varones y mujeres en lo que refiere a responsabilidad en materia de anticoncepción. En éste sentido entiendo que toda política pública relativa a la fecundidad se desarrollará “... sobre las personas que tienen a su cargo la reproducción biológica de la sociedad y, como consecuencia, se ha incidido sobre los cuerpos, la sexualidad y los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres” (Figueroa; Yanes, 2001 en: Sanseviero 2003: 130). Coincido con lo planteado por Rafael Sanseviero (2003: 13) cuando da cuenta de una fuerte contradicción existente en la sociedad uruguaya, pues “... por un lado se deja la responsabilidad de las decisiones reproductivas exclusivamente a las mujeres, por otro, algunos sectores de la sociedad reclaman que los hombres decidan a la par de las mujeres sobre el aborto.” Incluso, uno de los argumentos de la campaña a favor del Referéndum para derogar la Ley 18987 era que la misma limitaba el derecho a decidir de los varones progenitores.

De la misma manera, el uso de anticonceptivos se establece como responsabilidad de las mujeres, por lo tanto la omisión en el uso y el posible embarazo resultante también será de su entera responsabilidad (Sanseviero 2003). Resulta relevante considerar que, según el informe

del UNFPA anteriormente citado, los métodos anticonceptivos femeninos son mucho más ampliamente utilizados a nivel mundial que los métodos masculinos<sup>29</sup>.

Puede extraerse de las citas anteriores que en general no hay disposición por parte de las parejas a negociar un método conjuntamente, e incluso es habitual la negación de los varones al uso de preservativos (lo cual no sólo puede devenir en embarazos no deseados, sino también en la transmisión de distintas ITS)<sup>30</sup>. Resulta evidente que existe una cultura de no apropiación por parte de los varones ante la anticoncepción, podemos suponer que esto se da a consecuencia de varios elementos que se atraviesan: existe un mayor control médico sobre los cuerpos de las mujeres (Foucault: 1996), lo cual a su vez redundaría en que los varones en general accedan menos al sistema de salud<sup>31</sup>, y en términos del mandato de género, la reproducción (y todo lo referente a ella) se asume como atributo femenino, por lo cual el varón tenderá a *reaccionar*<sup>32</sup> en contra de éstos postulados a modo de *fortalecer* su masculinidad.

Considerando ahora el papel de las mujeres en lo referente al control de la fecundidad, frente a la pregunta de si el proceso de IVE permitía a las mujeres una mayor apropiación de los derechos sobre sus cuerpos, las profesionales del CHPR consideraron que la intervención no redundaría en una mayor apropiación de los derechos de las usuarias en cuanto a la anticoncepción, entendiendo que, la apropiación implicaría el asumir la responsabilidad respecto al uso de los métodos. La siguiente cita permite sustentar ésta afirmación:

---

<sup>29</sup> Por citar un ejemplo de esto, encontramos que a nivel mundial la esterilización femenina tiene una prevalencia del 30% mientras que se ubica en sólo un 6% para la esterilización masculina (siendo además ésta: menos invasora, menos costosa y menos riesgosa en comparación a la femenina). (UNFPA; 2012)

<sup>30</sup> Respecto de éste tema, encontramos también evidencia en la investigación “Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay” (Sanseviero; 2003: 134) donde, a partir de entrevistas realizadas a distintas mujeres que atravesaron procesos de aborto (en la época donde aún estaba penalizado) se destaca que: “Varias mujeres quedaron embarazadas de sus parejas estables, ya fuesen convivientes o no convivientes. Tanto en los relatos de unas como de otras no aparecen menciones a la negociación por la anticoncepción. En un par de casos se hace mención al uso de condón, principalmente para evitar el contagio de ITS. Es de resaltar que ninguna de nuestras entrevistadas, pertenecientes a distintos sectores socioeconómicos, y en sus distintas situaciones vitales, señaló la corresponsabilidad del compañero sexual en la regulación de la fecundidad.”

<sup>31</sup> Sobre la inequidad de género en el acceso a sistemas de salud se puede consultar: “La guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud” de la Organización Panamericana de la Salud, disponible en: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/OPAS-OPS/OPAS%2012.pdf>

<sup>32</sup> Se hace referencia aquí a lo planteado por Elizabeth Badinter (1992) cuando afirma que: “... desde la infancia hasta la edad adulta, y a veces toda la vida, la masculinidad es mucho más una reacción que una adhesión. El chico se instala oponiéndose: no soy mi madre, no soy un bebé, no soy una niña...”

“... yo opino que si fuera así (que hay apropiación) verías responsabilidad posterior en uso de anticonceptivos y no ves eso, y eso significaría tener una apropiación sobre sus derechos, de decidir libremente, conscientemente cuándo quiero quedar embarazada, más allá de que haya casos en que puede haber sido un accidente. [...] Algo específico es que la parte más flaca de la entrevista, cuando se les dice *‘estaría bueno que en la cuarta entrevista vos puedas optar por el método anticonceptivo, lo conversas con tu pareja, que sea más adecuado para los dos’*, y vos ves como que ahí patina la entrevista, porque como que *‘sí sí sí, claro sí, sí’* pero no hay, algunas preguntan, o algunas te dicen *‘sí yo ya me decidí por el DIU’*.”

No deja de ser llamativo el hecho de que algunas usuarias no utilicen métodos anticonceptivos, aún estando al tanto de su accesibilidad. Respecto de esto una de las Profesionales entrevistadas en el CHPR dijo:

“... yo siempre pregunto: *¿Conocías los métodos anticonceptivos? – Sí. ¿Sabías dónde conseguirlos? – Sí. ¿Sabías que son gratis? – Sí. ¿Tenías policlínica cerca de tu barrio? – Sí sí, porque yo ya saqué. Y entonces, ¿por qué no estabas utilizando?* Y ésta es la respuesta [se encoge de hombros]. Entonces, no pasa por el desconocimiento, no pasa por la información, pasa por otros canales, que no sé cuáles son ni cómo se manejan [...] Ni por la falta de acceso, porque saben en qué policlínica hay, porque ya fue ya le dieron alguna vez. Pero después y... Ese día no tuvo ganas, o no se levantó...”

### El aborto, ¿un método más?

En la investigación “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, Leonel Briozzo (p. 180) establece que “... el aborto voluntario ha sido identificado como un recurso central en la temprana transición demográfica concluida en Uruguay ya en la tercera década del SXX”, se puede decir que la cita abarca un período histórico ya lejano, y que desde aquel entonces hasta nuestros días mucho se ha progresado en el mundo al respecto de estrategias de control de la natalidad, incluyendo la difusión universal en Uruguay de métodos de planificación familiar cumpliendo así con los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

De todas formas, pareciera ser que no todas las mujeres usuarias de los servicios de salud logran hacer uso de ese derecho. Ahora bien, ante la incógnita de por qué no se ejerce tal derecho, hallamos sólo hipótesis: falta de interés frente a la anticoncepción, uso de métodos tradicionales como ser: el coitus interruptus o los calendarios de ovulación, uso del aborto como método. Esto último nos enfrenta a una contradicción: mediante la difusión universal de métodos anticonceptivos no se busca incluir al aborto como tal, pero en la práctica puede

darse de esa manera, si no existe apropiación por parte de las personas de los métodos modernos. Entonces, ¿Puede entenderse que el uso del aborto como método anticonceptivo significa una apropiación de derechos? La respuesta a ésta pregunta puede resultar un tanto controversial.

Lo desarrollado hasta el momento permite cuestionar al aborto como método anticonceptivo, para lo cual retomaré la Ley 18987 que establece en su 1er artículo como principio general que la interrupción “no constituye un instrumento de control de los nacimientos.” En éste sentido, el uso de la interrupción como método (pese a lo que se diga en la Ley) pone de manifiesto que la apropiación de las usuarias de las herramientas legales trasciende los fines reglamentarios y sanitarios, en pos de la decisión personal sobre el propio cuerpo.

Observamos, entonces, que el abismo existente entre lo determinado por la Ley y cómo ella se ha venido aplicando da cuenta de que la realidad cotidiana<sup>33</sup> de algunas usuarias no se condice con lo proyectado por la Ley. A su vez, resulta claro que el principio citado intenta influir en lo cotidiano, dando cuenta de las consecuencias políticas que puede conllevar la adopción del aborto como método, considerando que “... el poder (en tanto la posibilidad de imponer determinados intereses) atraviesa, anida y se ejerce también – y muy particularmente – en las relaciones cotidianas” (Grassi; 1989: 17).

Para finalizar esta parte de la discusión quisiera dejar constancia que, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2003: 14)<sup>34</sup>: “aun si todos aquellos que utilizan métodos anticonceptivos lo hicieran perfectamente todo el tiempo, todavía existirían cerca de seis millones de embarazos accidentales anualmente.” Con esto quiero resaltar la importancia de contar con servicios de aborto seguro en nuestro País, que resultará, junto con el acceso universal a la anticoncepción, en un sistema de planificación familiar fuerte y de calidad, disponible para todas las personas, si bien se hace evidente la necesidad de medidas ulteriores de promoción del uso de anticoncepción y prevención de embarazos no deseados.

---

<sup>33</sup> Al referirnos a lo cotidiano entendemos que: “... no es solamente aquello que, tal como lo pensamos desde el sentido común, ocurre todos los días, reiteradamente, sino básicamente la forma en que cada hombre organiza su entorno, vive y concretiza lo social...” (Grassi; 1989: 17)

<sup>34</sup> Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf)

## Aborto, ¿y después? Las posibilidades del seguimiento social en el proceso IVE

A continuación abordaré la cuestión del seguimiento pues, como se mencionó anteriormente, en el caso de las profesionales del CHPR la falta de seguimiento desde el Trabajo Social a las usuarias que concurren a las consultas de IVE 2 fue identificado como una gran carencia, como se entiende de la siguiente cita:

“Sí, igual a mi entender me parece que la Ley debería aclarar que el Trabajo Social debería estar presente también en la cuarta consulta. Porque es importante poder así, bueno, aclarar más en la consulta de control, la búsqueda de un método anticonceptivo, porque a veces no es solamente el desconocimiento de los métodos, sino también la falta de costumbre de usar un método, o la negación de la pareja a usar un método.”

Se puede dilucidar de lo anterior que la entrevistada resalta la importancia de mantener una continuidad en la intervención del Trabajo Social, de modo de poder identificar demandas y necesidades e implementar acciones en consecuencia. Por otro lado, entiendo que la intervención focalizada que establece la Ley, en la cual las usuarias se enfrentan a las profesionales del Trabajo Social como ante un tribunal, sustenta la imagen de la profesión como herramienta de control social<sup>35</sup>, a la vez que el tipo de proceso deriva en que “... se violan permanentemente los límites personales; [...] se investiga, se averigua, se observa, se piden datos. El individuo que requiere de asistencia o atención debe estar dispuesto a ventilar sus intimidades...” (Grassi; 1989: 22).

De todas formas, no hubo consenso entre las Trabajadoras Sociales del CHPR sobre la utilidad del seguimiento para mejorar las problemáticas identificadas por ellas mismas. El testimonio retomado a continuación permite vislumbrar un panorama poco alentador en cuanto a las posibilidades del Trabajo Social en la consulta post IVE:

“Yo voy a plantear una duda: no sé si Trabajo Social participando en la cuarta entrevista puede cambiar en algo ésta situación [en referencia a la omisión en el uso de anticoncepción]. Yo creo que pasa por una cuestión cultural en donde las mujeres no les interesa un carajo cuidarse [...] Porque nosotros no aportamos mucha información, y aparte esto no pasa por falta de información. Pasa por un cambio cultural. Y eso es lo que más cuesta.”

---

<sup>35</sup> “El control social asume formas de vigilancia directa sobre la vida de [las personas] y las actividades de asistencia y beneficencia son recursos privilegiados en ese sentido. [...] se legitima su derecho a intervenir, corregir, convalidar, aconsejar, normar, la vida familiar y cotidiana [...] son inmejorables medios de obtener información acerca de sus conductas, tendientes a afianzarlas o reorganizarlas...” (Grassi; 1989: 15).

El enunciado anterior da cuenta de la complejidad que representa la intervención desde el Trabajo Social en lo que hace a la salud sexual y reproductiva, entendiendo que las acciones aisladas difícilmente habiliten a los sujetos a realizar cambios significativos (como, en este caso, la adopción y uso regular de un método anticonceptivo) que les permitan apropiarse de sus derechos en ésta área.

Por otro lado, en la Policlínica de SSyR de ASSE en Salto el proceso de atención presenta ciertas particularidades que otorgan otro lugar a la Trabajadora Social, pudiendo realizar un abordaje más continuo, donde la Profesional participa de la IVE 4 y, al ser consultada acerca del rol profesional y las potencialidades para la disciplina desde la implementación de la Ley, sostuvo:

“...Y a veces viste que nosotros somos muy de hacer lo que sea, no, yo que sé, en policlínica de SSyR teníamos una mujer que tuvo una interrupción, cuando vuelve le hicimos IVE 4, y cuando viene a la consulta con la ginecóloga entonces se estaba viendo el tema de métodos anticonceptivos, y se optó por el DIU, porque sino si se olvidaba de las pastillas dentro de dos meses íbamos a tener otra interrupción, y siempre les aclaramos: la interrupción no es un método anticonceptivo...”

Frente a éste contraste es importante tener en cuenta los escenarios disímiles que se nos presentan, de acuerdo a lo manifestado por la TS de ASSE/Salto el promedio de consultas semanal es de 10 usuarias, mientras que en el CHPR el promedio diario es de entre 6 y 7 usuarias. De esta brecha surgen ciertas interrogantes: las reiteraciones ¿no fueron ubicadas como problema en Salto porque aún no ha transcurrido tiempo suficiente para observarlas? Ó ¿El seguimiento de carácter integral habilita una mejor prevención de embarazos no deseados?

También se pudo identificar diferencias en la aplicación del seguimiento en la policlínica del CASMU, donde fue implementada una consulta social post IVE buscando una mayor continuidad de la intervención. Preguntada sobre cómo surgió la iniciativa, la Trabajadora Social del CASMU dijo:

“Y surgió desde que vimos que nosotros veíamos a la mujer, preparábamos toda la instancia de interrupción, pero después, ¿qué pasaba? No la veíamos más. Ta, y lo que empezamos a plantear que más allá de que haya un cierre físico, con el ginecólogo trayéndole la ecografía, que también considerar nosotros si la pasamos a psicoterapia, si inició la psicoterapia, si ya pidió hora, si la familia cómo está, cómo se puede insertar de vuelta dentro de la familia, si ese fue un elemento que le llevó a perder trabajo...”

El testimonio anterior permite ver que, en el caso del CASMU, el seguimiento del Trabajo Social está más enfocado a la situación emocional de las usuarias, y menos a la orientación sobre anticoncepción y futuros embarazos. Entiendo que la diferencia de enfoques viene dada por las diversas situaciones de intervención<sup>36</sup> existentes, resulta claro el lugar diferencial que ocupan las Profesionales en cada institución, y a su vez esa diferencia desemboca en la adopción de distintas respuestas, si bien el marco normativo (la Ley 18987) es el punto de partida de todas por igual.

Continuando con la multiplicidad de posibilidades acerca del seguimiento, al ser consultado al respecto, el entrevistado del Hospital Evangélico explicó que si bien la consulta IVE 4 es realizada por un ginecólogo, el Trabajo Social participa del seguimiento para los casos que se considera necesario:

“No no, esa se hace acá [la IVE 4], después de que se cumple con el procedimiento, la mujer toma la medicación y demás. Se coordina una eco de control, que se hace acá en el hospital, y a los 10 días luego de haberse producido la interrupción del embarazo tiene la consulta IVE 4 con el ginecólogo [...] Y bueno, muchas veces seguimos trabajando con los casos, sobre todo los casos de las menores ¿no?, hemos tenido varios casos de menores de edad que seguimos trabajando los casos en conjunto con el ginecólogo, y yo hago el abordaje también de la situación a nivel familiar y demás, y bueno, por ahora viene marchando, son pocos los casos, 5 o 6.”

De lo citado se desprende que la institución prioriza la intervención del Trabajo Social en aquellas situaciones donde se registran ciertos niveles de vulnerabilidad, en éste caso con las usuarias más jóvenes. De todas formas podemos ver que los casos de adolescentes registrados en el Hospital han sido pocos, y en general en el año de aplicación que lleva la Ley, las mujeres menores de 19 años representan un 18% del total de las interrupciones, e incluso se observa una tendencia a la baja<sup>37</sup>.

Considero que, en lo referente al abordaje familiar, el mismo se hace más fácil cuando la usuaria es adolescente pues la Ley prevé la participación de los progenitores (o tutores) en el proceso de consultas, lo cual abre la posibilidad a un trabajo posterior a la interrupción por parte del Profesional. Sin embargo, nada asegura que las usuarias mayores de 18 años no se

---

<sup>36</sup> Tomadas como “... un conjunto de realidades o circunstancias que se entrecruzan en un momento determinado del proceso de intervención, condicionando [...] las posibles respuestas de quien interviene” (Carballeda; 2007: 61)

<sup>37</sup> Información difundida por el MSP el 24 de febrero de 2014, disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/casos-de-interrupci%C3%B3n-voluntaria-del-embarazo-disminuyeron-tras-implementaci%C3%B3n-de-la-ley>

encuentren en situaciones de vulnerabilidad, aunque distintas, que también ameriten intervenciones posteriores; de la misma forma que, el seguimiento a las adolescentes podría involucrar otras cuestiones, más allá de su núcleo familiar.

Para concluir ésta sección, entiendo que la intervención social focalizada en la segunda consulta constituye una importante carencia de la Ley IVE, ya que los testimonios recogidos dejan traslucir que hay trabajo para hacer más allá del asesoramiento previo a la interrupción. En éste sentido, resultan destacables los esfuerzos institucionales por implementar el seguimiento desde el Trabajo Social, más allá de que no siempre se observe una buena recepción.

### Acerca de las barreras observadas en el proceso asistencial

Las dificultades en el acceso a los derechos establecidos en la Ley 18987 no pasaron inadvertidas durante la realización de las entrevistas. Si bien existen variaciones en las situaciones descritas entre una institución y otra (y un Departamento y otro), se puede decir en líneas generales que se detectaron barreras en el proceso asistencial (atravesadas por la variable territorial) para el acceso a los servicios de SSyR y más específicamente en lo que respecta a la realización de las consultas IVE.

Dadas las características diferenciales de cada Departamento, a continuación ahondaré en las cuestiones abordadas en Salto, para luego continuar con Montevideo, y finalizar con una síntesis de ambas situaciones.

### Hacia el Litoral, una panorámica de Salto

En ésta primera sección serán desarrolladas las barreras observadas en las instituciones médicas en Salto (ASSE, y CMA), esbozando hacia el final de cada punto reflexiones acerca de esos obstáculos.

#### 1. El caso Salteño en ASSE

Como se dijera anteriormente, en el Departamento de Salto todos los profesionales ginecólogos realizaron objeción de conciencia en cuanto a su participación en el proceso IVE. Encontramos que la objeción se halla regida por el Artículo 11 de la Ley, y por el Manual de Procedimientos IVE, en ambos textos se expresa que la misma sólo será válida para abstenerse de actuar en la 3er consulta de IVE, donde se indica el procedimiento farmacológico, y en dos de las situaciones establecidas como excepcionales (embarazo producto de violación y malformaciones incompatibles con la vida extrauterina)<sup>38</sup>.

Pese a ésta aclaración, encontramos que en ASSE los ginecólogos han hecho objeción en todo lo que involucra el proceso IVE, como se entiende de la siguiente cita:

“No, los ginecólogos en Salto hicieron todos objeción de conciencia en todas las consultas. Por eso se trató de ver la parte de salud, de la lectura de una ecografía, la lectura de un examen de sangre, todo eso, ¿quién lo hacía? Porque ni la psicóloga ni yo estamos preparadas para eso; entonces por eso fue que se

---

<sup>38</sup> Artículo 11, inciso 1.  
Manual de Procedimientos IVE, numeral 8.11 (p. 24-25)

puso una partera y una nurse así también, el tema es que por ejemplo nosotros no podemos recetar una ecografía, solicitar un examen de sangre, la partera sí entonces por lo menos cubríamos esa parte... No no, pero hicieron objeción de conciencia total...”

Por otro lado, la ausencia de un profesional de ginecología en el equipo interdisciplinario dio lugar a una organización distinta del equipo, como se desprende de lo anterior, son cuatro profesionales en lugar de tres, la partera y la nurse realizan el asesoramiento correspondiente a la consulta IVE 1, y la Trabajadora Social (quien a su vez es referente del equipo) y Psicóloga se encargan de la IVE 2, así como del acompañamiento y seguimiento posterior a la interrupción.

En éste contexto la principal dificultad observada (hasta agosto de 2013) era el traslado de las usuarias a Montevideo para la consulta IVE 3, que implicaba grandes esfuerzos de coordinación entre el equipo de Salto y el CHPR, así como disponibilidad por parte de las usuarias para realizar el viaje hasta la Capital, el siguiente enunciado da cuenta de estas realidades:

“Hasta agosto, la forma de derivación del IVE 3 era Montevideo, que implicaba un desgaste en todo sentido, era a Iniciativas Sanitarias del Pereira Rossel, lo que implicaba que una semana por ejemplo teníamos para mandar y nos decían ‘llamen por teléfono’, ta, esa semana arreglábamos por teléfono; la semana siguiente ‘no no no, no se hace más por teléfono, ahora manden correo’, mandábamos correo; ‘ahora no, no se hace más por correo manden por fax’, mandábamos por fax... Entonces era toda la semana viendo cómo coordinar, un desgaste, un desgaste para las mujeres porque digo, viajar a Montevideo no es voy a la vuelta de la esquina, te implica todo el viaje, más mujeres que muchas no conocían Montevideo...”

No es el objetivo de éste trabajo ahondar en una crítica hacia los profesionales de ginecología de Salto en relación a su carácter de objetores. Sin embargo, es importante mencionar que “... la objeción de conciencia puede convertirse en un factor relevante respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la medida que las convicciones personales (religiosas, éticas, morales, filosóficas y políticas) de los prestadores de salud pueden interferir en la entrega de servicios.” (Dides Castillo; 2010: 129)

Por otro lado, ha sido posible implementar acciones para mitigar las consecuencias de la objeción de conciencia en éste Departamento. Para ello, a partir de septiembre de 2013 se logró incorporar al equipo de SSyR una ginecóloga residente en Montevideo, que concurre a Salto una vez por semana a realizar las consultas IVE 3 previamente agendadas. La profesional

entrevistada se mostró complacida respecto de ésta solución<sup>39</sup>, y también manifestó la importancia que se le dio desde el equipo el integrar a la ginecóloga como parte del equipo de SSyR de forma que sus intervenciones se enmarcaran en el trabajo interdisciplinario:

“... entonces desde el mes de septiembre contamos con una ginecóloga, por lo tanto estamos atendiendo dos veces en la semana miércoles y viernes, y lo que nosotras queríamos era que la ginecóloga formara parte del equipo de salud sexual, no que solamente viniera por IVE 3 no era el sentido, porque nosotros tratamos de apuntar que la policlínica de salud sexual y reproductiva no sea solamente interrupción del embarazo, ta, que sea mucho más amplio el abordaje; entonces para eso lo que hicimos fue que yo participara los dos días, así trabajamos en equipo, entonces las mismas mujeres que por ahí veíamos los miércoles cuando volvían el viernes ya veían una cara conocida, era mejor el abordaje, la entrevista; y la psicóloga en alguna oportunidad también puede ir los viernes cosa de estar trabajando en paralelo...”

## 2. Mientras tanto, en el Centro Médico...

Si bien en el CMA encontramos la misma situación con respecto a los ginecólogos objetores, el equipo de SSyR sí cuenta con una profesional del área ginecológica que (aún siendo objetora) realiza el asesoramiento correspondiente a la consulta IVE 1. De todas formas, a pesar de tener un equipo conformado acorde a la Ley, la objeción constituyó de igual manera una dificultad al momento de la realización del IVE 3, como se deja ver a continuación:

“... la ley se cumple a raja tabla lo único que se las trasladaba a Artigas o a Montevideo; al principio se las trasladaba a Montevideo que fue cuando yo no estaba el primer mes del año, y luego se las empezó a trasladar a Artigas que era como un lugar más cerca y como, por un montón de cosas positivas, se las empezó a trasladar a Artigas. [...] al principio eso como que no teníamos las respuestas para darle a las usuarias, porque aparte esas coordinaciones se hacían desde Dirección Técnica viste no estaba en manos de nosotros. [...] aparte creo que en Artigas había creo que dos ginecólogos disponibles, entonces había que ver cuándo el médico no tenía consultas entonces que no se sabe, que sí, que no... Y sino había que trasladarlas hasta Montevideo, que si bien la persona no está mal pero ese viaje no me quiero imaginar lo que era.”

A las dificultades en la coordinación entre las instituciones de los distintos Departamentos, se le agrega la falta de alternativas en cuanto a la “oferta” de profesionales de ginecología. En

---

<sup>39</sup> Entrevista a Trabajadora Social de ASSE Salto: “era todo un tema cuando se tenían que ir para Montevideo, explicarle a la mujer que nosotras no podíamos recetarle, que tenía que ir, que si bien nosotros costeábamos el pasaje, era... Ahí sí estaba difícil, ahora ya estamos en la gloria, estamos fascinadas...”

éste sentido, es habitual observar mayor escasez de profesionales (en el área de la salud) cuanto más al Norte del País se vaya, también como resultado del protagonismo que adquiere Montevideo como Departamento centralizador de servicios<sup>40</sup>. La descentralización entonces, se vuelve fundamental para buscar trascender éstas dificultades territoriales.

Finalmente, el CMA optó por la misma solución que ASSE ante la dificultad del traslado de las usuarias a otros Departamentos para la tercera consulta, y la misma profesional que concurre a Salto a ocuparse de las consultas IVE 3 en Salud Pública realiza ésta función en el Centro Médico.

Corresponde detenerse sobre éste punto, en referencia a ambas instituciones, y aclarar que, si bien ésta solución permite superar las problemáticas referidas al traslado de las usuarias a otros Departamentos, seguirá siendo insuficiente desde el momento en que las usuarias de los servicios IVE sólo entran en contacto con la ginecóloga en la consulta donde se indica la interrupción. Esto también traerá aparejado una visión de esta intervención, y por lo tanto del lugar de la ginecóloga en el proceso IVE, de meramente “abortista”, estereotipo<sup>41</sup> que será aplicado tanto desde los usuarios de los servicios de salud en Salto, así como por parte del personal y colegas de las instituciones.

Respecto de esto último, considero fundamental que los profesionales involucrados en el proceso IVE no carguen con éste estigma<sup>42</sup>, entendiendo que la estigmatización también partirá de la búsqueda de un mayor control social (Goffman; 2006) sobre los atributos estigmatizantes (en éste caso, tales atributos se concretan en la realización de las interrupciones). Será prioritario entonces, profundizar el trabajo de concientización acerca de la importancia de la aplicación de servicios de aborto seguro (en oposición a aquellos provocados en condiciones de riesgo) en el sistema de salud, de modo de romper con estas nociones negativas del proceso IVE y sus integrantes.

---

<sup>40</sup> Para tener una idea más clara de esta situación, retomamos una investigación divulgada en 2013 donde se plantea que: “mientras en Montevideo existen 7.3 médicos cada 10 mil habitantes, en las restantes zonas del país hay 2 médicos cada 10 mil habitantes. Esta desigualdad se observa en todas las profesiones de la salud, pero muy especialmente a nivel de *Enfermeros*.” (Tosera; 2013: 41)

<sup>41</sup> En éste sentido, entiendo que “si no están familiarizados con el individuo, los observadores pueden recoger indicios de su conducta y aspecto que les permitirán [...] aplicarle estereotipos que aún no han sido probados.” (Goffman; 1971: 13)

<sup>42</sup> “El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador [...] es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo.” (Goffman; 2006: 13-14)

## Mirando al Sur: los casos Montevideanos

En ésta parte se considerarán los testimonios recogidos en: el CASMU, el CHPR y el Hospital Evangélico, específicamente aquellos fragmentos que refieren a las barreras que enfrentan las usuarias para acceder a los servicios de IVE.

### 3. El caso del CASMU

A continuación retomaré los planteos realizados por la Trabajadora Social de la Policlínica de SSyR del CASMU. Si observamos la distribución territorial del CASMU veremos que cuenta con una gran cantidad de servicios en territorio, para tener una idea aproximada según datos extraídos de su página web<sup>43</sup> se trata de: ocho policlínicas periféricas, seis centros médicos distribuidos en distintos barrios de Montevideo, y a esto se agregan tres sanatorios que ofrecen servicios de atención (y no sólo internación). A su vez, cabe mencionar que entre el espectro de usuarios encontramos personas residentes en: Montevideo, Canelones, Maldonado y San José, donde también hallamos un número importante de Policlínicas, si bien el equipo referente en SSyR se encuentra asentado en el Centro Médico Parque Batlle<sup>44</sup>.

Consultada acerca de los niveles de información que la institución facilita para dar conocimiento de la Ley a todos los usuarios, la Profesional sostuvo:

“Claro, no se puede poner en cartelera, pero creo que la institución está teniendo como un debe en formar a los ginecólogos de zona más allá de que sean objetores de conciencia, tendría que formarse a todos, en mostrador para contestar, a la gente que está en el call center que da respuesta al ‘*mire yo quiero saber...*’ le dicen ‘*si, vaya a la puerta del CASMU 3*’, no es en el CASMU 3, tienen que tener éste número. Y ha pasado de gente que nos ha venido a decir que ha transitado para acá, para allá, y nadie le supo decir. Y eso también, la gente que está en mostrador se tiene que interesar, la gente de éste mostrador de acá lo saben todo, después, no sé, estoy segura que voy al policlínico y pregunto en el mostrador si saben, y me van a decir que no saben... Pero eso es un debe de la institución...”

De lo anterior surgen cuestionamientos acerca de la disponibilidad de información sobre los servicios IVE en la institución. En ese sentido encontramos que en el “Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de la IVE” del MSP (pág. 20), se establece que: “se

---

<sup>43</sup><http://www.casmu.com.uy/web/casmuiampp/home;jsessionid=BD6246541AB66B61867DE21C5C291F88>

<sup>44</sup>Entrevista a Trabajadora Social del CASMU: “Sí, nosotros somos el equipo coordinador referente. Acá viene gente de los zonales de Maldonado, de Ciudad de la Costa, de Piriápolis, del lugar que haya de CASMU se atiende acá.”

evitará la cartelera explícita, la entrega de folletería fuera del consultorio...” a modo de preservar la confidencialidad. Éste postulado hará precisa la adopción de medidas para que (evitando la propagando) la información sea accesible a todo el universo de usuarios. Resultará imprescindible, entonces, que funcionarios y funcionarias cuenten con la orientación necesaria para derivar correctamente.

Vemos que la entrevistada maneja como problemática el desinterés de los funcionarios ( nombra tanto médicos como administrativos) en realizar una buena derivación, lo cual puede provocar demoras que justamente en éste proceso deberían evitarse. Menciona también la omisión por parte de algunos ginecólogos en la realización del asesoramiento correspondiente al IVE 1, a través de la derivación directa a la policlínica de SSyR:

“... la primera intervención la puede hacer el primer médico, no todos lo hacen. Muchas veces la mujer viene que consultó a su ginecólogo, su ginecólogo no la inició pero sí le dijo ‘*bueno tenés que llamar a tal teléfono*’.”

La derivación se convierte, entonces, en el elemento clave para el buen funcionamiento del servicio en el caso del CASMU<sup>45</sup>. De todas formas, considero fundamental los esfuerzos por mejorar la atención en ese primer acercamiento de la usuaria con la institución, entendiendo que ésta última y el conjunto de funcionarios “... ocupan un lugar privilegiado al mediar en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya sea por actuar activamente o por omisión” (Blima Schraiber; 2010: 36).

#### 4. El caso del Pereira Rossel

El CHPR tiene ya una larga trayectoria en lo que refiere a la atención del aborto en el País, sin embargo esto no ha redundado en la superación de algunas dificultades a nivel de territorio, entre ellas encontramos el mal funcionamiento de los equipos interdisciplinarios en algunas policlínicas periféricas, o directamente la inexistencia de los mismos, como se desprende de los enunciados recogidos a continuación:

“... hay en la periferia y en los otros departamentos como un mal funcionamiento de los equipos, primero lo que se demoran, y hay muchas veces como una resistencia desde la periferia, no de todos los lugares, pero sí de algunos que tenemos bien puntualizados, o sea pedís una ecografía y demoran un mes y medio,

---

<sup>45</sup> Entrevista a Trabajadora Social del CASMU: “nosotros lo que consideramos que es importante es que haya una buena derivación, que venga para acá. Que le dé el teléfono, las referencias. Y que concurran para acá.”

por ejemplo, y lugares donde no hay equipos formados porque han hecho objeción de conciencia aún sabiendo que hay etapas en el proceso que la Ley marca que no se puede hacer objeción [...] La verdad que bastante lamentable, obligarlas a seguir estirando eso en el tiempo es como un poco perverso por parte de los equipos. Más allá de que todo el mundo tenga derecho a pensar, la Ley es específica, no pueden hacer objeción de conciencia ni los psicólogos, ni los trabajadores sociales, ni los ginecólogos antes de recetar la medicación.”

A partir de ésta cita reencontramos el uso abusivo de la objeción de conciencia. Esta afirmación se sostiene principalmente por dos motivos: en primer lugar, el artículo 11 de la Ley 18987 establece que podrán hacer objeción de conciencia los médicos y el personal de salud que participen de la 3er consulta, por lo tanto, si bien la objeción no refiere únicamente a los ginecólogos, trabajadores sociales y psicólogos no participan en la 3er consulta por lo cual no corresponde aquí el derecho a realizar objeción. Y, en segundo lugar, nuevamente hallamos la falta de asesoramiento en la consulta IVE 1 por entenderla comprendida dentro de la objeción, mientras que el procedimiento reglamentario sí establece el asesoramiento e incluso prevé la obligación del médico de derivar al paciente a otro médico que garantice la atención<sup>46</sup>.

Por otro lado, las demoras en la atención pueden resultar tan perjudiciales (o más) que lo observado acerca de la objeción. Tratándose de un procedimiento de tiempos acotados el texto de la Ley busca promover la premura en la consulta de IVE 2, momento a partir del cual se empiezan a contar los cinco días de reflexión. En éste caso, todo parece indicar que las demoras son utilizadas para burocratizar el proceso, quizás con la finalidad de que las usuarias desistan o se pasen de las 12 semanas, no pudiendo en ambos casos ejercer sus derechos plenamente. En este sentido, es importante tener en cuenta que: “Las barreras en los centros de salud comienzan con la falta de sensibilización con respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por parte de los propios profesionales, quienes en muchos casos se declaran objetores de conciencia y de esa forma eluden su responsabilidad de garantizar los mismos.” (Cabria; 2006: 169)

La falta de recursos humanos fue otra problemática identificada respecto de los equipos territoriales de salud. Respecto de ello se dijo:

“... hay policlínicas de la Intendencia que tampoco cuentan con Asistente Social, y el IVE 1 atienden en la policlínica y el IVE 2 mandan para acá, o mandan llamar una Asistente Social de otro lado.”

---

<sup>46</sup> Manual de procedimientos para el manejo sanitario de IVE pág. 25.

Considero que la disponibilidad de recursos humanos resulta fundamental para lograr una descentralización efectiva (Toledo Ivaldo; 2003). Por otro lado, las policlínicas referidas forman parte del primer nivel de atención en salud el cual se caracteriza por el trato directo con la comunidad, y la identificación de necesidades en el entorno; ésta tarea se volverá inviable en la medida que no haya equipos formados que mediante el trabajo continuo puedan recoger demandas de la comunidad. A su vez, dotar a las policlínicas de mayores y mejores recursos (sean humanos, financieros o tecnológicos) promueve el fortalecimiento del primer nivel.

#### 5. El caso del Evangélico.

A continuación se desarrollarán los hallazgos en cuanto a la cuestión territorial ubicados en el Hospital Evangélico. En ésta institución el servicio de SSyR se encuentra ubicado en la sede central, y el proceso asistencial presenta ciertas particularidades. Al tratarse de una institución con objeción de ideario, el Evangélico ha optado por la vía de tercerizar la consulta IVE 3, por lo cual las consultas 1, 2 y 4 se realizan en la órbita del Hospital<sup>47</sup>.

La tercerización del servicio parecería dar buenos resultados en lo que hace a la experiencia descrita por el entrevistado, aunque sí cabría preguntarse, acerca de la experiencia de las usuarias: ¿cómo resultó el cambio de prestador para la realización de la consulta IVE 3? ¿se sintió respaldada por su institución y/o la que terceriza el servicio? ¿entiende que deban primar los principios de la institución por sobre los derechos que consagran la autonomía reproductiva de las y los usuarias y usuarios de las instituciones de salud?

El siguiente extracto da cuenta de la situación de algunas usuarias del interior que (al igual que en el CASMU) deben trasladarse a la sede central para llevar a cabo la consulta con el equipo interdisciplinario:

“... hasta del interior vienen, socias de Colonia por ejemplo hemos tenido un montón que se coordina para que vengan acá a Montevideo, generalmente la consulta con el ginecólogo la hacen allá, pero después ya vienen y tienen el mismo día conmigo y con la psicóloga, y ya después se les coordina para que vengan y hagan la ecografía y tengan la consulta con el ginecólogo el mismo día a la vuelta también, o sea se les facilita para que en un viaje puedan hacer todo.”

---

<sup>47</sup> Entrevista a Trabajador Social en Hospital Evangélico: “Toda la primera parte se hace acá en el hospital, lo único que está tercerizado es el procedimiento, digamos cuando se le da la medicación, el resto se hace acá.”

Se puede ver que la institución realiza esfuerzos en pos de facilitar el proceso de atención para las usuarias que concurren a consulta de otros Departamentos, de todas formas se repite la importancia de tender hacia la descentralización y la reducción del centralismo Montevideoano, de modo de brindar una mejor atención, acorde a las demandas de cada territorio.

#### La importancia del control, la formación y la descentralización en la Salud.

Los casos desarrollados en ambos Departamentos dan cuenta de una multiplicidad de problemáticas en lo que refiere al proceso IVE, se resalta la ausencia de controles en lo que hace al “alcance” de la objeción de conciencia (especialmente en el ámbito público, tanto de Salto como de Montevideo), por otro lado, algo que se puede generalizar a todas las instituciones, la necesidad de brindar una formación integral al personal de la salud que interviene en el proceso IVE, entendiéndolo como un elemento indispensable a la hora de garantizar los derechos de las usuarias a lo largo de dicho proceso, y, finalmente, se hace evidente el centralismo que toman los servicios de salud de Montevideo en la implementación de la Ley a nivel nacional.

La objeción de conciencia fue desarrollada durante la presentación de los casos de Salto, se deja constancia de que, si bien la misma se encuentra garantizada en el texto de la Ley, la misma debería habilitarse siempre que su uso no menoscabe la autonomía reproductiva de las usuarias, y mientras que su uso abusivo debería encontrarse rigurosamente controlado.

En referencia a la escasa formación entiendo que la misma impide un correcto asesoramiento en términos de los pasos a seguir para acceder a un aborto legal sin demoras ni dificultades. En éste sentido, considero que la autonomía de las usuarias estará condicionada en gran parte por la información que reciban por parte de sus referentes en materia de salud, coincido con Claudia Dides Castillo (2010: 128-129) cuando afirma que: “la noción de autonomía pierde densidad conceptual si no está relacionada con condiciones que habiliten a hombres y mujeres para ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente.”

Por último ahondaré en la cuestión de la descentralización en la salud, para lo cual utilizaré el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud presentado por la OPS<sup>48</sup>. El objetivo perseguido mediante la creación de estas Redes es “... proveer servicios de salud integrales a la

---

<sup>48</sup>Desarrollado en:  
[http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general.” (OPS; 2010: 37).

La construcción efectiva de Redes de servicios de salud basadas en la atención primaria evitan los efectos de la fragmentación y la segmentación, expresada en éste caso por la ausencia de coordinación entre los sitios de atención que redundan (en términos de la experiencia personal) en la falta de acceso a los servicios. A la vez, cuando las Redes son construidas con un anclaje territorial los servicios podrán elaborar perfiles poblacionales, así como identificar demandas de la comunidad, tendientes a mejorar la atención en salud.

Entiendo que potencializar la descentralización resulta fundamental para los casos observados, sea ya: mejorando la atención en las unidades territoriales ya existentes, o creando nuevas. En éste sentido se dirá que “cuando la descentralización es aplicada en forma adecuada, con unidades ejecutoras fortalecidas y bien gestionadas, permite responder de manera inmediata tanto a las cada vez más complejas y rápidamente cambiantes condiciones sociales y económicas, como a las necesidades de los usuarios o clientes.” (Toledo Ivaldo; 2003: 45)

Con esta reflexión quiero enfatizar la importancia de contar con equipos territoriales eficientes y comprometidos con la entrega de un servicio digno, y, en lo que hace al proceso IVE, que garantice el pleno derecho de las mujeres usuarias que allí concurren.

### La demanda de confidencialidad

El último emergente a desarrollar rondará alrededor de la demanda, por parte de las usuarias de los servicios, de privacidad y confidencialidad, cumpliendo con las garantías legales de la atención en salud, pero también procurando mantener cierto secretismo sobre la realización del procedimiento.

Desde el punto de vista normativo, la Confidencialidad en el proceso de atención de la SSyR se encuentra consagrada en el Decreto Reglamentario de la Ley 18426, N° 293/010, donde escuetamente se establece que las instalaciones físicas de los servicios de SSyR garantizarán la privacidad y confidencialidad durante la consulta y cualquier procedimiento (Artículo 8).

El testimonio de la Trabajadora Social del CASMU permite ver como las instituciones de la salud acuden a variados mecanismos en aras de preservar la confidencialidad, a su vez, también se desprende la demanda de privacidad por parte de las usuarias del servicio:

“... Va a registro en la historia electrónica y en la historia papel. Por ley la de papel tiene que estar. Como en la institución ya casi todo se está digitalizando, se registra en la electrónica. Muchas mujeres no quieren que vaya en la electrónica por un tema de privacidad [...] Y ha pasado de gente que no ha querido que se registre, y hemos tenido, no denuncias, quejas a la dirección nuestra, porque se ha entrado a historias, y bueno ahí empezamos a codificar de otra forma, porque en el encabezado de la historia están los diagnósticos y ahí va la interrupción. Y ahora codificamos de una forma que en el episodio cerrado queda la interrupción, pero no en el abierto. Entonces el que ingresa a un episodio cerrado tiene que estar habilitado por una segunda vez para poder hacerlo.”

Se observa que el CASMU ha complejizado los procedimientos de registro como garantía para las usuarias, pero principalmente como consecuencia de la exigencia por parte de ellas mismas de esas garantías.

También surgieron cuestiones relativas a la confidencialidad en las entrevistas realizadas en Salto, aunque dado el cambio de contexto los planteos giraban en torno a otros ejes. En éste sentido, al ser la Ciudad de Salto considerablemente menor en volumen poblacional que la de Montevideo, la Trabajadora Social de ASSE entendía que puede haber habido mujeres que hayan optado por recurrir al ámbito clandestino o por continuar un embarazo no deseado frente a la posibilidad de quedar expuestas concurriendo al servicio de SSyR:

“... hay mujeres que no se quieren exponer y hablar con un trabajador social, con un psicólogo, a contarle lo que va a hacer. Y ta, porque estamos en Salto, todos acá tienen que ir a un ámbito de la salud, a la policlínica, que por ahí, el enfermero es vecino...”

En las situaciones presentadas por las entrevistadas se observa que el reclamo de confidencialidad no responde a la apropiación de las mujeres de sus derechos en tanto usuarias del servicio, sino a la intención de mantener el procedimiento lo más “oculto” posible. En éste sentido entiendo que lo planteado por la autora Rosado-Nunes (2006: 85) ayudará a echar luz acerca de los motivos que llevan a las mujeres al ocultamiento del proceso de interrupción, esto es: “el estigma social, la vergüenza y el miedo están asociados a las prácticas abortivas. Existe una asociación implícita entre la contracepción y el comportamiento responsable, y entre la interrupción del embarazo y el comportamiento irresponsable.”

En referencia a lo planteado, resulta también esclarecedor reparar sobre los imaginarios que se construyen en torno a la Policlínica de SSyR como espacio de consulta. Los servicios de SSyR forman parte obligatoria de todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y tienen entre sus cometidos desde la promoción y educación en hábitos saludables relativos a la sexualidad y la reproducción, hasta tareas de orientación sobre métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo también todo lo relativo a planificación familiar (acceso a métodos anticonceptivos, captación precoz de mujeres embarazadas, control del embarazo, parto y puerperio)<sup>49</sup>. Sin embargo, los testimonios parecen indicar que algunas usuarias definen las Policlínicas meramente por su carácter “abortista”:

Entrevistada CMA: “... el miedo de que las miren feo en la policlínica porque se van a hacer eso, nosotros les explicamos que es la policlínica de SSyR que [...] es muy abierto a todos.”

Entrevistada CASMU: “No pueden decirle ‘vengo a la policlínica de Salud Sexual’, por lo menos eso, o sea la policlínica no se llama de IVE, [...] y no les sale, dicen ‘vengo para tal’, y cuando nombran a la ginecóloga tal y ahí te das cuenta.”

Los enunciados anteriores dejan entrever ciertos mitos construidos acerca de los servicios de SSyR, combinados con la reciente aprobación de la Ley IVE. La Policlínica se configura en los

---

<sup>49</sup> Las competencias de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva aparecen numerados en la Guía para implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud, p: 7-8. Disponible en: [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12\\_file2.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12_file2.pdf)

imaginarios como el lugar para abortar, el asistir a la Policlínica de SSyR habilita la asignación de una *fachada*<sup>50</sup> institucionalizada (que constituye una representación colectiva).

Es decir que a pesar de la variedad de servicios que brinda, las usuarias que allí concurren se configuran como “las que van a abortar”, en palabras de Goffman (1971: 39), la *fachada* de las actantes en estos casos “... tiende a adoptar una significación y estabilidad al margen de las tareas específicas que en ese momento resultan ser realizadas en su nombre.” Esto implica que, ya sea que las mujeres concurren a la Policlínica de SSyR por IVE o por cualquier otro servicio dentro de un amplio elenco, se las catalogará como “abortistas”.

A su vez, esto también conlleva a la clasificación negativa del servicio de SSyR como el “lugar donde se realizan los abortos”, nuevamente encontramos el estigma (mencionado anteriormente en lo referente al lugar de algunos ginecólogos) que recae sobre las prácticas abortivas, y en general, en todo lo que implica la autonomía sexual de las mujeres, atribuyéndosele connotaciones negativas al hecho de ejercer la sexualidad con fines placenteros, y no con fines reproductivos. En éste sentido “al separar mediante el acto, sexualidad y reproducción, el aborto moviliza en las personas implicadas (y en la sociedad en su conjunto), las representaciones que se tienen sobre el cuerpo, la maternidad, la sexualidad y la moral sexual que rige para el universo femenino.” (Carril y López Gómez; 2010: 38).

Para cerrar ésta sección corresponde plantearse, la historia clínica se trata de un documento propio de cada usuario de la salud, al que tendrán acceso el personal habilitado, el registro del episodio de aborto en la historia se registrará de la misma manera que cualquier otro procedimiento médico, y nadie podrá actuar en perjuicio de las usuarias en base a los contenidos de la historia, por lo tanto, si bien el respeto a la Confidencialidad debe cumplirse tal como está pautado por la Ley, ¿hasta dónde ese respeto no fortalece el estigma, la necesidad de mantenerlo oculto?

---

<sup>50</sup> Entendida como: “... la parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación con respecto a aquellos que observan dicha actuación.”

## CAPÍTULO 3

### Conclusiones finales

En el presente capítulo se pretende, a partir de la mirada reflexiva sobre lo presentado a lo largo del documento, esbozar unas primeras conclusiones respecto de lo observado.

Para tal fin, retomaré las líneas indagatorias que orientaron la investigación (especificadas en la introducción del documento), y realizaré un desarrollo de las mismas.

Al cuestionarme respecto de las barreras en el acceso al proceso IVE, se buscaba conocer qué elementos impedían o dificultaban de alguna manera el acceso a los derechos establecidos en la Ley 18987, entendiendo que su identificación resultará clave para trascenderlos. Es así que, conociendo ahora las trabas que se observan en algunas zonas de Montevideo, así como en otros Departamentos, podemos resaltar la necesidad de implementar acciones en las instituciones de salud que tiendan a mejorar éste acceso, capacitando exhaustivamente a todo el personal que en algún momento entra en contacto con las usuarias que demandan la realización de la IVE, considerando que, la apropiación de los derechos comienza por contar con información verdadera y suficiente sobre las opciones disponibles para éstas mujeres, sigue por poder tener una instancia de asesoramiento en la cual los derechos sean cabalmente respetados, lo cual supone la eliminación de alguna de las barreras analizadas anteriormente.

A partir de las barreras observadas, no se puede asegurar (no sin temor a equivocarse) que las mismas sean un elemento determinante de la realización (o no) de los abortos. De todas formas, cabe destacar en éste punto que, de acuerdo a los números proporcionados por el MSP en el marco del año de implementación de la Ley 18987, las interrupciones realizadas entre 2012 y 2013 fueron 6676<sup>51</sup>, esta cifra en sí misma no parece aportar al debate, pero, considerando las cifras que se manejaban mientras la práctica aún se encontraba penalizada (33000 anuales) observamos una gran diferencia. Solo podremos realizar conjeturas respecto del por qué de tal distancia: que efectivamente se haya logrado reducir el número de abortos con la implementación de la Ley, que los números anteriores contenían un importante sesgo, o que las barreras identificadas a lo largo del proceso hayan llevado a muchas mujeres a continuar el embarazo o concurrir al ámbito clandestino.

---

<sup>51</sup> Equivalente a decir que se dan 9 casos de aborto, cada 1000 mujeres en edad reproductiva.

Ahora bien, las hipótesis planteadas no resultan del todo convincentes. Incluso si se hubiera logrado bajar el número de abortos, una disminución tan drástica a sólo un año de la aprobación de la Ley no parece un dato realista. Por otro lado, respecto de la cifra de 33000 abortos, presentados en la investigación “Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay” (Sanseviero: 2003) la misma representó, en el momento de penalización de la práctica, la única investigación realizada con herramientas lo suficientemente confiables como para elaborar datos generalizables. Finalmente, algunos entrevistados consideraron que frente a ciertas situaciones (como la ausencia de profesionales en Salto, por citar un ejemplo) algunas mujeres probablemente hayan optado por continuar el embarazo o acceder a la práctica clandestinamente, pero nuevamente nos enfrentamos a que, suponiendo que así fuere, observamos que en el año de implementación se registró una muerte como consecuencia de un APCR, por lo cual, incluso el número de abortos provocados en condiciones de riesgo, debe ser menor a las cifras de aborto seguro.

En lo que refiere a la actuación profesional en la implementación de la Ley, ubicamos que desde la intervención se prioriza el facilitar la información suficiente que habilite la toma de decisión contando con todos los elementos que resultan fundamentales en tal escenario. Respecto de la participación de la profesión en el equipo interdisciplinario, entiendo que si bien el mismo funcionará como herramienta de control social, el espacio también está siendo utilizado para identificar demandas, necesidades y situaciones existentes en la vida de las usuarias que usualmente ameritarán un encuentro entre el Trabajador Social y las usuarias, que irá más allá de las funciones que a éste se le asigna desde la Ley.

En éste sentido, la implementación de la Ley 18987 permite dar cuenta de la relevancia que toma el integrar a la profesión en servicios de salud en el primer nivel, entendiendo que será en ese nivel donde se hará posible potenciar la intervención, actuando en los casos puntuales con miras a un abordaje continuo que vaya más allá de la situación focalizada. En el presente documento se reseñaron esfuerzos por ampliar el involucramiento del Trabajo Social en el proceso IVE, pero también en todo lo que hace a la vida reproductiva de las personas. Encuentro allí una posible esfera de acción para la profesión, que permitiría el trabajo sobre la salud sexual y reproductiva de usuarios y usuarias, entendiendo al Trabajo Social “... como profesión que trabaja a favor de la promoción humana integral, la acción afirmativa de derechos y la construcción de nuevos espacios para el ejercicio activo de la ciudadanía por todos los sectores vulnerables de la sociedad”. (Cesilini, Guerrini y Novoa; 2007: 35).

## BIBLIOGRAFÍA:

- Abracinskas, Lilian y López Gómez, Alejandra (2004) *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante* Montevideo: ED. MYSU.
- Badinter, Elisabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. España: Editorial Paidós
- Badinter, Elisabeth (1993) *XY La identidad masculina*. España: Alianza editorial
- Barrán, José Pedro (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Vol. 3: La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, José Pedro (2008) *Intimidación, divorcio y nueva moral en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Ediciones de la banda oriental.
- Briones, Guillermo. (2002) *Metodología de la investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales*. Bogotá: Editorial ARFO.
- Briozzo, Leonel (2007) *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Uruguay: Editorial Arena
- Cabria, Ángeles (2006) “El aborto en la esfera internacional actual: entre liberalizaciones y mordazas”. En: Susana Checa, comp. *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Carril, Eliana y López Gómez, Alejandra (2010) “Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres” En: Roberto Castro y Alejandra López Gómez (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) UdelaR.

- Cesilini, Gabriela Andrea; Guerrini, Maria Eugenia y Novoa, Patricia del Lujan (2007) *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social*. Argentina: Espacio editorial.
- Chiarotti, Susana (2006) “El aborto en el marco de los derechos humanos”. En: Susana Checa, comp. *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Colección artículo 2 (2011) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Uruguay: UDELAR CSIC
- Cuadernos: aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos Época 1, N° 1, 2010: El veto del ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos. Uruguay: MYSU
- Cuadernos: aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos Época 1, N°2, 2010: El aborto en la opinión pública uruguaya. Uruguay: MYSU
- De Beauvoir, Simone (2011) *El segundo sexo*. Argentina: Debolsillo
- Dides Castillo, Claudia (2010) “Reflexiones sobre objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile”. En: Roberto Castro y Alejandra López Gómez (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo, edición: Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) UdelAR.
- Echeveste, Laura y Mitjavila, Myriam (1992) *La medicalización de la reproducción humana*. Uruguay: Editorial CLAEH
- Foucault, Michel (1996) *Historia de la sexualidad tomo 1: la voluntad del saber*. Méjico: Siglo veintiuno editores
- Goffman, Erving (1971) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorroutu editores.

- Goffman, Erving (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Jelin, Elizabeth (2005) *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas*. Buenos Aires: CONICET Facultad de Ciencias Sociales
- Rosado-Nunes, María José (2006) “Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto”. En: Susana Checa, comp. *Realidades y coyunturas del aborto*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- RUDA/AUPF (2008) *Barreras Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: RUDA/AUPF
- Sanseviero, Rafael (2003) *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Uruguay: Talleres gráficos CBA
- Tamayo, Giulia (2001) *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Citado en: RUDA/AUPF (2008) *Barreras Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: RUDA/AUPF
- Toledo Ivaldo, Alfredo (2003) *Los desencuentros de la salud*. Montevideo: Centro interamericano de cooperación y capacitación.
- Toserá, Nesté (2013) *La Salud en Uruguay: un rompecabezas a armar*. Montevideo: Ed. Ensayo.
- Truyol y Serra, Antonio (2000) Prólogo en: *Los derechos humanos. Declaraciones y convenios internacionales*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Valles, Miguel. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional* Madrid: Editorial Síntesis

## OTROS DOCUMENTOS:

- Ley 18426:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- Ley 18987:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>
- Ordenanza 369/04 (MSP):  
<http://www.iniciativas.org.uy/publicaciones/publicaciones-impresas/>
- Guía técnica IVE:  
[http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/guia\\_tecnica\\_ive\\_2012.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/guia_tecnica_ive_2012.pdf)
- Manual de procedimientos IVE:  
[http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/manual\\_de\\_procedimientos\\_ive\\_2012.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/manual_de_procedimientos_ive_2012.pdf)
- Guía para implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud (MSP):  
[http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12\\_file2.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/12_file2.pdf)
- Uruguay en Cifras 2012, Población (INE):  
<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2012/cap%C3%ADtulos/Poblaci%C3%B3n.pdf>
- Informe estado de la población mundial 2012, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): <http://www.unfpa.org.cr/estado-de-la-poblacion-mundial-2012>
- La guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud (Organización Panamericana de la Salud):  
<http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/OPAS-OPS/OPAS%2012.pdf>
- Aborto sin riesgos (Organización Mundial de la Salud):  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf)

- Redes integradas de servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud):  
[http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

#### PÁGINAS WEB CONSULTADAS:

- <http://www.casmu.com.uy/web/casmuiampp/home;jsessionid=BD6246541AB66B61867DE21C5C291F88>
- <http://www.msp.gub.uy/noticia/casos-de-interrupci%C3%B3n-voluntaria-del-embarazo-disminuyeron-tras-implementaci%C3%B3n-de-la-ley>

## ANEXOS

## **ANEXO 1.-**

### PAUTA DE ENTREVISTA

Ejes a abordar:

Actuación, abordaje del equipo multidisciplinario en cada caso

Coordinación, complementariedad del equipo multidisciplinario

Lugar del/ la Trabajador/a Social en el equipo multidisciplinario

Qué importancia tiene la formación académica del profesional de TS ¿hay formación específica en la temática?

Potencialidades y posibilidades que el/la profesional del TS ubica en su intervención. ¿Cuál es el “panorama”?

Situación de las usuarias al acceder a la consulta

Nivel de información de las usuarias

“Utilidad” de la consulta para cada caso, opinión de las usuarias

La intervención, ¿habilita a las usuarias la reflexión en torno a sus derechos sobre sus cuerpos?

Actitud institucional hacia la aplicación de la ley: accesibilidad de información para las usuarias

Posibilidades del profesional de TS dentro de la institución

Cumplimiento de especificidades de la Ley 18987

Aspectos a mejorar en cuanto a la implementación de la Ley 18987 en cada centro asistencial

## **ANEXO 2. -**

### Perfiles de l@s entrevistad@s.

Las entrevistas realizadas para la elaboración del presente documento fueron cinco en total, ocurridas durante los meses de octubre y diciembre del año 2013.

En las mismas fueron entrevistados en total once Trabajadoras y Trabajadores sociales en el marco de las cinco instituciones seleccionadas. Las entrevistas se distribuyeron de la siguiente manera:

En el Hospital de ASSE Salto, se entrevistó a una profesional.

En el Centro médico asistencial de Salto, se entrevistó a una profesional.

En el Hospital de la mujer Paulina Luisi (CHPR) se entrevistó a siete profesionales.

En el CASMU se entrevistó a una profesional.

En el Hospital Evangélico se entrevistó a un profesional.

La mayoría de los entrevistados llevaban ya tiempo desempeñándose profesionalmente en el ámbito de la salud, pero cabe destacar que únicamente la Trabajadora social del CASMU manifestó tener formación específica en SSyR, mientras que los otros entrevistados expresaron haberse formado una vez en el trabajo.