

El proceso de despenalización del aborto en Uruguay. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Autoría:

Cecilia Stapff

Coautoría:

Leticia Rieppi

Revisión:

Rafael Aguirre y Ana Visconti (Área de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud Pública, Uruguay) y Valeria Ramos (oficial nacional de Programa en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA Uruguay)



© 2019 UNFPA y MSP

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, ni de su Junta Directiva y Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Para citar la publicación:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2019). *El proceso de despenalización del aborto en Uruguay. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Montevideo: UNFPA-MSP.

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Versión Inédita

Edición amparada en el Decreto 218/996

Depósito legal: 376.609

ISBN: 978-92-95114-04-3

Imprenta Rojo S.R.L.

Se terminó de imprimir en Montevideo, en noviembre de 2019

Contenido

Introducción	7
Normativa 369/04 del Ministerio de Salud Pública. Modelo Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo	9
Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible y Consenso de Montevideo	13
Evolución y tendencia de la mortalidad materna en Uruguay	15
Avances legislativos	17
Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva	18
La respuesta de la sociedad civil organizada	19
La implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva.....	21
Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo	23
La sociedad civil frente a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo	24
Reglamentación de la Ley 18987.....	26
Contenidos de la reglamentación.....	27
Plan de acción del Ministerio de Salud Pública para avanzar en la implementación de la ley.....	33
Debilidades y obstáculos.....	36
Primeros resultados	39
Período diciembre de 2012–mayo de 2013	39
Desafíos	41
Generales.....	41
Institucionales	41
Profesionales.....	41

Principales resultados de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo	43
Conclusiones	47
Bibliografía consultada.....	49
Abreviaciones y siglas	53
Actores clave entrevistados	54

Introducción

Uruguay ha sido históricamente un país laico: en el año 1917 se separó formalmente la Iglesia católica del Estado, en medio de un proceso de secularización que culminó con una nación laica, con un sistema de educación pública laico.

Uruguay ha presentado un desarrollo temprano de políticas y programas en diferentes áreas de la salud sexual y reproductiva (SSyR) respecto al contexto de la región, pero recién a partir de 1996 se comenzaron a elaborar e implementar políticas y programas específicos en SSyR desde el Estado. Estas acciones son consecuencia directa del impacto de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) (El Cairo, 1994) (Organización de las Naciones Unidas, 1995) y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) (ONU, 1996), así como de las reivindicaciones y estrategias desarrolladas desde la sociedad civil organizada, en particular desde el movimiento feminista.

Desde el año 1938 estuvo vigente un marco legal restrictivo respecto al aborto, que era ilegal y estaba penalizado. La Ley 9763 consideraba al aborto como un delito que podía ser eximido de pena en determinadas circunstancias: cuando el embarazo era producto de una violación, por el honor de la familia, por angustia económica o por riesgo de vida de la mujer (Parlamento, 1938).

A partir de 1985, luego de recuperada la democracia, y hasta 2012 se ha sucedido una diversidad de intentos de posicionar el tema del aborto en el debate parlamentario, con la presentación de diferentes proyectos de ley, muchos de los cuales no avanzaron en su discusión en el Parlamento. Eran impulsados fundamentalmente por sectores del Frente Amplio (fuerza política progresista) en alianza con organizaciones de mujeres, quienes fundamentaban su premisa de aborto legal sobre la base del derecho a decidir. Finalmente, en 2012 se promulgó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Resulta importante destacar que, en Uruguay, las encuestas han mostrado que la opinión pública predominante en los últimos diez años se manifiesta favor de la despenalización del aborto.

La sociedad se inclina por la despenalización del aborto (en el caso de decisión libre dentro de las primeras 12 semanas del embarazo) en una relación de 6 a 4. La postura liberalizadora nunca bajó del 50 % y su techo ha estado en el 63 %. A su vez la postura prohibicionista nunca llegó al 40 % y su piso se ubica en el 27 %. Hay un 13 % de oscilación entre el máximo y el mínimo de la banda de cada una de las dos opciones. Cualquier decisión por vía de democracia directa conduce inexorablemente a un triunfo de la despenalización en una relación de 6 a 4 (Bottinelli, 2012).

En el año 2013 se dio una consulta popular por referéndum sobre la Ley de IVE. Por iniciativa de un sector de parlamentarios opositores al gobierno, se juntaron las firmas necesarias para consultar a la ciudadanía sobre la posibilidad de someter a la ley a un plebiscito.

Este sector desplegó una fuerte campaña pública cuyos argumentos estuvieron centrados en llevar el tema del aborto a la consulta popular y entre los cuales subyacía la *defensa de la vida*.

En esta instancia consultiva (no obligatoria) los impulsores de la derogación no lograron obtener el 25 % de los votos necesarios para lograr la convocatoria a un referéndum obligatorio y solo alcanzaron el 8,92 % del electorado. De esta manera, la Ley de IVE quedó firmemente ratificada.

Esto marcó un mojón importante en este proceso de despenalización y legitimó socialmente la ley aprobada por el Parlamento, lo que exigió a su vez a la sociedad civil organizada un posicionamiento claro frente a la situación legal del aborto en Uruguay.

En este marco, nos proponemos dar cuenta del proceso histórico que transitó Uruguay hasta la despenalización definitiva del aborto.

Normativa 369/04 del Ministerio de Salud Pública. Modelo Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Uruguay presentaba una mortalidad materna de 2,3 cada 10.000 nacidos vivos, en el decenio 1992–2001 y el aborto provocado en condiciones de riesgo era la principal causa de muerte materna en Uruguay, lo que constituía un grave problema de salud pública (Briozzo y otros, 2002) que requería una respuesta del sistema de salud.

Tabla 1.
Mortalidad materna por complicaciones relacionadas
con el aborto en diferentes regiones, 1990–2000

Lugar		Mortalidad materna por aborto inseguro (%)	
Mundo		13	
	Latinoamérica		21
		Sudamérica	25
Uruguay		29	
	CHPR (Asistencia pública)	48	

Fuente: elaboración propia a partir de datos de OMS y MSP 1990–2000 tomados de Briozzo y otros (2002)

En el año 2001 un grupo de profesionales de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que desarrollaba su labor en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) constató cómo el aborto

provocado en condiciones de riesgo era la causa del 47 % de las muertes maternas acaecidas en el hospital y del 28 % de las ocurridas en el país en el quinquenio 1995–1999 (Briozzo y otros, 2002), lo que lo constituía en la primera causa de muerte materna. En la búsqueda de una solución a este grave problema de salud pública surgió la asociación de profesionales Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR, en adelante IS). Este grupo desarrolló una estrategia basada en la reducción de riesgos y daños por aborto inseguro, incluyendo definitivamente el tema del embarazo no deseado o no aceptado y del aborto provocado en el marco del derecho a la atención en salud de la mujer, dentro del sistema sanitario.

Este modelo constituye una manera original de abordar el problema del aborto inseguro en países con legislación restrictiva respecto a la interrupción del embarazo. Es una estrategia sanitaria de abordaje integral del embarazo no deseado–no aceptado cuyos objetivos son:

- Disminuir la mortalidad materna
- Disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro
- Disminuir el aborto de riesgo
- Disminuir la necesidad de que las mujeres recurran al aborto voluntario. Este enfoque considera al aborto provocado en condiciones de riesgo como un problema de salud pública.

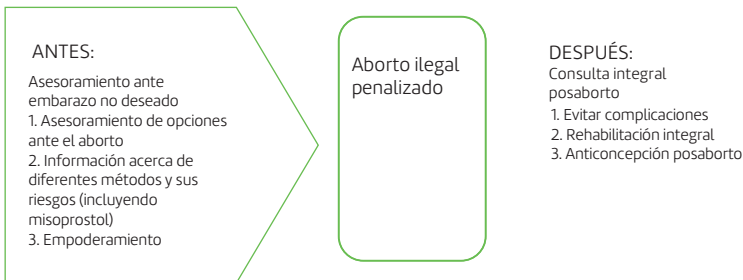
IS presentó la estrategia de abordaje del embarazo no deseado a la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay (SGU), a autoridades del CHPR, a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y al Sindicato Médico del Uruguay (SMU), instituciones de referencia profesional y académica, las cuales la apoyaron. Esto consolidó un blindaje institucional que respaldó la implementación del modelo.

Comenzó a funcionar en este marco la Policlínica de Asesoramiento en el CHPR, a cargo de profesionales de IS, quienes asesoraban a las mujeres que consultaban por embarazo no deseado para disminuir los riesgos de un aborto inseguro. El modelo se basa no solo en el derecho a la salud, sino también en el derecho de todas las personas a recibir información

calificada en el marco del secreto profesional. En los casos que acudían a la policlínica se hacía una consulta de orientación pre interrupción del embarazo y otra pos interrupción, pero debía ser la propia mujer la que procurara acceder, de forma clandestina, al misoprostol.

En el año 2004 la estrategia fue legitimada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Ordenanza 369/04 «Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo» (MSP, 2004).

Figura 1.
Medidas de Protección Materna frente al Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo



La ordenanza ministerial implicó un cambio cualitativo, ya que sobre la experiencia asistencial desarrollada en el CHPR se promovió la expansión de la estrategia a otros centros de salud del país. Para esto se elaboraron, desde un equipo interdisciplinario, la normativa de atención sanitaria y las guías de práctica clínica, con aportes de actores representativos de los ámbitos académico, social y jurídico (MSP, 2004b).

En este contexto, en 2005, la SGU presentó ante la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) el proyecto *Iniciativas Sanitarias. Proteger la vida y la salud de las mujeres uruguayas, disminuyendo el aborto provocado en condiciones de riesgo bajo la consigna «Salvar madres y recién nacidos»*. La FIGO impulsó esta iniciativa con el objetivo de que las sociedades científicas que la integran se involucraran activamente en las acciones destinadas al descenso de la mortalidad

materna, y fomentó además una alianza con la Asociación Obstétrica del Uruguay (AOU) para cogestionar el proyecto durante cinco años.

Se designó a IS como grupo ejecutor del proyecto que permitía la expansión de los servicios, que incluían el asesoramiento por embarazo no deseado-no aceptado, a ocho centros de salud de todo el país.

Dos años después, en 2007, la estrategia fue reconocida con el Premio Nacional de Medicina, otorgado por la Academia Nacional de Medicina, lo cual impactó positivamente en el colectivo académico profesional.

Impulsado por IS, se proyectó en 2007 el Servicio Salud Sexual y Reproductiva del CHPR como el primer servicio de SSyR integral y de referencia dentro de ese centro hospitalario, que es también de referencia nacional. Este servicio tiene como uno de sus objetivos principales brindar atención de calidad a las usuarias en los tópicos principales a los que se refiere la SSyR, y contribuir, además, a la formación de recursos humanos en salud en las siguientes áreas: anticoncepción, asesoramiento por embarazo no deseado, sexualidad y violencia.

Paulatinamente, IS promovió el avance hacia la creación de servicios integrales de SSyR que incluyeran la atención del embarazo no deseado o no aceptado (Modelo ISCAPCR) dentro de una oferta mayor de servicios especializados en SSyR, con equipos multidisciplinarios que desarrollaran una atención integral fundada en las bases conceptuales del modelo, y que estos servicios estuvieran disponibles en todo el primer nivel de atención en salud.

Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible y Consenso de Montevideo

En 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos y todas como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deberán alcanzarse en los siguientes 15 años.¹

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 «Salud y bienestar» se refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

Dentro de este ods las siguientes metas dan marco al tema de la SSyR:

ODS 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

ODS 3.7: Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.²

El Consenso de Montevideo es el acuerdo regional resultado de la I Conferencia Regional de Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, llevada a cabo en la ciudad que da nombre al acuerdo en 2013. Se propone avanzar aún más de lo planteado en el Programa de Acción de El Cairo, especialmente en lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos.

1 Véase <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>>. Existen importantes puntos de conexión entre los ODS y el Consenso de Montevideo. Los avances en las políticas públicas en Uruguay se orientan hacia la implementación de la Agenda 2030.

2 Véase <<https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html#targets>>.

La Medida Prioritaria 40: Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado, y así mismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgos y daños (CEPAL, 2013).

Evolución y tendencia de la mortalidad materna en Uruguay

A partir del año 2001 se evidencia un descenso paulatino de la mortalidad materna en Uruguay, por todas las causas y fundamentalmente por aborto provocado en condiciones de riesgo. Hay una tendencia descendente que se interrumpe en 2007, cuando nuevamente aumenta el número de muertes maternas. Esta distribución podría deberse a la diferencia en la forma de recolección de datos o a fluctuaciones estadísticas propias del bajo número de casos, o a ambas causas a la vez. Es de destacar que a partir del año 2005 se hicieron cambios en el sistema de registro que mejoraron la calidad de la información disponible. También se puede observar que si bien luego de la aplicación de la estrategia de IS, el número de muertes maternas ha fluctuado y en 2007 ha aumentado, el número de muertes maternas por aborto provocado ha mostrado una tendencia descendente y se ha mantenido en menos de dos casos por año. Esta tendencia se magnifica en el subsector de salud pública, donde se ha implementado el servicio de IS, es decir en el CHPR, que anteriormente engrosaba las estadísticas de muerte y enfermedad por aborto inseguro (Gorgoroso, 2010).

Entre los años 2008 y 2011 no se habían registrado muertes por aborto provocado en todo el país y desde 2007 no se registraron muertes en el CHPR.

Este impacto se ha dado principalmente en el sector inicialmente más vulnerable: el de las mujeres provenientes del medio socioeconómico más desposeído. Esta disminución de la mortalidad y morbilidad por causa del aborto inseguro en Uruguay permitió que el país se posicione en la dirección del cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio.

Gráfico 1.
Evolución de la mortalidad causada por embarazo, parto, cesárea o aborto, 1999–2018



Fuente: División de Estadística del MSP

Avances legislativos

Fueron varios los intentos de modificar el marco legal restrictivo del país en relación con el aborto. En esta línea, los movimientos feministas, de mujeres y sindicales, en alianza con un sector parlamentario, impulsaron varios proyectos de ley desde el año 1985. En el Cuadro 1 se destacan los proyectos presentados desde 2000 hasta 2010.

Cuadro 1.
Hitos del debate parlamentario y sus resultados, 1985–2010

Año	Proyecto	Resultado
1985-1989	Presentación del Proyecto de Ley de Salud Integral de la Mujer que incluía la despenalización del aborto, por diputados del Partido Colorado	No fue tratado en el Parlamento
1990-1994	1991: Presentación del Proyecto de Ley sobre Penalización de Actos que Afectan los Derechos de la Mujer, por el Frente Amplio, y de la pretensión de modificar el art. 328 del Código Penal vigente respecto a la no tipificación del delito de aborto en caso de violación y angustia económica	No tuvo trámite parlamentario
1993-1994	Presentación proyecto Aborto Voluntario, que establecía el derecho de toda mujer a la interrupción de un embarazo hasta las 12 semanas de gestación y, luego de ese plazo, en determinadas circunstancias (riesgo de salud, de vida, malformación fetal)	1994: el proyecto fue tratado y aprobado por mayoría en la Comisión de Bioética de la Cámara de Representantes. No fue tratado por el plenario de Diputados
2002	Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva: educación sexual, prevención embarazo no deseado, anticoncepción, promoción de maternidades y paternidades elegidas y derecho a la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas	Aprobado por la Cámara de Representantes y rechazado en la de Senadores
2004	El MSP aprueba en la Ordenanza 369/04 las normativas sanitarias: Medidas de Protección Materna contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo	

Año	Proyecto	Resultado
2006	Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva	No se discute hasta 2008
2008	Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que contenía avances importantes en la SSyR integral y despenalizaba la práctica del aborto hasta las 12 semanas. Incluye la estrategia de reducción de riesgos por aborto inseguro	Se aprueba en ambas cámaras (Senadores y Diputados). El presidente, Tabaré Vázquez, veta los artículos que despenalizaban el aborto
2010	Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se negocia un proyecto alternativo que despenaliza el aborto hasta las 12 semanas de gestación, exclusivamente dentro del sistema de salud	Se aprueba en ambas cámaras en 2012

Fuente: información tomada de López Gómez y Abracinskas (2009) y ampliada por las autoras

Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva

Desde los movimientos sociales se conformó la Coordinadora Nacional de Organizaciones Sociales por la Salud Reproductiva, integrada por organizaciones feministas de mujeres, el movimiento sindical (PIT-CNT), representantes de distintas religiones, organizaciones de la diversidad sexual, mujeres montevideanas organizadas en barrios y comunas, organizaciones de jóvenes, organizaciones afrodescendientes e instituciones de defensa de los derechos humanos. Esta articulación se constituyó con el fin de impulsar un marco legal integral en SSyR (López Gómez y Abracinskas, 2009).

Como contracara, los principales grupos que abogaron públicamente contra el proyecto de ley fueron los autodenominados *Provida*, la Iglesia católica y grupos evangélicos neopentecostales opositores al aborto sobre la premisa de «defender la vida desde el momento de la concepción» y que denominaron a su campaña «Salvemos a los dos».

En 2008, y basados en los datos resultados de la aplicación del modelo, desde IS se incidió y contribuyó a la discusión de la Ley 18426 (Parlamento, 2008), que daba derecho jurídico a la consulta por embarazo no deseado en un centro de salud que contara con un equipo interdisciplinario. Un proyecto de ley que recogía de manera amplia los derechos sexuales y reproductivos a la vez que despenalizaba el aborto.

El veto presidencial a los artículos de la Ley 18426 que despenalizaban el aborto contó con el apoyo de tres ministros, entre ellos la de Salud Pública. Este hecho marcó un hito en la historia de la SSyR en Uruguay, ya que el impacto del veto del presidente a la despenalización del aborto opacó, para algunos sectores de la sociedad civil, los logros alcanzados con la aprobación de esta ley, la cual incluía el abordaje del embarazo no deseado o no aceptado al sistema de salud, un avance inusitado en la región.

Esta ley implicó la implementación de los servicios de SSyR integrales, interdisciplinarios y universales que incluyen todas las áreas de los derechos sexuales y reproductivos.

La respuesta de la sociedad civil organizada

La aparición de otros actores en la escena del debate social y político en torno al aborto fue estratégica. El signo distintivo consistía en abordar el tema del aborto como un problema de salud pública frente al cual los profesionales de la salud debían dar respuesta, sobre la base del compromiso y los valores profesionales, promoviendo el cambio de la relación sanitaria, proponiendo acciones alternativas mientras se debatían los cambios legales. En este contexto, la ley aprobada en 2008 fue considerada por IS y por otras organizaciones de la salud como un gran avance para el país.

Entre los diferentes sectores del movimiento feminista la respuesta a la ley promulgada luego del veto fue contundente.

Para Mujer y Salud en Uruguay (MYSU):

El desaliento al ser promulgada la Ley 18426 sin los capítulos de aborto alcanzó a las organizaciones que impulsamos la campaña a favor, pero no impidió que las reacciones de rechazo fueran inmediatas y por parte de amplios sectores. Tampoco hizo que el tema saliera del debate público convirtiéndolo en un asunto político ineludible. La ley promulgada, si bien reconoció los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y la responsabilidad del Estado en generar las garantías para su ejercicio reconociendo toda la normatividad sanitaria existente, eliminó todos los capítulos de regulación de la práctica del aborto que dieron razón a su existencia.

[...] las mujeres seguían abortando en el circuito clandestino sometidas al riesgo de ser procesadas como delincuentes si desde el Poder Judicial y desde el sistema policial se resolviese perseguir y reprimir el delito de aborto tal como lo establece la ley de 1938, que seguía vigente en el país (Abracinskas, s/f).

«Acá no ha cambiado nada. Con el veto de Vázquez no hay rendija de oportunidades para cambiar nada, quedamos con la misma situación determinada por la ley de 1938.» (Abracinskas, 2008)

Desde Cotidiano Mujer se expresaba:

Lejos de consagrar la derrota de la agenda del derecho de las mujeres a su propio cuerpo, que por otra parte no está en las manos de ningún presidente ni de los fundamentalistas de ninguna iglesia, este episodio le propone a la izquierda el desafío de pensar qué agenda y qué derechos defiende a la hora de pedir el voto a los ciudadanos y ciudadanas (Celiberti y Sanseviero, 2008).

En la lucha por la legalización del aborto, las feministas estamos haciendo algo más que buscar su despenalización. Estamos ampliando el debate sobre la libertad y la

igualdad, porque el derecho que tienen todas las personas a decidir sobre su propio cuerpo, no es una cuestión de fe. Es una cuestión de democracia (Garrido, 2010).

El duelo por el veto presidencial (anunciado y esperado) generó en los movimientos sociales un velo de invisibilidad de los contenidos aprobados en lo que quedó de la Ley de SSyR.

La implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva

Recién en el año 2010, al asumir el nuevo gobierno progresista, con la presidencia de José Mujica, el nuevo ministro de Salud Pública Daniel Olesker convocó a su cartera a Leonel Briozzo, ginecólogo, profesor de la Clínica Ginecotocológica A, con destacada trayectoria académica, reconocido públicamente por su lucha contra el aborto inseguro, fundador de IS. Es así como se reglamentó la Ley 18426, que promueve el acceso universal a prestaciones en SSyR en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esto implicó implementar servicios SSyR en todo el país, dentro del sistema de salud, bajo la órbita del Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP.

Los servicios de SSyR

... constituyen una estrategia para promover la progresiva realización de una atención a la salud sexual y salud reproductiva integral, eficaz y de calidad en las Instituciones prestadoras de salud. Requiere generar transformaciones institucionales, en acuerdo con el cambio del modelo de gestión y de atención promovidos por la reforma de la Salud. Propicia cambios en las concepciones y prácticas de los equipos profesionales y de los usuarios (MSP, 2010).

En Uruguay pasó a ser legal tener una consulta por embarazo no deseado dentro del SNIS, con un equipo de profesionales, quienes, en el marco de la confidencialidad, brindaban toda la información a la usuaria para

reducir los riesgos del aborto. Con aquellas mujeres que decidían interrumpir el embarazo se procedía a una consulta a posteriori con el fin de dar seguimiento a sus condiciones de salud, así como con el de prevenir un nuevo embarazo no deseado a través de la orientación en anticoncepción. Se daba la paradoja de que, a pesar de tener un marco legal restrictivo en relación con el aborto, la ley incluía dentro del sistema de salud la asistencia a la mujer en el proceso de embarazo no deseado.

El Área de SSyR del MSP, con el apoyo del UNFPA, publicó en 2010 una *Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud* (MSP, 2010). Las instituciones debían conformar equipos coordinadores de referencia (ECR), que tenían tareas asistenciales directas y de gestión del servicio, y debían tener una integración mínima de un ginecólogo u obstetra partera y un psicólogo.

Se procedió luego a una etapa de capacitación de profesionales de salud para desarrollar esta tarea, que implicaba un desafío para los equipos, fundamentalmente en tres aspectos: el cambio en el modelo de atención integral, de calidad e interdisciplinario, universal, con una estrategia primaria en salud, integrando un enfoque de derechos y de género; el abordaje de la SSyR incluyendo la atención por embarazo no deseado según el modelo de IS, y la profundización de la interdisciplina, aspecto que requería, además de lo formativo, flexibilidad y disponibilidad de los profesionales para un aprendizaje conjunto.

Esta experiencia sirvió como acumulado al preparar el terreno para el devenir posterior.

La Ley 18426 constituyó un avance en dirección a la despenalización del aborto, determinando la inclusión de nuevos actores e instituciones sociales, académicas y profesionales que fueron claves en el cambio del debate, ya que articularon la defensa y promoción del cambio legal con énfasis en el derecho a la atención integral en salud.

Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

En el año 2011 surgió un proyecto de Ley de IVE, que se aprobó en octubre de 2012. Esta nueva ley, producto de una negociación política compleja entre parlamentarios pertenecientes a la fuerza de gobierno (Frente Amplio) en alianza con el diputado Iván Posada del Partido Independiente, contiene aspectos más vinculados al proceso reglamentario, lo cual reduce el ámbito de acción, pero habilita un importante espacio desde el que es posible avanzar.

Pueden acceder a una IVE dentro del sistema de salud las mujeres:

- con ciudadanía uruguaya (natural o legal) o extranjera residentes en el país al menos por un año;
- mayores de 18 años;
- menores de 18 años con autonomía progresiva o consentimiento del padre, madre o referente adulto;
- que tengan un embarazo de menos de 12 semanas;
- con declaración de incapacidad judicial previa, ante solicitud de curador/a, con venia judicial otorgada.

La ley contempla a su vez situaciones excepcionales como los embarazos productos de violaciones, en los cuales se extiende el plazo a 14 semanas, con presentación de denuncia judicial; el riesgo de salud de la mujer o las patologías incompatibles con la vida extrauterina en cualquier momento del embarazo.

Las mujeres deben ser vistas por un equipo interdisciplinario conformado por un ginecólogo, un psicólogo y un trabajador social, quienes deberán informarlas sobre los riesgos y las alternativas, brindarles apoyo psicológico y social, y garantizarles toda la información para la toma de una decisión consciente y responsable. Luego, deben dejarse pasar cinco días para la reflexión para volver a la consulta con ginecólogo y ratificar o rectificar su decisión.

La ley hace referencia específica a la objeción de conciencia e introduce el término *objeción de ideario*.

Todas aquellas mujeres que consulten por IVE y que no reúnan los requisitos estipulados por la ley deben ser asesoradas según la estrategia de reducción de riesgos y daños, tal como lo establece la Ley 18426 (Parlamento, 2008), sin tener la posibilidad de que el ginecólogo le indique un método para interrumpir el embarazo.

La ley estipula un plazo máximo de treinta días para la correspondiente reglamentación a cargo del MSP.

Gabriel Adriasola analizó los componentes de la Ley de IVE en un documento inédito en el que expresaba:

La sanción de la Ley 18987 vino a despenalizar parcialmente el aborto bajo lo que podría considerarse un modelo de asesoramiento. Esta afirmación conduce a abordar la problemática del aborto desde una perspectiva de «modelos». Corriendo el riesgo de caer en reduccionismos fáciles podría decirse que en esta materia los sistemas legales se han orientado hacia tres grandes tipos de modelo: la solución de los plazos, el sistema de indicaciones o permisos y el denominado modelo intermedio o de asesoramiento. Creo que este último es el que, con múltiples imperfecciones, ha tomado Uruguay, iniciado con la Ordenanza 369/2004 del MSP, profundizado por la Ley 18426 y culminado por la Ley 18987 (Adriasola, 2013b).

La sociedad civil frente a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Tras la aprobación de la Ley de IVE la respuesta de las organizaciones de mujeres, históricamente impulsoras de la despenalización del aborto, fue variada. Lamentando que no fuera la ley esperada, por los requerimientos que en ocasiones pueden complejizar el acceso de las usuarias,

no todas reconocieron el alcance del logro obtenido. Algunos sectores rescataron la aprobación como un avance con respecto a la situación anterior en Uruguay y también en relación con la región.

Rafael Sanseviero publicó a propósito del proyecto de ley:

... no despenaliza ninguna situación de aborto. Apenas produce una promesa de dejar en suspenso la carga punitiva toda vez que la mujer necesitada de abortar se someta y derrote a una burocracia creada con el cometido de hacerla desistir. Si la burocracia fracasa y la mujer persiste en su intención, el procedimiento podría llevarse a cabo siempre que la interesada admita registrar, bajo firma, su condición de abortadora (Sanseviero, 2012).

Los y las parlamentarias responsables del proyecto respondieron a las declaraciones de Sanseviero:

El acuerdo realizado con el diputado Iván Posada tiene dos objetivos principales que constituyen el corazón del proyecto aprobado por el Senado. El primer objetivo es la despenalización del aborto en las primeras doce semanas de gestación por la sola voluntad de la mujer. El segundo es que los procedimientos que sea necesario realizar para la interrupción voluntaria del embarazo sean obligatorios para todas las instituciones de salud, públicas o privadas... si existe un procedimiento sanitario para interrumpir el embarazo, inevitablemente este será institucionalizado, y sí, existirá una burocracia (las instituciones de salud) que medie en el asunto. La otra alternativa sería dejarlo librado al mercado, pero el proyecto optó explícitamente por la regulación pública (Gallo, Moreira, Souza y Xavier, 2012).

Lucy Garrido expresaba por su parte que la ley permitía seguir afianzando la conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos, a la vez que ampliaba el debate social sobre la libertad y la igualdad de los/as uruguayos/as.

Ana Labandera, directora de IS, declaraba:

Es una ley perfectible. Tiene algunos problemas en sí misma, pero de todas maneras es un gran paso para garantizar los derechos de las mujeres y para que puedan completar el proceso de decisión sobre la interrupción voluntaria del embarazo en forma segura y dentro del sistema (citada en Pierri, 2012).

Esta ley se basa en el derecho a la salud y no en el derecho a decidir, lo que genera el descontento de algunas organizaciones de mujeres.

Reglamentación de la Ley 18987

Una vez aprobada la ley, fue necesario que el MSP respondiera rápidamente para su proceso de reglamentación e implementación, lo cual desencadenó una serie de acciones con el objetivo de contribuir con este proceso.

A la interna del MSP se conformó un grupo para elaborar la reglamentación, integrado por direcciones y departamentos (Digesa, Digese y Junasa), interdisciplinario, coordinado por el subsecretario de Salud Pública. En y desde él:

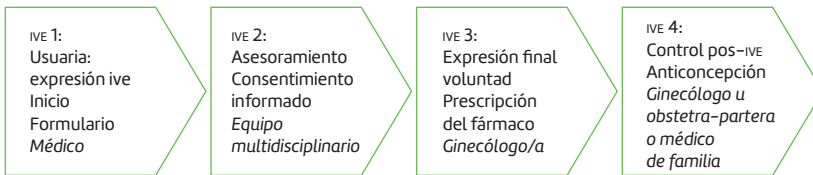
- se generaron instancias de diálogo con las sociedades científicas que nuclean los/as ginecólogos/as de Montevideo y el interior;
- se realizaron consultas a los legisladores acerca de la intención original de alguno de los artículos de la ley, de manera de respetar lo más posible las definiciones del legislativo;
- se elaboraron un manual y una guía para el proceso de IVE;
- se desarrollaron los formularios, constancias de asesoramientos y consentimientos necesarios para el proceso;
- se procedió al registro de mifepristona a través de un llamado a los laboratorios para importar la medicación. Se inició un proceso

de registro e importación, se analizaron los insertos, se adaptó el lenguaje (Combipack Mariprist® de mifepristona y misoprostol).

Contenidos de la reglamentación

La reglamentación de la ley llevó a la creación de un modelo de implementación de la IVE en el sistema de salud que implica los pasos que se detallan en la Figura 2.

Figura 2.
Pasos a seguir para la interrupción voluntaria del embarazo



- Equipo multidisciplinario: ginecólogo/a, un profesional del área de salud mental (psicólogo o psiquiatra) y otro del área social (trabajador o educador social). Pueden entrevistar a la usuaria en forma conjunta o separada, pero deben hacerlo coordinadamente. Se hace hincapié en la confidencialidad de la consulta y en la abstención de los profesionales de denegar o autorizar la interrupción. Se trata de brindar un espacio de sostén y abordaje biopsicosocial para reducir los riesgos de la práctica, valorar las alternativas y acompañar a la usuaria en un proceso de decisión autónoma.
- Consentimiento informado: la Ley 18987 (Parlamento, 2012) otorga especial relevancia al consentimiento informado. En el caso de mujeres mayores de edad y psíquicamente capaces, el consentimiento se prestará por escrito en la consulta que sigue al plazo de cinco días para la reflexión.

- Formulario de IVE: se elaboró un formulario que acompaña a la usuaria en todo el proceso de consultas y que se incorpora a la historia clínica una vez que recibe la medicación.

En la reglamentación se expresa que «Será el médico ginecólogo quien determine el tipo de procedimiento a seguir para el IVE, basado en evidencia científica [...] de acuerdo a las guías que dicte el MSP» (Poder Ejecutivo, 2012, art. 9).

El manual de procedimientos del MSP plantea como opciones para la IVE el uso de medicamentos o la aspiración manual endouterina (AMEU). En nuestro país ya existía amplia experiencia en el uso de medicamentos en la IVE (Briozzo, 2007, pp. 21-44; Briozzo y otros, 2006; Gorgoroso, 2011; Fiol, Briozzo, Labandera, Recchi y Piñeyro, 2012), por lo que este hecho, junto con la incorporación de la mifepristona, ha determinado que el aborto con medicamentos sea la primera opción para la IVE, lo que se desprende de los primeros datos difundidos por el MSP.

El manual aborda los contenidos que se describen a continuación.

Objeción de conciencia

En el artículo 11, la Ley 18987 dice:

Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3.º y el artículo 6.º de la presente ley deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen (Parlamento, 2012).

La reglamentación amplía el concepto: el ejercicio de la objeción de conciencia (OC) obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de su atención inmediata.

La OC médica es la negativa del profesional, por motivos éticos o religiosos, a realizar determinados actos ordenados por la ley o tolerados por la autoridad competente en

un momento determinado. Es por tanto una acción de dignidad moral y ética, siempre que las razones sean serias, sinceras, razonadas, reiteradas y se refieran a situaciones fundamentales y profundas. En consecuencia, han de ser excluidos como posibles bases para la objeción los desacuerdos técnicos o las razones de conveniencia (Gómez-Sánchez, 2012).

Sergio Araújo³ se cuestiona al respecto:

Si los ciudadanos o ciudadanas, invocando su conciencia, comienzan a no cumplir con lo que la ley votada por un parlamento democrático ordena, basada en la Constitución que es el pacto que nos une a todos, porque su conciencia se lo manda, ¿no están acaso poniendo su conciencia por sobre la ley? ¿La conciencia no pasa a ser la Ley misma? Es más, si obedece a mandatos religiosos, incluso ordenadas por organizaciones religiosas, ¿no se podrá invocar que la ley divina o determinados preceptos morales o éticos están por sobre la ley emanada de una autoridad secular legítima? (Araújo Gambaro, s/f)⁴

La respuesta de un grupo de profesionales ginecólogos frente a la aprobación de la ley puso algunos obstáculos a su implementación, como la OC para realizar el procedimiento, lo cual diagramó un escenario de desigualdad en el acceso de las mujeres a la IVE. En algunas zonas del país no había ginecólogos que resolvieran la consulta por IVE. Este tema estuvo muy expuesto en los medios y en ocasiones quedó visible la confusión de algunos profesionales respecto a los alcances de la objeción

3 Asesor Jurídico del Área Salud Sexual y Reproductiva del MSP.

4 Pero, además, nuestro régimen jurídico es claro al establecer la obligación del cumplimiento de las leyes, así lo establecen con claridad los artículos 1 y 3 del Código Civil: «Artículo 1. Las leyes solo son obligatorias en virtud de su promulgación por el Poder Ejecutivo. El Poder Ejecutivo determinará la forma de la promulgación; y desde que esta pueda saberse, las leyes serán ejecutadas en todo el territorio de la República. La promulgación se reputará sabida diez días después de verificada en la capital» y «Artículo 3. Las leyes obligan indistintamente a todos los que habitan en el territorio de la República» (Parlamento, 1994).

y el mal uso del recurso, utilizando el derecho a la objeción como una herramienta para oponerse a la ley o al gobierno, lo que conformó una *pseudo objeción de conciencia*.

La SGU se amparó en las declaraciones de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog) al respecto, sin fijar postura frente al mal uso de este recurso.

«En cuanto a la *objeción de conciencia*, la SGU adhiere también a las recomendaciones internacionales, y en especial a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog, 2011).»

Sobre la base de las sugerencias de Flasog, y más allá de que la Ley de IVE admite a «instituciones» que realicen «objeción de ideario», la SGU declaró que ampararía a todos aquellos profesionales que se atuvieran a estas recomendaciones.

El Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República resolvió por su parte:

Reafirmar que la objeción de conciencia es una decisión estrictamente individual basada en convicciones morales, filosóficas y religiosas, que debe expresarse en forma absolutamente libre y con independencia de los respectivos jefes de servicios.

Manifiestar la conveniencia [de] que el MSP, [antes de] [...] escuchar a los diferentes actores implicados, establezca pautas claras que aseguren el derecho de las mujeres al acceso oportuno de las prestaciones sanitarias establecidas por la ley, respetando el ejercicio efectivo y libre de la objeción de conciencia (Facultad de Medicina, 2013).

La respuesta del MSP fue inmediata: en busca de aportar los aspectos conceptuales más precisos a la temática de OC se desarrollaron instancias de discusión de alto nivel de la academia y del Colegio Médico respecto a sus alcances. Se desarrollaron materiales y se afinaron los mecanismos para firmar la OC.

Objeción de ideario

El artículo 10 de la Ley de IVE establece que

... las instituciones médicas que tengan objeciones de ideario, preexistentes a la vigencia de esta ley, con respecto a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos (Parlamento, 2012).

Por su parte, Araújo Gambaro expresa al respecto que:

... la Ley 18987 introduce un concepto, que a criterio del que suscribe genera un antecedente peligroso, no solo respecto a esta ley, sino frente a otras situaciones que se plantean con respecto justamente a los derechos sexuales y reproductivos y que a su vez implica violación a derechos constitucionales consagrados expresamente, es lo que se da en llamar en la ley como «objeción de ideario» Araújo Gambaro (s/f) .

La Flasog hace referencia expresa a que la OC es individual y no puede ser colectiva o institucional.

En esta situación, por lo antepuesto por la ley, y por la presión de algunas instituciones prestadoras de salud como el Círculo Católico de Obreros y el Hospital Evangélico, se buscó la forma de resolver la asistencia de las usuarias respetando al mismo tiempo lo propuesto por la ley.

Consentimiento de las adolescentes

En el artículo 7 de la Ley de IVE se expresa que

En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo [...]

El equipo debe evaluar si la menor es lo suficientemente madura como para prestar el consentimiento a la interrupción del embarazo y, en consecuencia, respetar su pedido de no involucrar a los padres o tutores, basado en el concepto de «autonomía progresiva» (Parlamento, 2012).

Al decir de Adriasola,

En este modelo, el médico —y el equipo— debe evaluar si la menor es lo suficientemente madura como para prestar el consentimiento a la interrupción del embarazo y, en consecuencia, respetar su pedido de no involucrar a los padres o tutores. Este modelo tiene la virtud de respetar el derecho de los menores a la confidencialidad médica de forma progresiva.

El concepto de «adolescencia madura» o «madurez progresiva» y el derecho a la confidencialidad médica de que goza el menor ya tenían recepción bajo la ley uruguaya antes de la sanción de la Ley 18987. En efecto, la Ley 18426 había establecido claramente a través de la incorporación del artículo 11 bis al Código de la Niñez y la Adolescencia que «Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, [...] [incluso] los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes» (2013).

Plan de acción del Ministerio de Salud Pública para avanzar en la implementación de la ley

- Publicación de un conjunto de materiales para los equipos de salud:
 - *Manual de procedimientos dirigido a los prestadores de salud sobre el manejo sanitario de la IVE.* Se presentó a la Facultad de Medicina frente a residentes, cátedras ginecotológicas y en la Escuela de Parteras.
 - *Guía técnica con recomendaciones basadas en evidencia y en las prácticas aplicables al contexto uruguayo para la IVE:* se validaron informaciones además de las recomendaciones propias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso de la mifepristona y el misoprostol para la IVE.
- Se convocó a *reuniones de prestadores de salud* a las direcciones técnicas de los servicios de los prestadores de salud. Se explicaron los pasos de la implementación de la Ley de IVE y se entregó el documento. Luego se convocó a todos los ecr para informarlos sobre la reglamentación de la ley.
- Se recibió la visita de *referentes extranjeros:* Aníbal Faúndes (FIGO) y Patricio Sanhueza (Secretaría de la Salud, México DF), quienes compartieron su experiencia con los profesionales de la salud. La visita fue promovida por is para cooperar con una rápida implementación de la ley en cuestión, con asistencia de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) y de la OMS.
- El Área de SSyR del MSP, con el apoyo de integrantes de la comisión del convenio con la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), del MSP, del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y del UNFPA, acordó una capacitación continua a docentes en derechos y SSyR, para lo cual se mantuvo una videoconferencia con docentes de Secundaria sobre el recorrido de la IVE, convocada por el MSP.

- Se desarrollaron reuniones con técnicos de *registros médicos* y químicos dirigidas a personal específico, en las que se compartieron la reglamentación y los manuales y se recogieron inquietudes.
- *Reuniones bimensuales de los ECR*: se incluyó el tema en la agenda de los servicios de SSyR para recibir aportes, intercambiar experiencias, hacer ajustes e iniciar un proceso de registro y monitoreo del proceso de IVE.
- *Sistema de monitoreo y registro del proceso*: se puso en marcha la sistematización de las consultas para dar seguimiento al proceso de implementación y para brindar la información que la ley establece a la opinión pública.
- *Capacitaciones MSP-IPPF-IS*: se inició un proceso de capacitación para cada disciplina del que participaron cientos de profesionales de todo el sistema de salud. Organizaciones sociales y de profesionales también impulsaron cursos sobre la temática.
- En lo presupuestal *se incrementaron las cápitras* que reciben las instituciones prestadoras de salud, por edad y por sexo, para lo cual se adjudicó un aumento mayor al grupo de mujeres de 15 a 24 y de 25 a 45 años de edad. Así, las instituciones cubrieron los costos de la asistencia por IVE. *El compromiso político del Estado de que la IVE no recayera sobre las instituciones prestadoras de salud fue una realidad.*

Difusión a las usuarias: desde el Ministerio de Salud Pública y la sociedad civil organizada

El MSP lanzó una línea de materiales de difusión (folletería) de la Ley de IVE dirigida al público general y otra a las mujeres en particular, que llegaba a los servicios de salud. También se confeccionó por parte de Instituto Nacional de las Mujeres del MIDES en coordinación con el MSP.

El UNFPA, Médicos del Mundo Francia e is apoyaron la edición de estos materiales, así como otras instituciones de la sociedad civil compartieron la iniciativa en alianza con el MSP o en forma independiente.

Se incorporó a la atención telefónica en el 0800-Línea Sida, sexualidad y derechos (gestionada por la Asociación de Ayuda al Seropositivo, Asepo, con el apoyo de la Intendencia de Montevideo) brindar información sobre IVE con el apoyo en la capacitación a operadores telefónicos por parte del MSP.

Sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo

En 2016 el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) falló en respuesta a la denuncia presentada un año antes por un grupo de ginecólogos que pedían la anulación de los artículos de la reglamentación referidos a la OC, de manera de ampliar sus alcances.

El TCA falló a favor de los ginecólogos demandantes y la sentencia anuló parcialmente ciertos artículos del Decreto 375/012 de reglamentario de la ley de IVE, por lo que se amplió la OC a cualquier etapa del proceso de atención de IVE y también implicó el requerimiento de que la mujer sea atendida por un equipo interdisciplinario que actúe en forma conjunta en el momento de la consulta.

EL MSP tuvo una rápida respuesta y salió a los medios de comunicación a garantizar el acceso a los servicios y la vigencia de la ley, y convocó inmediatamente a la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva para discutir en la reformulación de la reglamentación y ajustarla a la sentencia del TCA 586/2015 (TCA, 2015).

Como consecuencia del dictado de la sentencia anulatoria, se encomienda al MSP, a través del Decreto 101/016 (Parlamento, 2016), la regulación de los aspectos del procedimiento de la Ley de IVE que por la anulación proveniente del TCA quedaron sin regulación, lo que se hizo a través de la Ordenanza 243/016 del MSP (MSP, 2016).

El nuevo marco normativo incluyó la actualización del *Manual y de la Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo* e implicó los siguientes cambios en la atención:

1. El equipo interdisciplinario debe entrevistarse con la usuaria en forma conjunta.

2. A partir de esta instancia comienza a correr el plazo de reflexión (cinco días).
3. El equipo debe consultar a la mujer si desea que el progenitor sea entrevistado (sin inducir ni influenciarla para obtener su consentimiento).
4. El personal médico podrá objetar de conciencia en cualquier etapa del proceso de IVE.
5. Las instituciones de salud tienen la obligación de contar con recursos para el procedimiento de IVE todos los días del año.

Debilidades y obstáculos

Objeción de conciencia: el mal uso del derecho a la OC es un problema que requiere un abordaje específico, ya que constituye, además de un obstáculo en el acceso de las usuarias a los servicios, un dilema ético.

Más allá de valores individuales debemos actuar en base a los valores profesionales y así siempre ayudar y nunca negarnos a hacerlo. Existen diferentes grados de compromiso profesional, respetuosos de las diferentes visiones, que incluyen la verdadera objeción de conciencia, diferenciándola claramente de la ilegítima objeción de conciencia que sí puede afectar los principios de la bioética (Flasog, 2011).

Capacitación a los profesionales: la capacitación aún es insuficiente. El trabajo sostenido con los equipos de salud se prioriza como uno de los puntos clave para el éxito de la implementación de la Ley de IVE. Esto conlleva aspectos formativos que tienen que ver con la actualización médica: aprender sobre el uso de una medicación nueva como la mifepristona requirió adaptación y formación de los médicos, pero también es fundamental el trabajo con los aspectos actitudinales que hacen al cambio de la relación sanitaria, al aprendizaje del trabajo en equipo interdisciplinario y al abordaje del asesoramiento por embarazo no deseado. Todos estos aspectos son los más complejos de abordar, ya que

requieren un cambio de conducta y de concepción tradicional de la relación médico-paciente.

La coordinación de las diferentes capacitaciones fue una debilidad, ya que debió haber existido una mayor articulación para no duplicar esfuerzos.

Se han evidenciado barreras socioculturales que impiden el acceso de las usuarias a los servicios, ya sea por desconocimiento o por dificultades en el manejo de la información.

Para avanzar en este camino se han integrado contenidos de SSyR en la currícula de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y del posgrado de Ginecología. Para los posgrados se incluyó la pasantía por el Servicio de SSyR y la formación en IVE, de modo de sensibilizar y formar a las generaciones más jóvenes.

Implementación de servicios en el primer nivel atención en salud

Difusión a todos los niveles: una estrategia de difusión dirigida a la población en general y a los equipos de salud en particular hubiera sido una herramienta de utilidad para disminuir las barreras en la atención.

Primeros resultados

Período diciembre de 2012–mayo de 2013

El MSP reportó públicamente los resultados de los primeros seis meses de implementación de la ley (diciembre de 2012 a mayo de 2013), que muestran que el número total de interrupciones reportadas por las instituciones es de 2550, lo cual implica unos 456 reportes por mes. Sobre la base de estas cifras, la estimación anual aproximada sería de 7200 interrupciones al año y la tasa sería de diez IVE cada mil mujeres de 15 a 44 años de edad. Los datos se presentan en forma semestral. No hubo muertes maternas ni complicaciones reportadas en los primeros seis meses.

Desafíos

Generales

- *Difusión interna y externa de la ley:* es una necesidad primordial desarrollar una estrategia de difusión de la ley para la población en general (externa) y hacia todo el personal de salud (interna) con el objetivo de dar a conocer sus contenidos, sus requisitos y los servicios disponibles.
- *Mejorar la accesibilidad a los servicios:* además de la difusión, es importante reducir las barreras que puedan dificultar el acceso a los servicios, dándolos a conocer y facilitando la ruta de las usuarias hasta la consulta por IVE.

Institucionales

- Dada la demanda que implicó para los equipos de SSyR la implementación de la ley en respuesta a las consultas de IVE, se han focalizado en este motivo de consulta y han pasado a un segundo plano los otros componentes de la SSyR, no menos importantes. Es necesario rescatar el aspecto integral de los servicios.
- Debe mantenerse el compromiso del Estado para fortalecer este proceso.

Profesionales

- Continuar capacitación en aspiración manual endouterina (AMEU) e implantes subdérmicos.

- Volver a capacitar a todo el personal, buscando alcanzar un mayor número de participantes por institución.
- Capacitar a los equipos de salud del primer nivel de atención, quienes no alcanzaron las instancias anteriores y están resolviendo de hecho las consultas de IVE.
- Profundizar en el aprendizaje del trabajo interdisciplinario. Las ventajas del trabajo en equipo son muchas, pero este requiere un aprendizaje conjunto y un proceso de flexibilización de las disciplinas. Sería importante evaluar la experiencia interdisciplinaria a través de los propios equipos.
- Mejorar la calidad de la atención es uno de los componentes clave que engloba los anteriores, así como se constituye en uno de los objetivos planteados por el sistema de salud.

Principales resultados de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo⁵

Tabla 2.
Interrupción voluntaria del embarazo por edad, 2013–2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Menores de 15 años	74	69	94	74	64	53
15 a 19 años	1.200	1.404	1.603	15.97	1.476	1.421
20 años o más	5.897	7.064	7.665	8.048	8.290	8.899
Total	7.171	8.537	9.362	9.717	9.830	10.373
% aumento interanual	-	+19 %	+9,7 %	+3,8 %	+1,1 %	+5,5 %

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (Sinadi), MSP

Según se observa en la Tabla 2, en los primeros años de implementación de la ley (2014 y 2015) se da un aumento de la IVE que se relaciona con la consolidación de la prestación en el SNIS. Luego, las cifras se estabilizan en aproximadamente diez mil IVE por año.

En la Tabla 3 se presentan las tasas de aborto global y por edad. Se destaca una tasa de abortos global de 14,2 interrupciones de embarazo cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años, comparable a la de los países desarrollados que cuentan con aborto legal desde hace muchos años. Uruguay presenta una tasa de aborto inferior al promedio en los países desarrollados (24 y 27 IVE cada 1000 mujeres).

5 Las principales conclusiones de este apartado fueron tomadas del artículo «Resultados nacionales luego de la implementación de la Ley de IVE», de Rafael Aguirre y Leticia Rieppi (en proceso de publicación).

Tabla 3.
Tasas de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay
diferenciadas por edad (por cada mil mujeres)

	<15	15-19	20-44	45 y más	Total
2013	0,6	8,9	9,8	0,2	7,4
2014	0,5	10,5	11,6	0,3	8,8
2015	0,8	12,1	12,5	0,3	9,6
2016	0,6	12,2	13,0	0,3	10,0
2017	0,5	11,5	13,3	0,3	10,1
2018	0,5	11,6	14,7	0,3	10,9
2018		14,2			

Fuente: Sinadi, MSP

Las bajas cifras que se observan en la Tabla 3 también se pueden explicar por la baja fecundidad en Uruguay (1,63 en 2018), pero las responsables, en parte, de su reducción serían las políticas en anticoncepción implementadas desde 2010 en el marco de una política integral de SSyR. La fecundidad en Uruguay se redujo de 1,91 en 2010 a 1,63 en 2018. Es importante destacar que esta caída no es consecuencia de la Ley de IVE, sino de las políticas de prevención y promoción en SSyR, entre otros factores.

La tasa de IVE en adolescentes es de 11,44 % y la tasa en mujer adulta (20 a 49 años) es de 12,45 %, por lo cual la IVE no constituye una práctica de mayor prevalencia en la adolescencia (Tabla 4).

Tabla 4.
Tasa de interrupción voluntaria del embarazo por edad, 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tasa de IVE en adolescentes (15-19 años)	9,02	10,58	12,18	12,21	11,45	11,44
Tasa de IVE en mujeres adultas (20-49 años)	8,47	10,11	10,91	11,13	11,38	12,45
Tasa de IVE total (15-49 años)	8,56	10,18	11,11	11,30	11,39	12,3

Fuente: Sinadi, MSP

En suma, Uruguay presenta una de las tasas de IVE más bajas a nivel mundial, comparable con los países europeos en los que la IVE es legal desde hace muchos años. La implementación de la Ley de IVE ha sido rápida y exitosa. En el 98 % de los casos el procedimiento se realiza con medicamentos, en forma autoadministrada y ambulatoria, siguiendo las recomendaciones de la OMS y la FIGO. La IVE en adolescentes es similar a la IVE en población general. Un 6 % de las mujeres continúa su embarazo luego de la consulta inicial por IVE. La mortalidad por IVE es de 0,18 ‰ procedimientos. La mayoría de las usuarias hacen la consulta posaborto y un 80 % de ellas elige y recibe un método anticonceptivo.

Conclusiones

Uruguay es un ejemplo de que es posible avanzar en las políticas públicas sumando esfuerzos de la sociedad civil y las asociaciones de profesionales y generando alianzas estratégicas con el sector político y parlamentario. El compromiso de todos los actores sociales en torno a la SSyR y en particular al aborto voluntario es clave en la disminución de este último (Briozzo, 2013).

La estrategia de reducción de riesgos y daños por aborto inseguro, desarrollada por IS es un paso intermedio que permite generar acciones sanitarias en el abordaje del embarazo no deseado y no requiere cambios legislativos para su implementación.

Es necesario buscar caminos alternativos, de menor resistencia, para avanzar en las políticas públicas. El derecho a la salud es un marco propicio para generar acciones desde los profesionales con compromiso de conciencia, en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Como resultado de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo de 2013 se obtuvo por consenso una declaración (CEPAL, 2013) que promueve e impulsa políticas de avanzada para la región. Los países se comprometen a revisar las legislaciones, normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de SSyR y garantizar su acceso universal. De igual forma, acuerdan asegurar la existencia de servicios seguros y de calidad de aborto para las mujeres que cursan embarazos no deseados en los casos en los que el aborto es legal, e instar a los Estados a avanzar en la modificación de leyes y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y, en particular, de mujeres adolescentes.

Los avances alcanzados en las políticas de población y desarrollo han permitido posicionar al Uruguay en un lugar de liderazgo en la región, el cual refuerza el compromiso y responsabilidad de seguir avanzando en esta agenda.

Bibliografía consultada

- ABRACINSKAS, L. (s/f). *Uruguay. Aborto legal: una cuestión de derechos, una cuestión de democracia*. Montevideo: mysu. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/08/aborto_una_cuestion_de_derechos_Lilian_Abracinskas.pdf>.
- (2008, 18 de noviembre). s/d. *La Diaria* [no disponible en línea].
- y LÓPEZ GÓMEZ, A. (2004). *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay: un escenario cambiante*. Montevideo: MYSU.
- (Coords.) (2007). *Aborto en debate: dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Montevideo: MYSU.
- ADRIASOLA, G. (2013a). La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? *Revista Médica del Uruguay*, 29 (1), 47-57. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000100009&script=sci_arttext>.
- (2013b). *El modelo uruguayo sobre la despenalización del aborto. Análisis de la Ley 18987* [inédito].
- ARAÚJO GAMBARO, S. (s/f). *La objeción de conciencia. Su aplicación en Uruguay*. Sin datos de edición. Recuperado de: <https://www.academia.edu/35019349/LA_OBJECCION_DE_CONCIENCIA_Su_aplicaci%C3%B3n_en_Uruguay>.
- BOTTINELLI, Ó. A. (2012, 24 de junio). El aborto en el juego público. *El Observador*.
- BRIOZZO, L. (Ed.) (2007). *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena.
- (2013). La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Revista Médica del Uruguay*, 29 (2), 1-4. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902013000200006&script=sci_arttext>.
- VIDIELLA, G.; VIDARTE, B.; FERREIRO, G.; PONS, J. E. y CUADRO, J. C. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay: situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Revista Médica Uruguaya*, 18 (1), 4-13. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902002000100002&script=sci_arttext>.
- BRIOZZO, L.; VIDIELLA, G.; RODRÍGUEZ, F.; GORGOROSO, M.; FAÚNDES, A. y PONS, J. E. (2006). A risk reduction strategy to prevent maternal death associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95 (2), 221-226. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.07.013
- CELIBERTI, L. y SANSEVIERO, R. (2008). Los horizontes emancipatorios del veto presidencial. *Opinión. Cotidiano Mujer*, n.º 45. Montevideo.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA (CEPAL) (2013). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y*

el Caribe. *Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014*. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013. Recuperado de: <<https://www.cepal.org/es/eventos/primera-reunion-la-conferencia-regional-poblacion-desarrollo-uruguay-2013>>.

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (2013, 20 de febrero). *Resolución n.º 90 del Consejo de Facultad sobre la Objeción de Conciencia*, en Sesión Ordinaria del 20 febrero de 2013. Exp. n.º 071700-000057-13. Recuperado de: <<https://uruguay.campusvirtualsp.org/resolucion-ndeg90-del-consejo-de-facultad-sobre-la-objecion-de-conciencia>>.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG) (2011). *II Congreso Internacional Jurídico sobre Derechos Reproductivos. Taller sobre objeción de conciencia*. San José de Costa Rica, 28 al 30 de noviembre 2011. Recuperado de: <<http://www.fasgo.org.ar/archivos/ComSexRep/objconc.pdf>>.

FIOL, V.; BRIOZZO, L.; LABANDERA, A.; RECCHI, V. y PIÑEYRO, M. (2012). Improving care of women at risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, S21-S27. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.05.006

GALLO, L.; MOREIRA, C.; SOUZA, J. C. y XAVIER, M. (2012, 6 de julio). A propósito de «Kafka juega en el bosque» de Rafael Sansevierio. *Brecha*. Montevideo.

GARRIDO, L. (2010). El aborto en la agenda democrática. En: CELIBERTI, L. (Coord.). *Reflexiones colectivas, escrituras horizontales. Articulación Feminista Mercosur*. Montevideo: Cotidiano Mujer.

GÓMEZ-SÁNCHEZ, P. I. (2011, 28-30 noviembre). La objeción de conciencia desde la perspectiva médica y en el marco de la bioética. *Taller sobre objeción de conciencia. Declaración*. San José de Costa Rica, Flasog.

----- (2012). Boletín de la Dirección Ejecutiva y Comités de la *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog)*, 1 (1). Recuperado de: <<https://www.researchgate.net/publication/330887927>>.

GORGOROSO, M. (Coord.) (2010). *Ser parte de la solución... la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay*. Montevideo: IS-SAAF.

LÓPEZ GÓMEZ, A. y ABRACINSKAS, L. (2009). El debate social y político sobre la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. *Cuadernos del UNFPA Uruguay, Serie Divulgación*, 3 (3). Montevideo: UNFPA. Recuperado de: <<https://uruguay.unfpa.org/es/publications/el-debate-social-y-pol%C3%ADtico-sobre-la-ley-de-defensa-del-derecho-la-salud-sexual-y>>.

López Gómez, A. y otros (2017). Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 59 (5), 577-582. doi: 10.21149/7937

- López Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Revista Descentrada*, 1 (2). Recuperado de: <<http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe021>>.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2004a). *Ordenanza 369/04. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Recuperado de: <<http://www.iniciativas.org.uy/publicacion/194/>>.
- MSP (2004b). *Normativa de atención sanitaria y guías de práctica clínica de la Ordenanza 369 del MSP. Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: MSP.
- (2010). *Guía para la implementación de la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. Montevideo: MSP-UNFPA. Recuperado de: <<https://uruguay.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-para-la-implementaci%C3%B3n-de-la-atenci%C3%B3n-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-las>>.
- (2016). *Ordenanza 243/016. Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Recuperado de: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-2432016>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994. Nueva York: ONU.
- (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 al 5 de setiembre de 1995. Nueva York: ONU.
- PARLAMENTO (1938). *Ley 9763. Código Penal*, modificación. Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938>>.
- (2008). *Ley 18426 sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>>.
- (2011). *Ley 16603. Código Civil*. Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-civil/16603-1994>>.
- (2012). *Ley 18987 de Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto*. Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>>.
- PIERRI, R. (2012, 17 de octubre). Uruguay despenaliza el aborto, pero con las mujeres bajo tutela. *Inter Press Service*. Recuperado de: <<http://www.ipsnoticias.net/2012/10/uruguay-despenaliza-el-aborto-pero-con-las-mujeres-bajo-tutela/>>.
- PODER EJECUTIVO (2012). *Decreto 375/012. Reglamentación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aaborto*. Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>>.
- (2016). *Decreto 101/016. Encomiéndase al Ministerio de Salud Pública la regulación de los aspectos del procedimiento previsto en la Ley 18987 (Ley sobre*

Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley del Aborto). Recuperado de: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/101-2016>>.

SANSEVIERO, R. (2012, 29 de junio). A propósito de un posible nuevo proyecto de (no) despenalización del aborto. Kafka juega en el bosque. *Brecha*. Montevideo.

STIFANI, B. M.; COUTO, M. Y LÓPEZ GÓMEZ, A. (2018). From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143 (Suppl. 4), 45-51. doi: 10.1002/ijgo.12677

TRIBUNALDELOCONTENCIOSOADMINISTRATIVO(TCA)(2015). Sentencia586-2015. Recuperado de: <<http://www.tca.gub.uy/visornew.php?numero=586&ano=2015>>.

Abreviaciones y siglas

AMEU	aspiración manual endouterina
Asepo	Asociación de Ayuda al Seropositivo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
DDSSyRR	Derechos Sexuales y Reproductivos
Digesa	Dirección General de Salud (MSP)
Digese	Dirección General de Secretaría (MSP)
ECR	Equipos Coordinadores de Referencia
Flasog	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
IM	Intendencia de Montevideo
IPPF	International Planned Parenthood Federation. Western Hemispher Region
IS	Iniciativas Sanitarias
ISCAPCR	Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo
INE	Instituto Nacional de Estadística
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
Junasa	Junta Nacional de Salud (MSP)
MAC	Métodos Anticonceptivos
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MYSU	Mujer y Salud en el Uruguay
MSP	Ministerio de Salud Pública
OC	Objeción de conciencia
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIT-CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores-Central Nacional de Trabajadores
SGU	Sociedad Ginecotológica del Uruguay
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSyR	Salud Sexual y Reproductiva
TCA	Tribunal de lo Contencioso Administrativo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Actores clave entrevistados

Entrevistado/a	Cargo/Institución
Rafael Aguirre	Responsable del Programa Salud Integral de la Mujer (MSP)
Sergio Araujo	Asesor jurídico del Área Salud Sexual y Reproductiva (MSP)
Lucy Garrido	Directora de Cotidiano Mujer
Verónica Fiol	Profesora adjunta de la Clínica Ginecotológica A (Facultad Medicina, Udelar)
Elena Clavel	Directora general del Sistema Nacional Integrado de Salud
Ana Labandera	Directora ejecutiva de Iniciativas Sanitarias
Mónica Gorgoroso	Coordinadora del Área Implementación de Servicios (IS)
Cristina Grela	Encargada de la transversalidad de género. Coordinadora del Programa de Salud de la Mujer y Género (2005-2009) (MSP)
Valeria Ramos	Oficial nacional de Programa UNFPA
Carmen Rodríguez	Sociedad Ginecotológica del Uruguay