UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Autonomía y reflexión obligatoria de la IVE en Uruguay: Análisis del impacto regulatorio de la Segunda Etapa del Proceso desde la mirada de las Trabajadoras Sociales y el Colectivo Las Lilas

Balbuena Marmión, María Leticia

Tutora: Natalia Magnone

Montevideo, octubre 2025

Agradecimientos

Mamá, abuelas, tías, amigas, a las mujeres de mi vida, tribu hermosa que me acompañó y supo apoyar, creyendo siempre en mí, incluso cuando yo no lo hacía, gracias.
A mi manada, los que perdí en el camino y los que aún me esperan, mis compañeros fieles, madrugadas enteras siempre a mi lado, haciendo que los desvelos no pesaran tanto.
A mi tutora, por su paciencia y comprensión en todo este tiempo.

No hubiera llegado hasta acá, de no ser por ustedes.

Gracias.

Índice

Introducción 4
Recorrido por investigaciones previas 6
Marco Metodológico 10
De la prohibición a la regulación: tratamiento legislativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay Marco Metodológico 14
Marco Teórico 16
1. Mandatos de género 16
2. Control y vigilancia del cuerpo (gestante) 17
3. Ciudadanía reproductiva 19
4. Autonomía reproductiva 21
5. Aborto voluntario 22
6. Trabajo Social en el campo de la salud 24
7. Trabajo social feminista: entre lo institucionalizado y lo instituyente 25
Análisis 28
Percepción sobre los cinco días de reflexión y la intervención del equipo multidisciplinario 28
1.1 Uso otorgado a la entrevista con la persona gestante 28
1.2 Interpretaciones de los 5 días de reflexión por parte de las Trabajadoras Sociales 30
1.3 Valoración de Las Lilas de ambas etapas 31
2. Aplicación práctica de la Ley 35
3. Impacto de la intervención del equipo y de los cinco días de reflexión en la decisión de la persona gestante 40
4. Acompañamiento del colectivo e intervención del trabajo social 43
Conclusión 48
Bibliografía
50

Introducción

El presente documento corresponde al trabajo final de grado, requerimiento para la obtención del título de la Licenciatura en Trabajo Social que dicta la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La investigación en curso presenta una mirada crítica a la Ley N. 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La centralidad se ubica, por un lado en la segunda etapa del proceso donde participa el trabajo social, y por otro, analizando específicamente los cinco días de reflexión, paso obligatorio dentro de las cuatro etapas establecidas por la ley.

Con esta legislación, el aborto, practica ancestral en los cuerpos gestantes, salió de la clandestinidad para ser parte del sistema de salud, lo que significa un gran avance en términos de derechos reproductivos.

Esta ley presenta una serie de etapas que toda mujer y persona gestante debe cumplir para poder acceder a la interrupción del embarazo. Luego de haber consultado en ginecología, realizarse análisis y ecografía correspondiente, la persona es entrevistada por un profesional del área de salud mental y una trabajadora social. Posterior a esta entrevista debe transitar por un periodo de cinco días de reflexión, para luego regresar y efectivizar la interrupción. Finalmente, una cuarta etapa donde recibe asesoramiento sobre métodos anticonceptivos.

Hablamos de interrumpir un embarazo en un contexto patriarcal, hablamos de mujeres siendo agentes de su cuerpo y reproducción. Pero, al parecer, esto genera cierta tensión, no se puede dejar por completo a merced del cuerpo gestante sino que es necesario y obligatorio que, habiendo sorteado una serie de etapas, que al parecer no son suficientes, *reflexionen* por un tiempo más. Esta espera puede verse como un mecanismo de disuasión, como una invisibilización hacia la capacidad de decidir, o tal vez, efectivamente es necesario para abortar que exista esta etapa.

Al respecto, este trabajo busca conocer el tipo de intervención que la ley le encomienda al trabajo social y cómo se materializa en la práctica. Además, interesa saber la opinión que el trabajo social tiene sobre el periodo de reflexión en particular.

El interés en el tema surge a partir del décimo aniversario de la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, celebrado en el año 2023. Habiendo transcurrido ese tiempo, se investiga, por interés personal, como había sido la implementación de la ley. Aciertos, desafíos por superar, mejoras en la calidad de atención, etc.

Aparece en esa búsqueda un dato interesante; entre los años 2013 y 2024 el 95% de las mujeres embarazadas que contactaron al servicio de IVE completaron el procedimiento. Solo el 5% restante continuaron con el embarazo (MSP, 2024). Estos datos reflejan que, mujeres y personas con capacidad de gestar, tras cumplir con los pasos establecidos, ratifican su decisión aún pasados los cinco días de reflexión. Esta información resultó por demás interesante y llevó a cuestionar, cuán necesaria es esta etapa en particular y cuánta mejora en la calidad del cumplimiento de derechos reproductivos para los cuerpos gestantes, puede significar, modificar esta etapa.

El trabajo comienza realizando un recorrido por investigaciones previas relacionadas al aborto voluntario, comenzando con aproximaciones teóricas sobre el aborto en particular para luego continuar ahondando en el concepto de biopolítica y cuerpo-especie, la normativa y el equipo multidisciplinario.

Se continúa detallando el apartado metodológico en el que se mencionan objetivos, características de las entrevistas llevadas a cabo, llegada a las entrevistadas, y dimensiones utilizadas para el análisis de las mismas.

Seguidamente, se detalla el tratamiento legislativo que se la ha dado a lo largo de la historia uruguaya al aborto voluntario. Posteriormente se plantea el marco teórico de la investigación para continuar con los resultados, estos van desglosando las dimensiones que orientaron el análisis de las entrevistas. Este apartado desarrolla: interpretaciones de las entrevistadas, análisis personales de dichos hallazgos, fundados en la teoría antes expuesta.

Finalmente, se exponen las conclusiones y descubrimientos que emergieron de esta investigación.

Recorrido por investigaciones previas

El siguiente apartado refiere al estado del arte en trabajos relacionados al aborto en Uruguay, los cuales se consideran relevantes para la elaboración de la presente monografía.

En tal sentido, el trabajo de Susana Rostagnol (2016) *"Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción"* es un antecedente relevante ya que analiza el aborto voluntario desde un enfoque de relaciones de poder.

Dichas relaciones se hacen presentes en las etapas que debe transitar una persona en situación de aborto, específicamente en el marco de la Ley N. 18.987, cuando es entrevistada por el equipo multidisciplinario para luego tener que tomar obligatoriamente un periodo de reflexión, o cuando es atravesada por una serie de estigmas, incertidumbre y juzgamientos que lanza la sociedad en su conjunto cuando está ante una persona con capacidad de gestar que se niega a continuar con dicho estado.

El trabajo de la autora, ofrece una mirada crítica y profunda sobre la dinámica de la dominación masculina ejercida particularmente en las situaciones de aborto voluntario.

Tal como plantea en su análisis, el aborto voluntario es una variable eficaz para medir los grados de libertad o constricción reproductiva de las mujeres. Ahora bien, al analizar la IVE en el marco normativo uruguayo, más que promover la libertad reproductiva, las etapas parecen estar más orientadas a obstaculizar.

Asuntos como este deben ser abordarlos desde una propuesta teórica feminista, ya que dicho enfoque parte del reconocimiento de la "existencia de relaciones de poder que colocan a un grupo en situación de subordinación respecto del otro" (Rostagnol, 2016, p. 36).

Aunque estas relaciones son coyunturales, si pensamos en el tratamiento de la IVE en Uruguay durante el siglo XX, es innegable que ha habido avances. Sin embargo, persisten aspectos urgentes que deben ser revisados para lograr consolidar la autonomía reproductiva.

Es pertinente analizar cómo, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en

general, y la etapa con el equipo multidisciplinario seguido de los días de reflexión en particular, son una política del cuerpo. Desde la perspectiva de Foucault que trae Rostagnol (2016) en relación a la idea de "cuerpo-mente, es decir, la preocupación por el control de los cuerpos de individuos" (p. 43).

Estas etapas refieren a formas de control sobre las mujeres que se disfrazan de cuidado. La dominación masculina, presente en el Estado que promulga la ley, el poder médico institucionalizado, la sociedad en general que deposita un vasto arsenal de juicio sobre las mujeres que deciden abortar, reproducen mecanismos de subordinación que anulan la soberanía de las mujeres sobre su cuerpo y condicionan su derecho a decidir.

Alejandra López, expone con claridad en su trabajo "*Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto"* publicado en el año 2016, el imaginario que establece una relación intrínseca entre mujer-maternidad.

La autora advierte que esta ecuación "ha regido históricamente la definición de las políticas, los programas y la organización de los servicios de salud hacia las mujeres en Uruguay" (p. 25), lo que lleva a pensar que la serie de etapas, en particular los días de reflexión, tienen el propósito de que las mujeres en situación de aborto puedan evaluar su decisión.

En consecuencia, frente al incumplimiento del mandato social de la maternidad, el sistema despliega una serie de dispositivos institucionales cuyo objetivo parece ser corregir y moldear a la mujer para no transgredir esa norma. La instancia de reflexión aparece como una instancia de tutelaje que busca "resituar la domesticación del deseo de las mujeres" (López, 2016, p. 34). Estos dispositivos podrían volcarse hacia la promoción y respeto de la autonomía femenina.

En el texto de la ley se "convoca a que los equipos interdisciplinarios hagan repensar a las mujeres sobre su decisión, y en particular se insta a tratar de que se superen las causas que llevan a decidir abortar" (Magnone, 2019, p. 24).

Lo que se encomienda al equipo en general, y al trabajo social en particular, se aleja de

los principios rectores de la profesión en lo que refiere al respeto y la promoción de derechos. El aporte desde la disciplina para con las usuarias debe ser la de un espacio respetuoso hacia la decisión que la coloca en el lugar de consulta, brindar información certera y ecuánime, un espacio seguro y accesible. De realizar este tipo de intervención, el trabajo social estaría dando un apoyo invaluable, brindando una perspectiva de la situación que dista mucho de la que recibe comúnmente en otros espacios.

El ejercicio de un trabajo social feminista como parte del equipo multidisciplinario, puede velar por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en situación de aborto, aunque ello implique apartarse de lo que la ley le encomienda.

En el acto de limitar el aborto a un contexto sanitario, se está buscando garantizar la calidad técnica de la intervención, pero a la vez, este acto permite que el Estado ejerza un control moral sobre las mujeres ya que esta normativa exige que la mujer explicite los motivos que la llevan a tomar la decisión. Es este control moral el que da cuenta del poder biopolítico que, aún garantizado el derecho de abortar, sigue estando presente, limitando así la autonomía reproductiva plena de las mujeres que quieren practicarse un aborto en el marco de la ley.

El trabajo de Magnone y Viera (2018) *"Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco",* reconoce que lo que prima en la ley es la reducción de riesgos y no tanto en la consolidación de la autonomía reproductiva.

Las autoras plantean que el desarrollo de la IVE puede orientarse hacia una intervención tutelada y moralizante, como puede ser tomado como un procedimiento más en la salud de la persona gestante y que se realice de manera cuidada y respetuosa. El trato que reciba va depender del enfoque que implemente el equipo de salud.

En noviembre de 2024, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) realizaron una novedosa investigación donde estima los costos de IVE en Uruguay y compara con el costo del procedimiento que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). En esta investigación se constatan barreras que obstruyen el acceso universal al aborto como es el caso de la serie de etapas, la cuales, además de ser innecesarias encarecen el gasto que se debe destinar para el procedimiento.

La información respecto a los costos, es valiosa ya que permite evaluar cuán eficiente es el servicio, siendo que, revisar el presupuesto puede repercutir en una mejora del mismo.

Partiendo del recorrido por investigaciones previas en el tema, surge la necesidad de ahondar en las etapas dos y tres y las consecuencias que estas pueden tener en las personas gestantes que atraviesan un embarazo inesperado, en particular la intervención del trabajo social en estas situaciones. Dichos estudios, facilitan un marco de referencia que contribuye para el análisis crítico de la reglamentación actual.

Marco Metodológico

El siguiente apartado busca detallar la metodología utilizada para la presente monografía de grado. Se opta por una investigación cualitativa del tipo exploratoria en la que se realizan entrevistas en profundidad.

El **objetivo general** de esta investigación es analizar la segunda etapa del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde la perspectiva del trabajo social, evaluando el impacto de los cinco días de reflexión en la autonomía reproductiva de las mujeres y personas gestantes.

En cuanto a los **objetivos específicos**

1. Indagar sobre cómo, las trabajadoras sociales perciben la obligatoriedad de los cinco días de reflexión, evaluando su pertinencia y utilidad en el proceso de IVE de las personas gestantes. Así como el impacto y aporte del trabajo social en esta etapa.

2. Conocer si el trabajo social tiene presente en sus intervenciones nociones sobre la autonomía reproductiva de las personas gestantes, analizando cómo la ausencia o presencia de tal categoría, influye en las intervenciones realizadas durante dicha etapa.

3. Explorar, desde la experiencia del colectivo Las Lilas, cómo perciben y consideran que operan los cinco días de reflexión y la presencia de un equipo multidisciplinario, en relación al impacto en las decisiones de las personas que atraviesan una situación de IVE.

El enfoque cualitativo permite conocer en profundidad las experiencias y los significados que las profesionales de trabajo social le atribuyen a su intervención. Asimismo, facilitará la comprensión de la percepción que las informantes calificadas del colectivo “Las Lilas” tienen respecto a su margen de acción ante las diversas demandas que reciben.

Como toda ley, es hija de un contexto histórico en particular, por lo que actualmente es conveniente un estudio exploratorio que enriquezca a su evaluación y los cambios necesarios que se podrían plantear a partir de los relatos de experiencias que serán narradas en las entrevistas realizadas en este trabajo.

En esta investigación se emplean entrevistas semiestructuradas y abiertas. Son entrevistadas trabajadoras sociales que ejercen en el área de la salud pública y privada. Por otro lado, informantes calificados del colectivo “Las Lilas”. Las entrevistas se realizaron en el periodo comprendido entre octubre y diciembre del año 2024.

El contacto con las trabajadoras sociales y miembros del colectivo Las Lilas se obtuvo a través de terceras personas, quienes proporcionaron sus datos sin que se conozca previamente a las entrevistadas. Este proceso de contacto, al no estar influenciado por relaciones personales o previas, procura minimizar el sesgo en la selección de las entrevistadas y asegurar la objetividad en el acceso a la información. Esta metodología busca garantizar que las opiniones y perspectivas de las entrevistadas respondan a sus experiencias profesionales y no a una relación de familiaridad con la entrevistadora.

Para cumplir con los objetivos propuestos, se entrevistaron tres trabajadoras sociales que en el presente se desempeñan en el área de salud, específicamente participando de los procesos de interrupción voluntaria del embarazo. Dos de las entrevistadas residen en la capital del país y una en el interior, y dos trabajan en salud pública y privada, restando solo una trabajadora social que ejerce únicamente en salud pública.

La entrevista a Trabajadoras Sociales del tipo semiestructurada y abierta, permite conocer y comparar en detalle la intervención que se espera, según lo que indica la ley que realice el trabajador del área social, y la que efectivamente sucede en la entrevista. Además de conocer la valoración que los profesionales tienen sobre su propio ejercicio.

A esto se suman las entrevistas a integrantes de “Las Lilas”, una red de acompañamiento feminista en casos de aborto, conformada en noviembre de 2020. Este colectivo está formado por activistas y agrupaciones feministas, surgieron en un contexto de pandemia y ante la asunción de un gobierno autodenominado *pro vida*. “Las Lilas” se despliega por distintas localidades, ofreciendo apoyo, información y contención emocional a personas con capacidad de gestar durante el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), siempre dentro del marco legal pero por fuera del sistema de salud.

La red ha identificado diversas dificultades relacionadas con la implementación y el funcionamiento de la ley, así como carencias en la difusión de información en los ámbitos

público y privado. Ante este panorama, “Las Lilas” aporta un conocimiento valioso para comprender a profundidad el contexto y las necesidades urgentes de las mujeres que atraviesan un proceso de aborto. Particularmente, y en lo que compete a esta investigación, se procura conocer sus experiencias y perspectivas en cuanto a la segunda etapa en la IVE y periodo de reflexión.

La elección de estas informantes calificadas se fundamenta en su experiencia y conocimiento sobre la temática, así como en la perspectiva única que implica intervenir desde fuera del sistema sanitario formal.

Las preguntas abiertas y semiestructuradas facilita el conocimiento más profundo de las demandas que reciben y el alcance de su intervención, así como explorar sobre su visión de qué cambios pueden ser necesarios para dignificar y fortalecer la autonomía femenina.

Al analizar el contenido de cada entrevista se identifica un marcado contraste entre el discurso institucionalizado que sostienen las trabajadoras sociales y el discurso no institucional, de carácter crítico, que expresa el colectivo “Las Lilas”.

Luego de revisar en profundidad las entrevistas realizadas, y de acuerdo a los objetivos mencionados, emergen cuatro dimensiones que van a orientar el marco teórico y el análisis de los resultados del trabajo

1. Percepción sobre los cinco días de reflexión y la intervención del equipo multidisciplinario:

Con esta dimensión se busca conocer y entender qué valoración le otorgan, tanto las informantes calificadas del Colectivo las Lilas, como las trabajadoras sociales, a las etapas dos y tres de la ley.

2. Aplicación práctica de la Ley

Esta dimensión ahonda en la implementación práctica de la Ley N. 18.987, procurando identificar dificultades, vacíos, fortalezas o aspectos a resolver que ocurren en la práctica.

3. Impacto de la intervención del equipo y de los cinco días de reflexión en la decisión de la persona gestante

Con esta dimensión se busca reconocer la influencia que pueden tener, o no, sobre la persona, la intervención del equipo multidisciplinario y el período de reflexión. El propósito es comprender si alguna de estas etapas afecta, en algún grado, la decisión que tienen en ese momento.

4. Acompañamiento del colectivo e intervención del trabajo social

Esta dimensión está enfocada en conocer el tipo de intervención que realiza el trabajo social dentro del equipo multidisciplinario, es decir, qué estrategias despliega, más allá de lo que encomienda la ley, cual es el uso que el profesional le da a la entrevista. Por otra parte, se analiza y compara el acompañamiento del colectivo.

Finalmente, y para un análisis más abarcativo y profundo se utilizan fuentes secundarias; es decir análisis de datos y bibliografía elaborados previo y posterior a la puesta en marcha de la ley. Este estudio se construye a partir de cifras recogidas de organismos no gubernamentales como Mujeres y Salud Uruguay y datos oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP), entre otros, ampliación bibliográfica y estudios académicos que fueron trazando una línea de tiempo que retrata los avances y retrocesos en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

De la prohibición a la regulación: tratamiento legislativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay

Para comprender mejor el contexto de la ley actual, es imperativo revisar cómo ha sido tratado el proceso de despenalización del aborto voluntario en Uruguay.

El debate socio-político fue creciendo, lo que puso de manifiesto la necesidad de otorgar un marco legal a la salud sexual y reproductiva.

El marco legal en el año 1938 era restrictivo y penalizaba cualquier aborto, a excepción de aquellos embarazos productos de violación, donde se encontrara en riesgo la vida de la mujer, se estaba en situación de vulnerabilidad económica o en riesgo el honor de la familia. La Ley N. 9.763 consideraba delito cualquier interrupción que fuera practicada por fuera de tales particularidades.

Luego del regreso a la democracia y hasta el año 2012, cuando finalmente se promulgó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se presentaron varios proyectos de ley que abogaban por el aborto legal en particular y un tratamiento integral a los derechos sexuales y reproductivos en general.

En el año 1989, el Partido Colorado presenta el Proyecto de Ley de Salud Integral de la Mujer el cual contempla el aborto voluntario; sin embargo no llego a ser tratado en el parlamento. Similar ocurre en 1991 cuando el Frente Amplio intentó modificar el artículo 328 del Código Penal a través del Proyecto de Ley sobre Penalización de Actos que Afectan los Derechos de la Mujer.

Transcurriendo 1994, la Comisión de Bioética de la Cámara de Representantes aprueba un proyecto de Aborto Voluntario que se acercaba bastante a lo que 18 años más tardes se llegaría a conquistar, y era la despenalización del aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación; no obstante no llego a ser tratado en la Cámara de Diputados.

Para el año 2002, la Cámara de Representantes aprueba un proyecto de Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva que contempla: educación sexual integral, prevención de embarazo, anticoncepción, promoción de maternidades y paternidades

responsables y la interrupción de embarazo hasta las 12 semanas de gestación; dicho proyecto es rechazado en la Cámara de Senadores.

En 2004, el Ministerio de Salud Pública aprueba la ordenanza 369/04 y con esto se acerca, por primera vez, el aborto voluntario al sistema de salud. Si bien en la puesta en práctica surgieron vacíos al momento de la implementación, el aborto voluntario salía de la clandestinidad. Estas medidas buscaban la protección del cuerpo gestante ante el peligro que implicaba el aborto realizado en condiciones de riesgo.

En 2006, el Encuentro Progresista-Frente Amplio presentó el proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que recién en 2008 llegó a estar en discusión. Finalmente, ese año, se aprueba la Ley Nº 18.426 que significó un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos. Se coloca al Estado como garante del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, al mismo tiempo, el fortalecimiento y la integralidad en políticas de salud sexual y reproductiva, así como la integración de la perspectiva de género en los abordajes. En este proyecto se incluyen capítulos que refieren a la interrupción voluntaria del embarazo que fueron vetados por el Presidente Tabaré Vázquez, entre ellos la modificación a los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, por lo tanto, aquellas mujeres que estaban en situación de aborto seguían recurriendo a la clandestinidad con el riesgo de ser procesadas, tanto ellas como quien colabore en el proceso.

Finalmente, el 22 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley N. 18.987 que regula la interrupción voluntaria del embarazo, pasando el aborto a ser un asunto tratado en el sistema de salud. De esta forma Uruguay se convertía en pionero en Latinoamérica al tener una legislación sobre aborto voluntario. A partir de ello emergen interrogantes respecto a cómo ha sido el transcurso en estos años, es decir, la puesta en vigencia de la ley, los obstáculos que debieron superarse y lo que esto significó para el avance en derechos reproductivos de cuerpos gestantes.

Acerca de la ley 18.987. Se establecen salvedades para la interrupción del embarazo pero, y es importante mencionar, el aborto aún se mantiene en el Código Penal. La práctica es permitida siempre que se realice dentro de las primeras 12 semanas de gestación y, en caso de violación, antes de las 14 semanas. Además para toda práctica de IVE hay cuatro etapas obligatorias que se deben cumplir, siempre en el marco del sistema de salud.

Marco Teórico

1. Mandatos de género

El siguiente marco teórico parte de los mandatos de género, entendiendo el peso que estos han tenido históricamente en la sumisión de las mujeres.

Es difícil establecer un punto de partida para los discursos y prácticas que colocan y mantienen a la mujer en esta posición de perpetua *necesidad* de tutela. De aquí surge una gran pregunta: ¿desde cuándo existe la dominación masculina?

Un interesante punto de inflexión ocurrió en la época de la cacería de brujas, la cual sentó las bases para la consecuente emergencia del sistema capitalista y patriarcal. (Bekevicius, 2022)

Sin embargo, como señala Vera (2021) "A las mujeres ya no se nos envía a la hoguera, pero seguimos sometidas a múltiples violencias, entre ellas, la penalización de nuestros derechos y decisiones reproductivas" (p. 5). Las persistentes formas de violencia actuales se sustentan sobre una estructura de mandatos de género y estos operan como performativos de lo que es *ser mujer*, en particular sobre el determinismo de la maternidad para todo cuerpo con capacidad de gestar.

Como afirma Butler (1990) "no existe una identidad de género detrás de las expresiones de género; esa identidad se construye performativamente por las mismas «expresiones» que, al parecer, son resultado de ésta" (p. 85). Es decir, no hay una identidad o expresión femenina que sea innata. Por el contrario, estas expresiones de género, tanto masculinas como femeninas, se aprenden e internalizan a través de prácticas sociales que se imponen incluso antes de nacer y que son reafirmadas por el sistema en su conjunto. Desde esta perspectiva, la idea de la maternidad obligatoria es una construcción que se reproduce a través de prácticas y discursos desde la infancia. Aquella mujer que decide no seguir este mandato es castigada de manera simbólica, jurídica y social.

Otro punto crucial es examinar la vinculación simbólica y material entre sexualidad y reproducción, el cual está imbricado a la idea anterior. Como plantean Magnone y Viera (2015), reducir la sexualidad a la reproducción tiene varios significados, entre ellos

invisibilizar el placer sexual y coadyuvar a la idea que asocia, en carácter de mandato social, a la mujer con la maternidad.

La decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo representa una forma de *romper* con la performance esperada de las mujeres. La creencia de que, en cada mujer existe el deseo de ser madre, se argumenta en la capacidad biológica de gestar, dar a luz y amamantar. En este marco, la interrupción de un embarazo no se piensa como una instancia dentro de la vida reproductiva de la persona, sino que es vista como una acción que ataca el imaginario social. La mujer que no desea continuar, se encuentra rompiendo con el mito del instinto materno, según el cual toda persona con capacidad de gestar tiene que experimentar felicidad y plenitud ante un embarazo.

El aborto voluntario tiene una connotación de resistencia política, siendo que interpela el determinismo biológico que asocia, de forma naturalizada, sexualidad y reproducción. El sometimiento y control a los cuerpos gestantes -en particular a través de la legislación del aborto voluntario- pone en evidencia las relaciones y los intereses de poder que históricamente vienen intentando apropiarse de los cuerpos femeninos, transformándolos en territorios de disputa social, política y legal.

2. Control y vigilancia del cuerpo (gestante)

Lo anterior evidencia mecanismos de subordinación y control que el poder político, médico y masculino ejercen sobre los cuerpos femeninos a lo largo de un continuo histórico. En este sentido, los mandatos de género son herramientas que se vuelven concretas en las estrategias que históricamente se despliegan para el disciplinamiento y que están orientadas a garantizar el orden patriarcal.

Para un entendimiento más profundo, es necesario apartarse de la idea tradicional que reduce la política a las instituciones gubernamentales y el Estado. En esta línea, se retoma la idea de Millett (1995), quien plantea que política es “el conjunto de relaciones y compromisos estructurados de acuerdo con el poder, en virtud de los cuales un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo” (p. 68).

Esta idea de política está profundamente arraigada en una sociedad patriarcal, donde

en detrimento de la posición subordinada de las mujeres, los hombres ocupan espacios de poder que les permite intervenir en decisiones tan privadas e íntimas como las decisiones reproductivas. Los hombres, como grupo tradicionalmente con mayor poder y por tanto con mayor presencia en espacios decisorios, conservan esta posición a través de estructuras que, amparadas en leyes, políticas, saberes científicos, limitan el pleno desarrollo de la autonomía femenina.

En este marco, la consigna que se planteaba en los años 70 desde el Feminismo Radical, *lo personal es político* cobra absoluta vigencia. Esta resulta adecuada para abordar críticamente las estructuras de poder que intervienen en decisiones personales relacionadas con la sexualidad y la (no) reproducción.

Así, se considera apropiado un enfoque que relacione la política con la vida privada y que reconozca las tecnologías y prácticas destinadas a gobernar el *cuerpo-especie*. En este sentido, Foucault (1998) introduce el concepto de biopolítica para "designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana" (p. 85). La vida humana -lo personal- es entonces profundamente político. En particular, aquellos cuerpos que tienen la capacidad de gestar, son blanco de particulares estrategias de control y disciplinamiento.

Foucault analiza los cambios en el control del cuerpo, los cuales se potenciaron tras el nacimiento de la demografía, y que la política supo aprovechar para multiplicar y regular la vida. Los cuerpos feminizados, son puntos privilegiados de intervención por ser considerados reproductores y cuidadores de la especie.

El concepto foucaultiano de gestión sobre la población, es pertinente de ser analizado desde el enfoque de Tabet respecto a la gestión de la sexualidad y la reproducción.

Sobre Tabet escribe Magnone (2022)

> (...) plantea una noción de control no solo como limitación, sino más bien como forma de intervención sobre el cuerpo en tanto instrumento de gestión social, en donde la idea de la especialización del cuerpo de las mujeres para fines reproductivos resulta

muy sugerente (p. 21).

Desde esta perspectiva, la capacidad de procrear (y negarse a ello) no puede quedar completamente librado a la decisión femenina y requiere, de acuerdo a los intereses del momento, ser vigilado. Esta vigilancia se presenta de varias maneras: una de ellas es en la entrevista en la que participa un especialista de la salud psíquica y un profesional del área social para acceder a una IVE. El castigo continúa presente ya que, aunque ahora solapado por esta ley que establece salvedades, mantiene el aborto en el Código Penal uruguayo.

Esta lógica muestra que la lucha feminista se enfrenta no solo al Estado, sino también a un entramado político, médico y legal profundamente patriarcal. Lo que está en disputa no es solo el derecho a decidir, sino también el control sobre la producción misma de la vida.

Por tanto, es fundamental entender que la procreación es una cuestión política, y que ello justifica la urgencia y el esfuerzo que se coloca en vigilar y regular a los cuerpos gestantes.

3. Ciudadanía reproductiva

Las discusiones anteriores en torno a mandatos de género, control y vigilancia de los cuerpos (gestantes) nos conducen al concepto de ciudadanía reproductiva.

La ciudadanía reproductiva permite visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, poniendo en el centro el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, “los derechos reproductivos se refieren a la capacidad de las mujeres para decidir si quieren o no tener hijos y, en su caso, cuándo, con qué intervalo de tiempo y cuántos hijos tener” (Medina, 2017, p. 147).

Estas libertades tienen una dimensión privada y pública, y están vinculadas a condiciones estructurales, políticas y sociales, que ante la tutela del Estado, éste detenta el poder de habilitarla o restringirla. Es conveniente considerar a las normas que se materializan en las etapas para acceder a la interrupción de un embarazo, como agentes capaces de controlar las capacidades reproductoras.

La teoría jurídica feminista afirma que "(...) el Derecho es ante todo discurso, un discurso en el que está imbricado el poder y, en tanto tal, sirve para ocultar desigualdades que caracterizan al orden social patriarcal y, a la vez, para reproducir parcialmente este orden" (González, 2017, p.17). Como se mencionó anteriormente, hay un orden social que se vuelve concreto a través de las performatividades de género. El orden social patriarcal se esfuerza en controlar que permanezca como verdad absoluta la asociación mujer-madre, para ello hace uso de prácticas profesionales, normativas, y el modelo médico hegemónico, entre otros.

La ecuación mujer-madre se sostiene de mandatos que se encuentran profundamente arraigados en la psique y que lleva a que se piense que esto siempre fue así. Poco se interpela la atemporalidad de esta máxima, y mucho se rechaza a quienes se apartan, y en este caso, deciden abortar. López (2016), señala que existe una particular burocratización cuando se trata de procedimientos (médicos) a mujeres. En particular los derechos reproductivos se encuentran custodiados por la intervención profesional, uno de ellos mediante el trabajo social a través de dispositivos de asesoramiento.

La falta de reconocimiento pleno de la ciudadanía reproductiva afecta subjetivamente el tránsito por una IVE, y no es posible que el reconocimiento de la ciudadanía, de las mujeres en particular, se dé cuando el mismo concepto de ciudadanía abstrae al individuo de sus particularidades (raza, cultura, educación, etc.) y lo piensa como libre e igual. El cuerpo feminizado no puede ser separado de las desigualdades naturales y estructurales que la colocan en inferioridad y necesidad de supervisar las decisiones. En tal sentido, la ciudadanía reproductiva se pone en pausa durante los cinco días de reflexión obligatorios que establece la ley, ya que esta espera no sólo dilata la concreción del procedimiento médico, sino que incluso puede significar que al regresar del periodo, ya no pueda acceder al derecho.

La etapa de reflexión, puede pensarse como una más de las tantas estrategias que tiene el Estado:

> Las mujeres estarán sujetas a un control formal, que es el ejercido por el Estado (moderno), un Estado (fuerte y centralizado) que es el que monopoliza ahora el *ius puniendi,* pero cuyo poder, al igual que el poder de *pater* -que no quedará extinguido- se desplegará con especial dureza. (...) Un ejemplo en este sentido lo constituye la

> represión -y, además, con rigor- del aborto voluntario, que perdura durante toda la Edad Moderna (de hecho, hasta la actualidad) (...) (González, 2017, p.12)

En Uruguay, paulatinamente se fueron consagrando derechos sexuales y reproductivos, y el aborto estuvo en disputa parlamentaria durante muchos años, sin embargo mantiene en el código penal el aborto, aprobando salvedades para su práctica a través de la ley que en esta investigación se analiza.

En este sentido, la ciudadanía reproductiva no está garantizada por el reconocimiento legal de este derecho, sino que se configura como un campo de disputa constante que se puede ampliar como restringir. En palabras de Beauvoir "No olvidéis jamás que bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados. Estos derechos nunca se dan por adquiridos, debéis permanecer vigilantes toda vuestra vida".

4. Autonomía reproductiva

La ciudadanía reproductiva refiere a un conjunto amplio de derechos sexuales y reproductivos, que se concretan efectivamente a través de la autonomía reproductiva.

Ahora bien, comprender la reproducción desde una mirada integral permite, además de desarticular la relación entre sexualidad y reproducción, generar un terreno propicio para el goce de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres. En tal sentido, suponemos la autonomía reproductiva como "un proceso de reflexión motivado por el deseo o no-deseo de maternidad y las posibilidades de procrear o no-procreación, que se inscribe en el propio cuerpo de las mujeres, en tanto proyecto o devenir" (Bogino y Fernández, 2023, p.15).

Sin embargo, la segunda etapa dentro de la IVE, lleva a cuestionar si efectivamente se goza de tal autonomía, teniendo presente que la persona en situación de aborto debe atravesar, entre otros pasos, la entrevista con el equipo multidisciplinario y además *reflexionar* cinco días más para poder concretar el procedimiento. En esta línea, como se aplica la norma, es plausible de ser analizado respecto a cómo restringe dicha autonomía.

Componente fundamental de la autonomía reproductiva es el derecho de las mujeres de decidir interrumpir un embarazo sin coerción ninguna. En el contexto de la regulación uruguaya esta autonomía se encuentra vigilada y limitada por los plazos y etapas que lo habilitan, las mujeres en situación de aborto transitan este proceso cargadas de miedos, estigmas y culpa, lo que evidencia la endeble autonomía que gozan.

La ley actúa como forma de biopoder y, como se mencionó anteriormente, el derecho reproduce el orden patriarcal al delimitar las condiciones bajo las cuales ejercen las mujeres su autonomía. Autonomía que se encuentra tensionada por la imposición de tiempos, etapas e intervenciones profesionales que operan como mecanismos de control. Por tal motivo, la autonomía reproductiva está atravesada por relaciones de poder, saberes científicos y mandatos de género.

Es necesario apartarse de la idea de autonomía como algo abstracto, ya que para su ejercicio pleno se interponen una serie de mandatos, entre ellos el de la maternidad. "Si se considera la autonomía, el primer dispositivo que una mujer debe adquirir cuando opta por abortar es la toma de conciencia de que ella puede decidir sobre su maternidad" (Rostagnol, 2016, p. 141). El mandato social de la maternidad es interpelado durante el proceso de reflexión cuando no desean continuar con el embarazo, y es aquí donde, en la mayoría de los casos, según Rostagnol, deben transitar en soledad, culpas y tabúes.

5. Aborto voluntario

Tal como se ha desarrollado previamente, los cuerpos gestantes históricamente vienen siendo objetos de control y vigilancia por lo que es imposible no pensar al aborto como un hecho social y político.

En relación a la dimensión individual del aborto voluntario, Rostagnol (2016), menciona que puede

> (...) evidenciar una subversión del control del cuerpo, de la reproducción y de la sexualidad, o podría romper «la mejor fundada de las ilusiones colectivas». La mujer decide y actúa sobre su propio cuerpo. En esa situación, desde un lugar de

> subordinación y generalmente en soledad, la mujer toma una decisión que la lleva a ejercer poder sobre la vida misma de una manera dramática. A través de este hecho, muchas mujeres se agencian de sus propias vidas, convirtiéndose en sujetos morales con capacidad de decisión, pero ese acto que las empodera carece de legitimidad social. Esto no significa que todos o cualquier aborto voluntario transforme a la mujer en sujeto autónomo, agente (pp. 37-38).

Este concepto refiere a la interrupción del embarazo, que a diferencia de aquellos abortos por motivos eugenésicos o terapéuticos, se funda en la autonomía reproductiva femenina. No obstante, el hecho de decidir interrumpir no significa una ruptura con los mandatos de género, el acceso al aborto mediado por esta normativa no altera las relaciones de género.

La ley de IVE disminuyó la vulnerabilidad a la que estaban expuestas las personas en situación de aborto, sin embargo, el proceso que debe transitar esta colmados de miedos. Uno de ellos es el miedo a no llegar a practicarse el aborto por el tiempo establecido en la ley, la obligatoriedad de los pasos, el tiempo de reflexión. En su investigación, Rostagnol entrevista a mujeres en situación de aborto y remarca como la limitante temporal presiona a las mujeres y deviene en angustia.

Rostagnol (2016), al postular el aborto como hecho social, inserta en la discusión variables internas y externas a la persona, al respecto planea que la autonomía de la mujer para decidir interrumpir el embarazo puede devenir de *motivos autónomos*, refieren a una decisión que proviene de la propia persona, y los *motivos heterónomos*, donde se opta por el aborto a razón de factores que son externos a la mujer, es decir las circunstancias de vida.

Por la razón que devenga, la decisión de abortar no se transita de manera armoniosa sino que se ve afectada por tabúes y juicios negativos. A esto se suman procedimientos envueltos en burocracia y etapas que, lejos de ofrecer un procedimiento empático y comprensivo, parece ser un mecanismo que tiene como objetivo desalentar la decisión. Los días de reflexión que se imponen son el recurso final que se emplea para intentar, una vez más, que se retracte, minimizando la decisión que ha estado sosteniendo hasta ese momento.

En síntesis, el aborto voluntario aun en contexto de legalidad como es el caso uruguayo, significa tensiones en cuanto al goce efectivo de autonomía y el control sobre los cuerpos feminizados. El periodo obligatorio de reflexión y la intervención de un equipo interdisciplinario constituyen como ejemplos de cómo una ley puede, por un lado brindar garantías y por otro limitar el goce de ese derecho.

6. Trabajo Social en el campo de la salud

Para este apartado, es menester partir de la premisa que la salud no se reduce a bienestar físico, sino que se enmarca en un concepto integral de bienestar biopsicosocial. Por tal motivo, se debe considerar el entorno social como una variable fundamental.

Al trasladar este enfoque al área sexual y reproductiva, los cuerpos feminizados adquieren una particular carga simbólica debido a su capacidad de gestar que los lleva a ser especialmente vigilados y tutelados, dada la importancia social que se deposita en la reproducción humana.

El trabajo social en la salud tiene sus bases en los aportes de Richmond, quien no solo introdujo la entrevista como herramienta, sino que además destacó la importancia de comprender el entorno familiar, económico y social para una intervención profesional más eficiente. En el marco de la Ley N. 18.987, se establece que las mujeres deben tomar la decisión de interrumpir o continuar con el embarazo de manera libre, consciente e informada durante todo el proceso de IVE. El trabajo social, a través de una entrevista que puede darse de manera individual o en conjunto con el equipo, debe profundizar en las causas que motivan el deseo de interrumpir el embarazo y en el contexto en el que surge, identificando posible influencia externa, tanto para continuar con la gestación o no.

El aborto voluntario puede presentarse como un procedimiento más en la vida reproductiva de una persona o bien emerger de situaciones que vulneran la integridad de la mujer. Es decir, puede ser una decisión consciente y autónoma de una mujer que reconoce las implicancias de la maternidad en su vida y entiende que esto no se ajusta a sus proyecciones y anhelos; o por el contrario puede estar atravesada por factores relacionados a su red familiar, situación económica, entre otras condiciones que afectan negativamente llevando a recurrir al IVE. En ambos casos, el trabajo social debe “identificar e intervenir en los factores sociales

que inciden en las condiciones de salud reproductiva de la mujer" (Arroyo et al., 2012, como se cita en Álava et al, 2023, p.5).

En la búsqueda por cumplir con *el respeto a la autonomía de la voluntad* (Ley N. 18.987, 2012) que establece la ley, el trabajo social "a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades" (Arroyo et al., 2012, como se cita en Álava et al., 2023, p.5), puede orientar sus prácticas hacia el respeto y fortalecimiento de la autonomía femenina o, por el contrario, reforzar mecanismos de vigilancia y control.

7. Trabajo social feminista: entre lo institucionalizado y lo instituyente

El análisis de los puntos desarrollados en este marco teórico evidencia la necesidad de problematizar las formas en que el trabajo social puede intervenir. El ejercicio profesional puede darse desde una práctica institucionalizada donde se acepte de manera acrítica lo que la Ley espera que realice la trabajadora social, o por el contrario, puede cuestionar el marco normativo, tanto la instancia con el equipo interdisciplinario como la etapa de reflexión que le sigue.

Esta dicotomía puede ser examinada desde la teoría de Castoriadis (1975). El autor analiza quien interpela la permanente tensión que ocurre entre lo instituido y lo instituyente en la sociedad. Por instituido, se entiende al conjunto de normas, mandatos, prácticas, ya establecidas que van regulando la vida social, por consiguiente, el orden social. Estos discursos y prácticas, en general se encuentran tan arraigadas que se reproducen y perpetúan sin cuestionamiento. Tratándose de la Ley N. 18.987, los mandatos de género, la asociación mujer/maternidad y las prácticas profesionales, son el reflejo de un discurso institucionalizado, y se vuelve concreto en la práctica del trabajo social cuando prioriza el cumplimiento normativo por sobre el cuestionamiento crítico. De ocurrir este momento reflexivo sería capaz de visualizar las limitaciones que tiene la norma.

Si trasladamos esta tensión al área de la salud, y en particular a la IVE, pueden identificarse dos discursos opuestos. Un discurso institucionalizado se vuelve concreto cuando un trabajador social, lejos de cuestionar, celebra la implementación de la Ley y la

pone en práctica de manera incuestionable. Sin negar que la Ley significó un hito en la historia de las mujeres, después de más diez años de su implementación, es plausible de revisar aspectos en pos de una mejora.

Esta *mejora* puede pensarse como un discurso instituyente, entendido por Castoriadis (1975) como una fuerza capaz de crear, transformar y producir nuevas significaciones. Pensar la Ley N. 18.987 desde una impronta instituyente, podría potenciar la autonomía reproductiva de las mujeres, reconociendo el periodo de reflexión como una forma de tutela hacia su voluntad. Desde esta impronta, el trabajo social cuestiona la atención que recibe la mujer ya que luego de su intervención en la segunda etapa, si solicita una nueva consulta, regresa a los tiempos de espera del sistema de salud. Una mirada instituyente, permite visualizar y denunciar estas y otras cuestiones pendientes de resolución, tanto por la normativa en particular y el sistema de salud en general.

El discurso instituyente emerge, entonces, como una fuerza capaz de reconocer la asimetría de poder, la vigilancia y control de los cuerpos, ejecutados tras las barreras que presenta la Ley.

Esa norma o discurso que llega a institucionalizarse y reproducirse de manera acrítica, primero surge de una necesidad, que luego es analizada y para la cual se diseñan satisfactores. En este sentido, el aborto es una práctica que ha ocurrido históricamente en los cuerpos con capacidad de gestar y, como se mencionó inicialmente, ha sido tratado legislativamente por largo tiempo. Para cuando se promulgo la ley en 2012, el aborto llevaba tiempo en la agenda pública y la aprobación dentro de la población uruguaya iba en aumento.

Según Fraser (1991), es relevante analizar quién define qué es una necesidad (por ejemplo, llevar el aborto al ámbito de la salud), cómo se interpreta (el poder político que regula los cuerpos gestante) y cómo se satisface (a través de la normativa que establece los pasos a seguir).

La regulación del aborto voluntario fue interpretada por sectores conservadores como una práctica *anticonceptiva*, e incluso surgieron expresiones como el *turismo del aborto*. La discusión se debería haber enfocado únicamente en garantizar un marco seguro para la salud y la vida de la persona gestante. Sin embargo, la interpretación de esta necesidad sesgó la ley

resultante, generando obstáculos como la restricción del acceso para aquellas personas que no cuenten con residencia en el país por más de un año. Como señala Fraser "las interpretaciones sobre las necesidades obstruye la dimensión interpretativa de las políticas de satisfacción de necesidades" (1991, p. 5).

Claramente, la interpretación dominante en relación al aborto voluntario perjudicó, a los cuerpos feminizados. Esta interpretación devino en una política de satisfacción que es cuestionable si se analiza desde la perspectiva de la autonomía de la mujer. Un análisis intersectorial permite identificar los intereses afectados y en qué lugar quedan los grupos subordinados con esta ley, además de ver qué definiciones y preceptos quedaron autorizadas y cuáles, subordinadas.

Tras una década de implementación, estás falencias son plausibles de análisis y problematización, dando lugar a discursos instituyentes o, en términos de Fraser, discursos opositores. Estos discursos politizan y cuestionan la interpretación de la necesidad y la práctica de la Ley, por ejemplo el ejercicio del equipo multidisciplinario y el periodo de reflexión. Buscan re significar la interrupción voluntaria del embarazo en relación a los plazos, etapas y periodo de reflexión. El discurso opositor, se coloca en contraposición al discurso de expertos que aplican la norma y enmarcan la vida reproductiva de las personas en términos administrativos y tiempos institucionales.

Fraser (1991) sostiene que cuando temas anteriormente despolitizados, como el aborto, que incluso hoy continúa siendo vividos con cierto ocultismo, llegan a la esfera política, los discursos opositores "cuestionan, modifican y/o desplazan elementos hegemónicos de los medios de interpretación y comunicación: inventan nuevas formas de discurso para interpretar sus necesidades" (p. 21).

El trabajo social feminista puede visibilizar esas desigualdades estructurales que atraviesan los cuerpos gestantes, es capaz de potenciar la agencia de las mujeres, y facilitar su tránsito por el procedimiento, las etapas y vivencia de la IVE. Puede cuestionar las prácticas asignadas y la atención que recibe la mujer después del aborto voluntario. El trabajo social posee la capacidad y el compromiso intrínseco de la profesión -reconocido incluso en el Código de Ética - de respetar y promover la autonomía y los derechos de las personas, esta disciplina es clave para garantizar prácticas sociales justas, y transformadoras.

Análisis

Percepción sobre los cinco días de reflexión y la intervención del equipo multidisciplinario

1.1 Uso otorgado a la entrevista con la persona gestante

La totalidad de las trabajadoras sociales entrevistadas coinciden en destacar la importancia del trabajo social en el procedimiento de IVE. Sus discursos se presentan en gran medida acríticos respecto a ambas etapas, considerando que no se necesita modificación alguna.

Se entiende que su práctica está guiada por una norma y enmarcada en una institución de salud, lo cual refleja una impronta institucionalizada (Castoradis, 1974), en la medida en que legitiman el encuadre establecido en la normativa. El orden social debe mantenerse y, para ello, la norma, la institución, el profesional se encargan de regular la vida para que esta se conserve.

A pesar de que el objetivo que las tres persiguen es brindar una instancia de escucha, acompañamiento e información, valorando positivamente el trabajo interdisciplinario, ya que esto implica una atención integral, la mujer no deja de tener ese espacio como requisito para acceder a un derecho. Tal como explica López (2016), al referirse a la desproporcionada burocratización que recibe la atención médica femenina. Entonces, es relevante la existencia de este equipo, pero es necesario revisar la obligatoriedad del mismo, si es que el foco está en la salud de la persona con capacidad de gestar.

Analizando el sentido que las trabajadoras sociales le atribuyen a la entrevista, es posible conocer los objetivos que persiguen y cómo se enmarca dentro del proceso de IVE.

El equipo inicia la entrevista aclarando que no están allí para juzgar su decisión sino que la propia ley determina su presencia y los pasos siguientes. Sin embargo, estos tres profesionales constituyen figuras de poder simbólico. Más allá del tipo de orientación que adopten durante la entrevista, no dejan de ser profesionales que tienen cierta investidura de autoridad (moral) y esta asimetría puede ser capaz de incidir en el proceso, Foucault (1998) lo explica mediante el poder-saber (médico) vigilando los cuerpos.

Bajo una perspectiva feminista en la intervención social, se apuesta por la autonomía reproductiva (Bogino y Fernández, 2023), no solo concretando el aborto, sino también que la decisión que tomen la hagan libremente, sin ser víctimas de violencia reproductiva, y en caso de que si, orientar sobre herramientas de cuidado y defensión.

La entrevistada 3 (E3) valora positivamente la etapa con el equipo ya que considera que así, cada área atiende un componente en la salud de la mujer: ginecóloga, cuestión biológica, psicóloga, estado emocional y el trabajo social el contexto social y las variables que atraviesan a la persona.

Coincide la entrevistada 2 (E2) cuando ubica al trabajo social como el profesional que va aportar calidez y escucha a este proceso, en busca de que la IVE "no sea solo un trámite, sino que podamos intercambiar un poco más".

Por otra parte, en casos en los que la mujer asiste a la segunda etapa acompañada por su pareja, se genera un espacio de diálogo en torno a los métodos anticonceptivos que utilizan actualmente. Se sugieren alternativas que se adecuen a las decisiones de ambos, priorizando las que sean menos invasivas.

A modo de ejemplo, la E3 menciona situaciones en las que la pareja está presente y el varón manifiesta que no desea tener hijos. En estos casos, se coloca como opción acorde a sus necesidades, la vasectomía. A partir de esto, se trabaja sobre las implicancias que tiene en el cuerpo femenino métodos más invasivos como el dispositivo intrauterino (DIU), el uso de hormonas o la ligadura de trompas. Con este intercambio, intentan que se problematice respecto a la responsabilidad del cuidado anticonceptivo que recae excesivamente más en los cuerpos femeninos. Desde la perspectiva de Butler (1990), la naturalización de este mandato construye y da forma, no solo a las expresiones de género, sino también a un régimen de poder desigual.

De esta manera, se visualiza que en temas relacionados con anticonceptivos, emerge un pensamiento crítico. El trabajo social tiene, entre sus tantas tareas, educar. Promover la educación sexual integral y la salud sexual y reproductiva. Se podrían usar estrategias, para construir un trabajo social disruptivo en cuanto a los mandatos de género materializados a través de la intrínseca asociación de los métodos anticonceptivos a los cuerpos feminizados.

1.2 Interpretaciones de los 5 días de reflexión por parte de las Trabajadoras Sociales

Las trabajadoras sociales entrevistadas se muestran conformes con el periodo de reflexión. Consideran que en aquellos casos en los que se presentan dudas, este tiempo contribuye a regresar con una decisión más firme, sea para continuar con la interrupción o no. Se fortalece el discurso institucionalizado (Castoradis, 1975), reforzando el discurso de la duda, la idea que las mujeres son emocionales e indecisas, por lo tanto es necesario que pasen por este tiempo para repensar la decisión. En esta etapa, la institución controla el cuerpo a través del tiempo y el recurso invalida temporalmente el pleno goce de la autonomía reproductiva (Bogino y Fernández, 2023). La norma está por encima de la decisión individual lo que ocasiona que la ciudadanía también se vea afectada.

Asimismo, las tres trabajadoras sociales coinciden en que han tenido casos en los que, luego de este tiempo, han regresado para continuar el embarazo. Esto se contrasta con información recabada por una investigación de MYSU (2025), donde se conoce que entre la primera consulta por IVE y los abortos registrados hay apenas un desistimiento del 5%; se analiza con los casos relatados por las entrevistadas y se ratifica que hay personas que efectivamente continúan con el embarazo.

Como menciona la E2 “Algunas mujeres que van muy decididas, esperan que sea todo en un ya, y por supuesto tenemos plazos establecidos, inevitablemente esos días los vas a tener que pasar”. Se reconoce así, un discurso institucionalizado (Castoradis, 1975), donde no contempla que esta obligatoriedad afecta a la mujer. Incluso cuando la misma profesional identifica seguridad y claridad en la decisión, es incapaz de interpelar la norma. Reproducen el discurso de la duda y afirman que este periodo es necesario ya que “hay que contemplar que puede existir ese margen de duda” (E2).

Sin embargo, cuando se plantea qué opinión le merece una modificación que coloque a los días como opcionales, E2 contestó estar de acuerdo, “quien ya está decidido, por ahí no los precisa (...) si pudiera decidir aún más, no está mal”.

E1 se ajusta a lo que plantea la anterior en cuanto a quitar la obligatoriedad para los casos que desde un inicio están seguras. Ambas coinciden en que, disponer de estos días a

criterio de la persona, “serían más libres” (E1). Se hace presente una rotura en la institucionalización de al menos dos de tres discursos. Es una apertura tímida y excepcional pero representa un punto de inflexión dentro del discurso que vienen sosteniendo. Reconocen la capacidad de las mujeres para ejercer su autonomía y cuán positivo sería para la validación de sus decisiones.

Dista de las anteriores, E3 quien defiende la idea de que “5 días no son excesivos o prescindibles”. No los cree necesarios como herramienta de reflexión, en caso de presentar dudas, sino para organizar el día de la interrupción y poder decantar la información.

Retomando una de las ideas principales de Fraser (2008), *reconocimiento*, el aborto no puede separarse de los aspectos morales que atraviesan a la mujer y subestiman la decisión de la persona. El reconocimiento que las trabajadoras sociales le atribuyen a los cinco días en particular, podría desafiar el orden y las cuestiones morales que desvalorizan a la mujer. Desde la perspectiva de Fraser (2008), el trabajo social es un actor político capaz de orientar y aportar para la construcción de una mayor justicia reproductiva para las personas gestantes.

1.3 Valoración de Las Lilas de ambas etapas

Las informantes del colectivo Las Lilas, con un discurso instituyente (Castoradis, 1975), interpelan la obligatoriedad de ambas etapas. Para el colectivo, el trabajo social es pertinente de intervenir siempre y cuando la persona gestante lo solicite, al igual que transitar el tiempo de reflexión.

Según Las Lilas,

> Hay como una sensación de que no están decididas las mujeres y que lo que necesitan realmente es una intervención de un equipo multidisciplinario, que después te mande a pensar. Hay una infantilización de las decisiones de las mujeres. Estos problemas que tienen los marcos de la ley, es que está pensada específicamente para prevenir el aborto, para disuadir. (Entrevistada, Colectivo Las Lilas)

Sobre la ley en general y en especial estas dos etapas, consideran que si bien *permiten*

decidir, es en realidad una autonomía tutelada (Rostagnol, 2016). Esta ley tutelante concibe a la mujer como un ciudadano incapaz de tomar la decisión de manera consciente, por lo que necesita ser vigilada a través de un equipo multidisciplinario, y como estocada final, pensar durante 5 días sobre la decisión.

Visualizan la ley como una "cosa muy burocrática de un proceso que en realidad podría ser muy simple, que se hace con 5 pastillas (...) a la larga es una limitante" (Entrevistada, Colectivo Las Lilas). Estos pasos burocráticos son obstáculos innecesarios, que coartan la autonomía reproductiva , donde ese 95% mencionado anteriormente, que continúa con la interrupción, demuestra que no importa cuán engorroso se haga el acceso, quien inicia el proceso ya lo hace con una decisión tomada.

Como señalan Las Lilas, en relación a la intervención del equipo, en el marco de la ley la mujer recibe atención inmediata para la consulta dentro de la IVE. No obstante, cuestionan que, si el verdadero propósito es el cuidado y bienestar de la salud de la persona gestante, de ser necesario ante la detección de, situaciones de violencia, vulnerabilidad extrema, u otras, no se garantiza una segunda consulta en un plazo más breve. Las tres trabajadoras sociales coinciden que, cuando se requiere un seguimiento posterior, la usuaria vuelve a quedar sujeta a los tiempos de espera habituales del sistema de salud, que pueden extenderse durante meses.

Para el colectivo, una consulta que se da como requisito para acceder a algo, puede devenir en una instancia a la que no se le saque provecho, que se sienta forzada y ante la urgencia puede que no manifieste lo que está atravesando. Por eso plantean que ante todo, es necesario ordenar las prioridades, el aborto resuelve un problema puntual, pero luego hay que atender toda la vida de esa persona (si es que hay necesidad). Así, el sistema de salud debería priorizar el bienestar de la mujer, derivar y garantizar una consulta con la trabajadora social en plazos más acotados, considerando la situación particular.

En la opinión de Las Lilas, sobre el rol de la trabajadora social

Existen derechos para las mujeres que se quieren embarazar y tener hijos, pero obviamente, no todos los embarazos son deseados, no todos los embarazos son

> planificados, y este es el acceso al derecho al aborto justamente. La búsqueda es reducir ese margen, para que los hijos puedan ser deseados y planificados. (Entrevistada, Colectivo Las Lilas)

Por lo que, para un mejor goce de la ciudadanía, en búsqueda de enriquecer el ejercicio de los derechos reproductivos y en consecuencia una mayor autonomía:

> Idealmente ese equipo no existiría. Nosotras lo que hemos planteado muchas veces es que exista un equipo, que se tenga identificado qué equipos pueden intervenir en este proceso pero que sea tras un pedido explícito de la mujer, que no sea impuesto. (Entrevistada, colectivo Las Lilas)

Las Lilas perciben que el trabajo social debe poder cuestionar el rol y el lugar que ocupa en la segunda etapa, ya que tiene la posibilidad de intervenir en decisiones reproductivas, por lo que consideran "preocupante de forma ética, la intervención de los profesionales en las decisiones" (Entrevistada, Colectivo Las Lilas) reproductivas.

Sin embargo, mencionan que en varias ocasiones el colectivo ha recibido mujeres que fueron orientadas a acudir a ellas por trabajadoras sociales e incluso, tienen comunicación con trabajadoras sociales que se acercan en busca de orientación ante casos que no pueden ser atendidos en el centro de salud.

Esto permite reflexionar sobre la práctica del trabajo social. Si bien se dieron tres discursos completamente institucionalizados, con esos relatos surge la premisa que hay profesionales que en su práctica colocan por delante la voluntad y necesidad de la persona, no así una norma. Hay trabajadoras sociales que ubican como primordial lo que la mujer demanda y buscan recursos para atender la necesidad de interrumpir el embarazo; la necesidad de la persona es el foco y el ejercicio profesional despliega la metodología necesaria para salvaguardar la salud de la mujer (Arroyo et al., 2012, como se cita en Álava et al, 2023, p.5).

La E2 menciona que al momento de iniciar la entrevista se presenta y aclaran que

están presentes porque la ley así lo determina pero que su rol no es juzgar o evaluar su decisión. Sin embargo, en palabras de la persona entrevistada del colectivo Las Lilas, si lo es, "También este equipo pasa a ser un equipo inquisidor. Cuestionan activamente la decisión (...)" y, cuando se trata de abortar, según Las Lilas, surgen alternativas por doquier.

Si se analiza desde una práctica profesional situada en el feminismo, el trabajo social institucionalizado reproduce mandatos de género (Butler, 1990), y en lugar de potenciar la capacidad de agencia de las mujeres, prioriza la norma. Si esto se estudia desde un enfoque instituyente (Castoradis, 1975), el rol del trabajo social debería ser capaz de visualizar la tutela que ejerce la institución y el Estado sobre estas personas.

Como es el caso del trabajo social, ofreciendo la posibilidad de la adopción o planes sociales. Una serie de alternativas que reducen la maternidad, invisibilizan el pasaje por un embarazo y puerperio, como si fuese más seguro un parto que practicarse un aborto.

El trabajo social tiene el poder de incidir en la decisión inmediata, sin embargo el sistema no tiene la capacidad acompañar de forma integral a esa mujer si decide continuar con el embarazo.

En relación al periodo de reflexión, Las Lilas opinan que es la principal causa de las fugas. La persona luego no regresa al sistema de salud y decidida a abortar, lo hace en la clandestinidad. El sistema espera que estos actos disuasorios deriven en la aceptación del embarazo y por el contrario, provoca que de igual forma lo interrumpan pero que sean abortos inseguros con significativos riesgos para la salud y vida de la persona gestante.

Si bien en el discurso del colectivo predomina el desacuerdo a los 5 días de reflexión, surge una salvedad, y es para aquellos casos en los que la mujer luego de la entrevista con el equipo sale cargada de información, abrumada, sin entender muy bien el procedimiento. En estos casos, Las Lilas y la E3, coinciden en que pueden servir para procesar la información. Sin embargo, Las Lilas advierten que no es necesario que sean siempre 5 días, ya que si tratamos a cada caso de manera individual, puede necesitar menos tiempo que el establecido.

A partir de estos discursos, se necesita repensar la praxis. Para potenciar la autonomía reproductiva (Rostagnol, 2016) no es suficiente tener una norma practicada de forma

mecánica. Es necesario construir espacios y profesionales que prioricen la voluntad de la mujer, normas que su cometido sea disminuir las barreras y ampliar el alcance.

La ciudadanía reproductiva (Medina, 2017) significa el pleno goce de los derechos sexuales y reproductivos, pero para que esto se efectivice, de acuerdo a López (2010), se necesitan prácticas e instituciones que reconozcan y no limiten estos derechos. La práctica, evidencia la relevancia de incorporar la categoría de autonomía reproductiva (Rostagnol, 2016) en la intervención profesional como criterio operativo, para que las políticas y las prácticas institucionales no se traduzcan en reproductores de exclusión y clandestinidad. Iamamoto (2003) plantea que el ejercicio profesional es más que rutinas institucionales, y reconoce el poder que tiene el trabajo social de proponer, defender y negociar sus prácticas.

2. Aplicación práctica de la Ley

Ante todo, mencionar que de las tres trabajadoras sociales entrevistadas, dos trabajan en salud pública y privada y solo una ejerce únicamente en el ámbito de lo público.

El artículo 41 de la presente ley dispone que el Ministerio de Salud Pública dictará guías a profesionales y personal para garantizar el cumplimiento efectivo de la normativa. Sin embargo, ninguna de las tres profesionales recibió capacitación alguna. Cada una afirma que la formación en el tema queda a merced de la voluntad de cada una y que desde el Ministerio de Salud Pública no se incluye ningún tipo de formación para las profesionales, tanto para el área social como de psicología.

La E1 fue su interés personal el que la llevó a formarse. La E2 califica su formación como informal ya que fue aprendiendo en la práctica. En cuanto a la E3, comenta que no hay más que la formación recibida durante la carrera de Trabajo Social y el conocimiento que tiene de la ley.

La E2 relata que al comenzar a trabajar en la policlínica de salud sexual y reproductiva, la psicóloga compañera, mencionó que al entrar la ley en vigencia en 2013 recibió, junto con la trabajadora social de ese momento, una capacitación pero que fue la única vez que se dio esa instancia.

Sobre la intervención del equipo multidisciplinario, varía entre sector público y

privado. Las dos entrevistadas que trabajan en ambos sectores, coinciden al mencionar que la atención con psicóloga y trabajadora social en el sector privado se da por separado. Es decir que la paciente tiene que asistir a tres consultas.

En salud pública, las tres concuerdan que trabajan en simultáneo en lo que denominan "policlínica de salud sexual y reproductiva". La E1 valora esta policlínica como positiva ya que "estamos trabajando en conjunto y es mucho más integral la atención".

En cuanto a la tercera etapa, la E1 que trabaja en ambos sectores y reside en el interior del país, a diferencia de las restantes, menciona que gran parte de las mujeres que recibe no están enteradas del periodo de reflexión y es en la entrevista con el equipo multidisciplinario que lo sabe. "Me parece que podría mejorar si se informara más. Las mujeres vienen y desconocen cómo es, incluso desconocen que pueden hacerlo dentro del marco legal, que es un derecho" (E1)

Las Lilas destacan la falta de campañas de difusión, lo que lleva a que las personas gestantes transiten la interrupción con gran incertidumbre.

La E3, quien trabaja en Montevideo y solo en salud pública, comenta que en las instancias previas, en muchos casos parteras, ya le informan sobre los pasos que siguen, incluyendo el periodo de reflexión.

En particular sobre el periodo de reflexión, no hay circunstancia que permita evitar esta etapa, incluso si esperar los 5 días va a significar pasar las 12 semanas y 6 días, repercutiendo en que deban continuar con un embarazo inesperado, una maternidad forzada. Las trabajadoras sociales en ningún momento interpelan esta consecuencia.

La ley establece una cuarta etapa, luego de realizado el aborto, en la cual se controla que el procedimiento haya sido exitoso y se asesora sobre métodos anticonceptivos. De acuerdo al informe 2024 sobre IVE, el 55% de las personas que realizan la interrupción asisten a la cuarta etapa, y aunque es un cifra significativa, no es universal (MSP, 2024). Al consultar sobre esto a las entrevistadas, las tres coinciden en que, en el momento de la entrevista ya abordan el tema de anticonceptivos. "En la entrevista dos ya trabajamos este punto y la importancia de cumplir con todas las etapas de la IVE" (E.1)

La E1, expone un caso en particular donde una mujer manifestó dudas en repetidas ocasiones por lo que tuvieron varias instancias de entrevista con psicóloga, psiquiatra y luego finalmente interrumpió el embarazo. Con esto, la trabajadora social explica que las intervenciones varían según las especificidades de cada caso. “En este caso, se tuvo en cuenta varias cosas, ella consintió que se tuviera una entrevista con él para tener elementos para valorar también” (E1).

En casos donde es necesario se recurre a la internación -no supera los dos días- para realizar la interrupción. Esta alternativa se indica, por ejemplo, cuando la mujer tiene hijos pequeños a su cuidado, presenta algún trastorno de salud mental (como ataques de pánico) o padece alguna enfermedad asociada a fuertes dolores menstruales o trastornos hematológicos.

Relacionado a la confidencialidad, el artículo 2, inciso A de la ley N. 18.987, dispone que “El deber de confidencialidad alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y al personal de los servicios tercerizados”.

Pero en la praxis, las personas que enfrentan un embarazo inesperado y recurren a la interrupción “parece que tienen un cartel que dice IVE” (E2). En esta entrevista se pone en evidencia la falta de reserva que hay ante las solicitudes de IVE lo que deviene en la exposición a estigmas y juzgamientos. A esto se suma el colectivo, en acuerdo con lo anterior, subrayando que la falta de confidencialidad genera reticencias a acercarse al sistema de salud, llevando abortar en la clandestinidad.

Esto no puede reducirse a un error operativo, esta es la materialización de la violencia institucional. Rostagnol (2016) sostiene que el aborto es un terreno de disputa donde las instituciones despliegan su vigilancia, y la falta de confidencialidad es el reflejo de esto.

Una praxis feminista del trabajo social en la salud, es valioso para los cuerpos feminizados. Aportando una mirada transformadora a un sistema de salud, conocimiento médico y poder institucional sumamente androcéntrico. Un punto de vista disruptivo, es el que no estuvo presente en la redacción de la ley, por lo que un trabajo social con una orientación así podría contrarrestar y aportar atención más empática y crítica respecto a los sesgos de género.

También existe falta de coordinación que demora y pone en riesgo el acceso al procedimiento. La E2 comenta

> Le dan un pase para un lugar que no era. Y tenemos una ley, tiempos legales, que no son para que la mujer esté de un lado para otro. Mucho menos en tantos años de qué surge esta ley. No podemos seguir teniendo los mismos problemas.

Menciona casos -en el sector público- de mujeres que llegan sin formulario, el cual deberá ser entregado por el ginecólogo en la primera consulta. Señala la diferencia en el ámbito privado, donde hay una oficina en la que orientan sobre los pasos, formularios e información adicional, "más allá de que las consultas son individuales, está todo más regulado, ecografía, análisis de sangre, todo".

La violencia reproductiva**,** ha sido detectada por parte de las Trabajadoras Sociales, y sobre esto, la E2 menciona tener dudas si los profesionales que tienen objeción de ideario lo plantearon cuando debían, ya que luego realizan comentarios inapropiados. Esta entrevistada, relata que en sus intervenciones invita a reflexionar y repensar si han recibido algún tipo de comentario a lo largo del proceso que haya generado incomodidad o no lo consideren apropiado. Intervención acompañada de asesoramiento sobre mecanismos para denunciar cualquier hecho de violencia.

De las tres trabajadoras sociales entrevistadas, solo una -quien reside en el interior- menciona durante la entrevista la alternativa de la desvinculación del niño luego del nacimiento.

Un cuerpo con capacidad de gestar, según la norma, tiene que ser asesorado sobre programas sociales y económicos, además de la opción que tiene de continuar con el embarazo y luego dar en adopción. El discurso y la práctica se encuentran tan institucionalizados (Castoradis, 1975) que no logran interpelar la gravedad de que una ley sobre IVE, las obligue a traer la maternidad a la entrevista. Es contradictorio cuando explican que en su práctica informan a las mujeres sobre acciones que pueden ser una violación a su derecho reproductivo en el marco de la ley pero que no logren interpelar lo violento que es, tener que hablar de adopción a una mujer que está pasando por una situación de aborto.

A modo de cierre, una visión general de la ley por parte de las Trabajadoras sociales y Las Lilas:

La E1, señala como principal falla la falta de información y asesoramiento, “las mujeres vienen y desconocen cómo es, o si hay posibilidades de hacerlo dentro del marco legal, desconocen que es un derecho”.

La E3 resalta la falta de Educación Sexual Integral. Gran inequidad, poca información sobre la oferta de métodos anticonceptivos y su uso, lo que genera mitos que después lleva a embarazos inesperados, además señala la falta de presencia de varones acompañando las consultas.

El colectivo refiere una carencia en el monitoreo de la implementación de la ley por parte del Estado, por lo que desde Las Lilas y MYSU, realizan pedidos de informes ya que de lo contrario no se tiene conocimiento. Por otra parte, apuntan a las fugas que generan la implementación estricta de la normativa, en estrecha relación al escaso tiempo, donde no se permiten excepciones en ningún caso.

De acuerdo al colectivo Las Lilas, la normativa tiene carencias que trascienden cuestiones administrativas, se trata de barreras que operan como estructurales y limitan el acceso efectivo a la interrupción (López, 2016). Estas barreras complejizan el procedimiento, a través de plazos rígidos, escasa información tanto para profesionales como para mujeres, faltas a la confidencialidad, fallas en la coordinación del servicio, estas son variables que terminan generando “fugas” hacia circuitos clandestinos.

Tal como relata el colectivo, hay un gran número de personas para las que el sistema de salud no configura como opción por lo engorroso y estigmatizante que vuelve el procedimiento. Pero esto no lleva a que desestimen la decisión, por el contrario. Se visualiza así, un desfase entre la norma, es decir, lo formal que supone buscar la garantía del aborto seguro y lo real, donde producto de esa misma norma, la persona acude a la clandestinidad con los riesgos que ello implica, ya que valora que es más probable que pueda realizar el procedimiento en el sistema clandestino.

Habiendo transcurrido más de diez años desde su implementación, es necesario

revisar qué limitaciones presenta, y es urgente evaluar a sabiendas que la propia ley es la encargada de llevar a las mujeres al sistema clandestino. Claramente, esta ley que persigue disuadir, no cumple el cometido, porque las cifras mencionadas antes muestran que el IVE se concreta, y el relato del colectivo, manifiesta que quienes no adhieren al protocolo se practican abortos clandestinos. Entonces, la norma reconoce un derecho pero a la vez lo hace en un marco de tutelaje donde somete la decisión a procesos burocráticos y exigencias, que lejos están de contemplar las particularidades que atraviesan a la mujer.

Si se compara con la legislación de Colombia, en 2022 la Corte Constitucional de Colombia emitió la Sentencia C-055/2022 en la cual despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación, donde no existe un periodo obligatorio para la reflexión y tampoco un equipo multidisciplinario que intervenga como si lo hace en Uruguay. Aunque puede suceder que tenga sus propios aspectos a mejorar, Colombia es el ejemplo de que se puede legislar desde una impronta que respeta y promueve la autonomía de mujeres y cuerpos gestantes. Es posible regular el aborto voluntario sin imponer la serie de barreras que Uruguay utiliza. La eliminación de los requisitos impuestos, favorece en varios aspectos. No solo en un mejor goce de la ciudadanía, también en variables económicas ya que el costo de la IVE sería menor.

Colombia es uno, entre varios países, que pone en evidencia que las etapas que coloca Uruguay no son necesarias para practicarse un aborto voluntario y que perfectamente se puede regular sin ellas.

3. Impacto de la intervención del equipo y de los cinco días de reflexión en la decisión de la persona gestante

Aquí se analiza qué influencia pueden tener tanto la intervención del equipo multidisciplinario como el período de reflexión en la decisión final de las mujeres. Se busca comprender si estas instancias refuerzan la decisión ya tomada, generan dudas, o producen algún tipo de cambio.

Sobre el impacto en la decisión, las trabajadoras sociales coinciden que el tiempo de reflexión no genera cambios en mujeres que se presentan decididas y que, el tener que transitar el tiempo de reflexión de todas formas, provoca sentimientos negativos como enojo, frustración, angustia y ansiedad, lo cual influye negativamente en el pasaje por el

procedimiento. Este malestar se agrava aún más cuando se enteran en el momento, que tiene que aguardar durante 5 días para realizar el proceso.

Para Las Lilas, esta es una de las causales que generan fugas, llevando a las mujeres a abortar en la clandestinidad y, por el contrario, no manifiestan que las mujeres, al enterarse de esta medida, la tomen con naturalidad, como menciona la E2. Las Lilas, desde su postura instituyente (Castoradis, 1975), problematizan las limitantes de la norma, su impacto en la exclusión y el aumento en las desigualdades. Coinciden con Rostagnol (2016), al expresar que las formas de control se encuentran un poco más solapadas y sutiles a través de la ley, pero aún persisten e influyen en que el aborto sea vivido con vergüenza.

En contrapartida, quienes tienen alguna duda, el periodo le permite regresar con una decisión más firme, sea para continuar con la IVE o no. La E3, entiende que más que influir para un cambio de decisión, este tiempo lleva a que la persona lo viva de forma más consciente.

Las Lilas reciben las consultas en un contexto distinto; se presentan mujeres que tuvieron un primer acercamiento al sistema de salud y ante los pasos burocráticos no regresaron, o ya conocen el procedimiento y directamente recurren al ámbito clandestino, acercándose a la red feminista en busca de información y acompañamiento.

En su experiencia han "tenido discusiones telefónicas con mujeres, que no quieren ir al sistema por esto, por el equipo, por los 5 días de reflexión, por los plazos que lleva, y además por los riesgos de confidencialidad" (Entrevistada, colectivo Las Lilas).

Las Lilas aluden a esta etapa como una instancia que a las mujeres las "descoloca (...), nosotras les explicamos todo y quedan abrumadas, otras obviamente enojadas" (Entrevistada, colectivo Las Lilas).

Hay una distinción que menciona la red feminista que es relevante, y es que el estado de situación depende de cuan acompañada esta la persona gestante, si su entorno está a favor o no, son factores determinantes en el estado emocional durante el transcurso de aborto.

Desde la experiencia del colectivo, muchas de las mujeres que llegan lo hacen con

una gran angustia y enojadas con los plazos, a veces demandando información sobre alternativas para interrumpir por fuera del sistema. En contraste, las trabajadoras sociales transmiten una percepción diferente cuando mencionan que la mayoría de las mujeres comprenden y aceptan los pasos que deben sortear. Esta diversidad en las impresiones, da cuenta del grado de problematización. Mientras las Lilas hacen hincapié en el malestar subjetivo y la consecuencia que esto genera (acudir a la clandestinidad), las trabajadoras sociales continúan con la mirada institucional y minimizan el impacto. Nuevamente, las trabajadoras sociales tienen una mirada normalizadora que se distancia a la perspectiva instituyente (Castoradis, 1975) del colectivo al problematizar las subjetividades que se producen en los cuerpos gestantes.

En acuerdo con el colectivo, la ley aprobada en 2012 dista considerablemente de lo que los colectivos feministas esperaban conquistar. Es innegable que significó un gran avance en materia de derechos, más aún si se piensa en términos comparativos con países donde la anticoncepción de emergencia es ilegal, entonces, sí, las personas gestantes gozan de autonomía. Lo cual se vincula directamente a la idea que plantea Rostagnol (2016) al referirse al cuerpo femenino como un espacio de disputa, el cual en el contexto uruguayo, logró regular y legitimar innovadores modos de vigilancia.

En los casos de mujeres que están decididas y que viven esto como un procedimiento dentro de su vida reproductiva, no porque hayan realizado un aborto antes sino que esta decisión la transitan con mayor naturaleza, son quienes más se enojan. Las Lilas refieren a la población joven como las que presentan gran enfado y no comprenden el porqué de los 5 días de reflexión.

Los prejuicios que rondan al aborto voluntario son la materialización de los mandatos de género (Rostagnol, 2016). La idea que todo embarazo va ser aceptado y que la burocracia (López, 2016) es suficiente para desestimar la decisión de interrumpir, subestima y menosprecia cuán significativa es la maternidad en la vida de una mujer en particular. En acuerdo con Rostagnol (2016) la maternidad está presente como norma social y en ese contexto, el aborto viene a romper con un mandato, por lo que se comprende la presencia de la culpa y angustia, durante una IVE.

Todas las entrevistadas coinciden en que la IVE, es vivida con una gran carga

emocional, en parte producto de la batería de prejuicios que rondan. La E2 lo señala al referirse que "hay mujeres que están muy marcadas por su ideología pero logran decidir llevar adelante una interrupción porque se dan cuenta que en ese momento no pueden o no quieren continuar ese embarazo". Estas personas logran apartarse de mandatos, evaluar la situación, comprender que para su proyecto de vida, un hijo no es compatible, y hacer uso de su derecho reproductivo sobre decidir en qué momento, con qué intervalo, o no, tener hijos. El feminismo puede aportar al trabajo social en la salud una perspectiva que analice y cuestione la intrusión del patriarcado, además de brindar una perspectiva integral para comprender la intersección del género con otras variables que atraviesan la salud de la persona. El colectivo, en sus intervenciones hace especial énfasis en quitarle el estigma que tiene el aborto y que sea transitado con el menor peso posible, aunque reconocen que esto es atravesado por la situación particular de cada una.

Las consecuencias de esta norma tutelante son varias pero la más significativa pesa en aquellas personas que no pueden afrontar esta demora, los costos que genera, y tampoco tienen los medios para acudir a la clandestinidad. Una legislación que debería ampliar y consolidar el goce de los derechos reproductivos, termina profundizando desigualdades. Para López (2010) estas barreras afectan desproporcionadamente a mujeres con bajos recursos o apoyo, por lo que su ciudadanía es doblemente vulnerada, por un lado por el contexto socioeconómico que atraviesa y en simultáneo, el desigual goce de sus derechos reproductivos.

4. Acompañamiento del colectivo e intervención del trabajo social

Las trabajadoras sociales evalúan su abordaje como positivo y relevante para el día del aborto en particular. Las tres trabajadoras sociales trabajan para que las mujeres encuentren en su entorno una persona de confianza que las acompañe el día de la interrupción, "tratamos de prever cómo va a ser el día de la interrupción, proyectar ese día, que lo vayan pensando" (E3).

La E1 define su rol como "la tarea de brindar asesoramiento, orientación y todo lo que tiene que ver con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos" promoviendo que la mujer tome su propia decisión. La E2 entiende que su trabajo es poner el foco en lo comunitario y vincular a la persona para que pueda atravesar el proceso apoyada.

Además, se reconocen como responsables de indagar en que la decisión ante el embarazo, sea para continuar o no, sea una decisión tomada libremente.

Aunque no está dentro de las tareas que se asignan al trabajo social, se encargan de que efectivamente todas las etapas se cumplan de acuerdo a los tiempos legales. Como ejemplo, mencionan que en muchas oportunidades son las encargadas en coordinar horarios, consultas, ecografía, estudios de sangre. Se trata de "brindar los recursos necesarios para que lo puedan llevar adelante sin ningún tipo de dificultad" (E1).

Las tres coinciden al reconocer que su accionar está limitado a una consulta en el marco de una ley y ante personas que ya son adultas. Analizan la necesidad y la diferencia que puede marcar en estas mujeres, de realizarse un trabajo en red y en territorio para darle continuidad al acompañamiento, en casos que se identifiquen situaciones de violencia, vulnerabilidad. La E3, reconoce esto como limitante para el trabajo, puntualmente en el trabajo con aquellas personas que se han realizado IVE en varias oportunidades "Intervenimos en una consulta, pero tiene que haber fortalecimiento desde el territorio, desde donde la persona está inserta, pero son adultas" (E3).

Al respecto, la red feminista Las Lilas califica la intervención del trabajo social, como tensionado por las limitaciones del sistema de salud, el cual reduce su injerencia a trámites burocráticos, haciéndolo parte de manera inmediata cuando se trata de IVE, pero en caso de necesitar abordaje integral y sosteniendo en el tiempo, no tiene la capacidad de garantizarlo.

En este punto, se coincide con lo planteado por el colectivo, en el sentido de que lo apropiado sería un equipo multidisciplinario consolidado y reconocido por las personas gestantes. No obstante, la intervención debería darse ante el pedido explícito de la persona y no por una exigencia normativa. La obligatoriedad puede hacer que esa instancia se viva como un control sobre su decisión autónoma y privada. En cambio, de darse voluntariamente podría favorecer un vínculo de mayor confianza donde el equipo pueda aportar herramientas y orientación para transitar ese momento.

En conclusión, la verdadera riqueza del equipo multidisciplinario y del trabajo social en particular, no radica en su mera existencia formal sino en la capacidad de constituirse como un recurso valioso, disponible y activado por la única decisión y solicitud de la propia

persona.

La intervención del trabajo social, en particular en la salud, se valora por tener la capacidad de pensar más allá de lo estrictamente corporal o emocional, y ahondar en los factores que inciden en la salud reproductiva (Arroyo et al., 2012, como se cita en Álava et al, 2023, p.5). En esa entrevista, el trabajo social tiene la capacidad de incidir en la decisión, así como también la oportunidad de trabajar desde una perspectiva de género y corresponsabilidad en la anticoncepción. Se observa que se trabaja con una impronta propia de la disciplina, al profundizar en el contexto y las subjetividades, sin quedarse en lo superficial. Se evidencia en la E2 cuando menciona "busco conocer un poco lo más básico, donde trabaja, dónde vive, cómo llega a esa decisión, como se viene sintiendo con el proceso". Iamamoto (2003) es explícita al postular que el trabajo social no debe ser reducido a la asistencia, por el contrario, tiene el potencial de realizar lecturas, diagnósticos y análisis de las condiciones que rodean a la persona. En situaciones de IVE indagar si la persona está siendo presionada para una decisión u otra.

La perspectiva del trabajo social feminista entiende que la salud, y en especial el cuerpo de las mujeres, son atravesados por desigualdades de género; si se realizara un trabajo social feminista reconocería el acceso a este derecho, pero también las barreras que deben enfrentar.

Sobre la incidencia del Trabajo Social hablan Las Lilas y consideran que

> El rol del trabajo social tiene sus conflictos, porque en cierto punto tenes el poder en ese momento de dirigir posibles decisiones, y si en vez de apoyar a la mujer que quiere abortar, tenes el poder de incidir en la decisión inmediata y después necesariamente el sistema no tiene la capacidad de acompañar a esa mujer si continua el embarazo. (Entrevistada, colectivo Las Lilas)

Es de destacar que gran número de las mujeres que llegan a Las Lilas son derivadas por trabajadoras sociales, "Hay veces que nos llaman trabajadoras sociales, no dicen, tenemos esta situación, tenemos este problema, ¿cómo hacemos?" (Entrevistada, colectivo, Las Lilas).

Las Lilas, como red independiente de acompañamiento que está por fuera del sistema de salud tanto privada como pública, reciben demandas y realiza acompañamientos muy distintos de lo que sucede en el marco de la entrevista del trabajo social. En palabras de las informantes de Las Lilas "Cuando recibimos casos suelen ser complejos, de mujeres que fueron expulsadas o que tuvieron malas experiencias en el sistema" (Entrevistada, colectivo Las Lilas).

En el caso del colectivo, se visualizan dos grandes ejes en su base de acción: informar y acompañar. El acompañamiento, lo entienden como una estructura de cuidado, entre las propias integrantes y las mujeres y personas gestantes que llegan. Su acompañamiento es, en la mayoría de los casos, telefónico y los objetivos principales procuran: si están por fuera del sistema de salud o están considerando no regresar, intentan que no acudan al sistema clandestino y en caso de que la IVE se realice en la clandestinidad, intentan evitar o disminuir riesgos. La información que brindan, no solo busca empoderar a las mujeres, sino que conozcan las obligaciones del Estado, como es el caso de la ordenanza 369/004, y la responsabilidad que este tiene para con su seguridad y bienestar. Finalmente, promover la gestión individual en cada una. Es importante, tener presente que el colectivo trabaja constantemente desde los límites pues, hay una normativa que enmarca el procedimiento.

En concordancia con las trabajadoras sociales, promueven la gestión de cada mujer en reconocer una persona de referencia para que las acompañe en el proceso. Rostagnol (2016), hace hincapié en la soledad que transitan estos procesos y cuán angustiante es, por lo que se considera positivo que, tanto trabajadoras sociales como el colectivo, le den especial importancia a que sean acompañadas por alguien cercano.

La red feminista tiene especial cuidado en que no se genere dependencia hacia ellas, primero porque no tiene la capacidad de atender cada caso de manera presencial y por otro lado, porque no es el rol que quieren cumplir, sino promover la autonomía en cada una, "La idea es tomar acción activa en tu vida (...) "estas decidiendo, este aborto es tuyo, entonces esa gestión también tiene que ser tuya" (Entrevistada, colectivo Las Lias), es un discurso que reafirman en cada intervención.

Por otra parte, el trabajo social, desde su espacio indagan si la persona gestante sufrió algún tipo de violencia o coerción, tanto en el sistema de salud como en su vida privada,

planteando ejemplos como activar el sonido en la ecografía, comentarios como “no conozco ninguna mujer que se haya arrepentido de ser madre”. Comentarios así, son el claro ejemplo de expresiones de violencia reproductiva, donde a través de manipulación simbólica, buscan incidir sobre la decisión, generar malestar en la persona y que su aborto se cargue de culpa y angustia (Rostagnol, 2016).

Las Trabajadoras sociales, informan sobre acciones que puede que no se reconozcan como violencia pero que vulneren sus derechos, así como las medidas que se pueden tomar, el derecho que tienen de abortar y en el marco de ese derecho que cosas no pueden suceder, en qué tiempo tienen que darse las consultas, entre otra información.

En ese sentido, puede entenderse como violencia reproductiva a toda práctica, sea profesional o institucional, que restringe la autonomía reproductiva (Rostagnol, 2016), sea a través de comentarios y/o juicios sobre la decisión de abortar. Los derechos reproductivos refieren a la libertad de decidir libremente, por lo que cualquier juicio, comentario, acción que intente deslegitimar la decisión, puede considerarse un hecho de violencia reproductiva, que está vulnerado el derecho a decidir libremente.

Conclusión

Este trabajo tuvo como objetivo general analizar la segunda etapa del procedimiento de IVE desde la perspectiva del trabajo social e informantes del colectivo Las Lilas, y analizar el impacto de los cinco días de reflexión en la autonomía reproductiva de las mujeres y personas gestantes.

Se concluye que, tanto la instancia con el equipo multidisciplinario como el periodo de reflexión, repercuten en la autonomía reproductiva, obstaculizando la ciudadanía que debería ser promovida por el marco normativo. El impacto es negativo ya que genera sentimientos de angustia y enojo, producto de la falta de información y las barreras impuestas. A eso se le suma un equipo que, en ocasiones es interpretado por las personas gestantes, como un espacio en el que deben fundamentar y defender su decisión, a esto le sigue tener que *reflexionar*, incluso si continúan decididas, tienen la obligatoriedad de transitar ese tiempo.

De esto se desprenden dos supuestos, por un lado, se está ante un marco normativo que lejos de ser promotor de autonomía, empuja al sistema clandestino, y por el otro, la presencia de profesionales que no reconocen las falencias y reproducen la norma sin cuestionamiento alguno.

Esta investigación también identificó que en otros países, como Colombia, mencionado anteriormente, no se incluyen las etapas obligatorias que en Uruguay sí. De esta manera, practicarse un aborto, ocurre en un contexto más coherente con el objetivo que se supone persigue una legislación promotora y respetuosa de los derechos reproductivos, es decir, que se garantiza que la interrupción no choque con el pleno goce de derechos sexuales y reproductivos. En conclusión, esta serie de pasos, ameritan ser evaluados y analizados críticamente.

En este contexto, es una red feminista de acompañamiento, las que aportan pensamiento crítico e instituyente, buscando transformar la práctica y orientarla hacia la promoción de la autonomía reproductiva.

Por otra parte, se pudo observar que la normativa expone rasgos tutelantes, en cuanto a que presenta un tipo de procedimiento que en ocasiones puede oficiar de disuasorio y, que al parecer, intenta vigilar a la persona, ahondando en las razones que la llevan a estar en situación de aborto, acompañado de una serie de alternativas en caso de

cambiar de opinión.

En los hallazgos se encuentra que si bien las trabajadoras sociales, reconocen el carácter tutelante de la ley, no interpelan su rol en la segunda etapa y tampoco la etapa siguiente.

Ya ha pasado suficiente tiempo; son demasiadas las mujeres y cuerpos gestantes que han sido vulnerados por esta norma, es tiempo de revisión y mejora, para que, una vez más en la historia latinoamericana, Uruguay sea pionero, pero esta vez con una ley que tenga pensamiento e impronta feminista.

Un texto que sí coloque en el centro la autonomía reproductiva, que sea consciente de las desigualdades estructurales y los mandatos de género que atraviesan los cuerpos feminizados en particular. Es relevante que se redacte una ley que tenga por objetivo, no disuadir ni tutelar, sino respetar las decisiones. Acompañado de una práctica profesional comprometida con la justicia social, en especial que re direccione su ejercicio, interpelando y denunciando las desigualdades, ampliando y reconociendo la ciudadanía reproductiva.

Bibliografía

Alava, L., Lino, L. y Anchundia, V. (2017). Las funciones del Trabajador Social en el campo de la salud. *Contribuciones a las Ciencias Sociales, 28*(2), 3-12. https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html

Álvarez, M. (2017). La autonomía reproductiva: Relaciones de género, filiación y justicia. *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid,* (35), 145-170

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/690262/RJUAM_35_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bekevicius, A. (2022). Las "brujas" como enemigo común del capitalismo y el patriarcado. *Revista Pensamiento Penal, 433*(1), 1-9. https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/90269-brujas-enemigo-comun-del-capitalismo-y-patriarcado-reflexion-criminologia-zaffaroni

Bogino, M. y Fernández, P. (2023). Autonomía reproductiva frente a la biopolítica de la maternidad. *Revista de Antropología Social, 32*(1), 13-28. https://doi.org/10.5209/raso.87296

Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

Castoradis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia C-055-022*. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22.htm

Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. Siglo XXI

Editores.

Fraser, N. (1991). La lucha de las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate feminista, 3*(1991), 3-40. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7519817

Fraser, N. (2008). Escalas de justicia. Barcelona: Herder

González, G. (2019). *Violencia contra las mujeres, discurso y justicia*. Edulp.

Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional.* Buenos Aires: Espacio Editorial.

Ley 18.426 de 2008. Por la cual se establecen los derechos sexuales y reproductivos. 1 de diciembre de 2008. D.O. No. 27.630. https://www.impo.com.uy/diariooficial/2008/12/10/23

Ley 18.987 de 2012. Por la cual se estable la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 22 de octubre de 2012. D.O. No. 28.585. https://www.impo.com.uy/diariooficial/2012/10/30/9

Ley 9.763 de 1938. Por la cual se modifica el Código Penal declarándose delito el aborto. 28 de enero de 1938. D.O. No. 239-A. https://www.impo.com.uy/diariooficial/1938/02/14/3

López. A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva, 12*(1), 23-29. https://doi.org/10.18294/sc.2016.857

López, A. (2010). Los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay: avances y desafíos. En cotidiano Mujer (Ed.), *Género y derechos en Uruguay.* Montevideo: Cotidiano Mujer

Magnone, N. (2019). División sexual del trabajo, violencia de género y derechos sexuales y reproductivos: categorías para un trabajo social feminista. *Revista de Trabajo Social, 29*(2019), 9-30. https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/346870/20805776

Magnone, N. (2022). *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres*. [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de la República. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/33502/1/TD_MagnoneNatalia.pdf

Magnone, N., y Viera Cherro, M. (2015). Aportes desde una ética feminista para el abordaje social. *Fronteras, 8*(2015). 133-144. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5258575

Millett, K. (1995). *Política sexual*. Ediciones Cátedra.

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2013-2024.* https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe_IVE_2013-_2024_Final.pdf

Mujer y Salud en Uruguay. (2024). *¿Cuánto cuesta un aborto legal en Uruguay?* https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2024/12/Costo-del-procedimiento-legal-del-aborto-en-Uruguay-MYSU.pdf

Ordenanza Nº 369. [Ministerio de Salud Pública] Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección frente al aborto provocado en situaciones de riesgo. 6 de agosto de 2004. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/373/ordenanza_369Uruguay2004.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Ediciones Universitarias. https://clacaidigital.info/handle/123456789/989