

# Despenalización del aborto en Uruguay: una experiencia de América del Sur

Decriminalization of abortion in Uruguay: a South American experience

Carolina Reyes Jara <sup>1</sup>  
Pamela Eguiguren Bravo <sup>2</sup>

## RESUMEN

---

La ley de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo del Uruguay, promulgada en el año 2012 fue un hito en la Región. En 2017, y tras una prolongada discusión, Chile por fin entra al mayoritario grupo de países que a nivel mundial han legislado en la materia. Si bien en el caso chileno se trata de una legislación mucho más restrictiva, el proceso de implementación uruguayo, con cinco años de recorrido, nos aporta con la identificación de barreras a través de los ojos de algunas de sus protagonistas.

**Palabras Clave:** Uruguay, Aborto, Ley de Aborto

## INTRODUCCIÓN

---

A nivel mundial se realizan 22 millones de abortos inseguros al año (1), constituyendo principalmente un problema de desigualdad social, ya que son las mujeres de niveles más vulnerables las que tienen más consecuencias en los ámbitos biológicos, sociales, psicológicos y jurídicos (2).

La despenalización del aborto y el acceso a un aborto seguro contribuyen al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (3). Sumado a esto, la despenalización resulta fundamental en la disminución de riesgos en salud, en donde la accesibilidad, información, acompañamiento, entre otros, contribuyen a disminuir la morbilidad materna (4).

Dentro de la región de Latinoamérica se encuentra la reciente experiencia de Uruguay, país que en diciembre del año 2012 despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo. Para poner en contexto la experiencia uruguaya es importante destacar ciertas especificidades del sistema de salud y del proceso legislativo de la aprobación de la Ley 18.987.

El sistema público de atención de salud uruguayo se estructura en 3 niveles de atención según complejidad: el primer nivel de atención, denominado Red de Atención del Primer Nivel (RAP) que posee puestos de salud rural, consultorios, policlínicas y centros de salud y el nivel secundario y terciario donde se cuenta con 44 hospitales (5).

Legislativamente, en la historia de Uruguay destaca un breve periodo de despenalización del aborto entre el año 1933 y 1935. Posteriormente, entre los años 1985 y 2009, se presentan 5 iniciativas para cambiar la penalización del aborto, pero ninguna prospera. Luego, en el año 2008 se aprueba la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que, si bien poseía un apartado sobre despenalización del aborto, este apartado fue vetado por el presidente (2). Esta ley da pie para que en el 2012 se presente y apruebe la Ley 18.987, donde se retoman los capítulos sobre aborto vetados anteriormente; el texto final sufre algunas modificaciones tras la negociación parlamentaria para lograr la aprobación de la ley (6).

La Ley 18.987 consiste en la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo cumpliendo

---

Recibido el 7 de junio de 2018. Aceptado el 28 de junio de 2018

1 Médica Cirujana, Universidad de Chile. Correspondencia a: caropazreyes@gmail.com

2 Doctora en Salud Pública. Académica del Programa de Salud y Comunidad, Escuela de Salud Pública Salvador Allende G. Correspondencia a: peguiguren@u.uchile.cl

ciertas condiciones: que sea realizado dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, se ajuste a los plazos determinados para cada causal y tras 5 días de reflexión después de asistir a una instancia informativa con un/a trabajador/a social, médico/a y psicólogo/a. Su realización bajo otras circunstancias sigue siendo un delito. Destaca que el aborto solo requiere la solicitud de la mujer, sin tener que mediar razones determinadas para la realización; el plazo general son 12 semanas, extensible a 14 semanas en caso de violación, la que debe ser denunciada, y sin plazo en caso de riesgo de vida de la mujer o inviabilidad fetal. Otras especificidades de la ley muy importantes de destacar: los casos son pesquisados y el proceso completo se resuelve en su mayoría en la Red de Atención de Primer Nivel y en casos excepcionales en el nivel de especialidad. Pueden acceder mujeres uruguayas, o extranjeras con al menos un año de residencia en el país, los y las profesionales de la salud involucrados pueden presentar Objeción de Conciencia a la realización de la interrupción del embarazo, y se reconoce la posibilidad de objeción de ideario institucional, en donde una institución prestadora de servicios puede negarse a entregar la prestación en cuestión (6).

Dentro del proceso la despenalización social y legislativa de la interrupción voluntaria del embarazo, ha destacado la labor de varias organizaciones sociales. Una de ellas, importante de mencionar es Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), organización no gubernamental (ONG) que desde el 2004 realiza promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de 4 líneas de trabajo: 1. Monitoreo de políticas públicas, 2. Incidencia política con evidencia, 3. Comunicaciones y 4. Asesoramiento, formación y capacitación de recursos humanos. Esta organización permite usar la información recopilada en sus monitorizaciones como herramientas técnico-políticas para incidir políticamente. Además de destacar en su rol de democratización de la información (7).

El objetivo de este artículo es, describir las percepciones de actores que participan de la implementación de la Ley de IVE en Uruguay, levantando observaciones a este proceso que pueden aportar a la reflexión respecto del proceso en curso de implementación de la Ley 21.030 en nuestro país.

## **DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO DE TRABAJO**

En el marco de un internado electivo de la carrera de medicina realizado en la Universidad de la

República de Uruguay en febrero del 2017 se realiza esta exploración donde se utilizó una aproximación cualitativa mediante 5 entrevistas semi-estructuradas a actores político-sociales vinculados al tema de la despenalización social y legislativa, e implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay, sumado a una revisión de documentos pertinentes a la temática.

Los/as participantes, actores político-sociales, fueron seleccionados siguiendo la técnica bola de nieve, donde el criterio de inclusión fue haber participado activamente durante el proceso legislativo y de monitorización de la Ley 18.987 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay.

Las entrevistas fueron realizadas a: a). Personal de equipo de Interrupción Voluntaria del Embarazo de Consultorios de la Red de Atención de Primer Nivel (RAP) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Uruguay, b) Equipo Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Red de Atención de Primer Nivel, c). Dirigenta de Mujer y Salud Uruguay (MYSU), d). Integrante de Cotidiano Mujeres, e) Mujeres en el Horno; como también f). Funcionaria del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Las entrevistas fueron grabadas previa autorización de las y los participantes, posteriormente transcritas y analizadas manualmente. Se contó con la supervisión de la Dra. Alejandra López Gómez del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y Dra. Pamela Eguiguren Bravo del Programa Salud y Comunidad de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los principales temas que emergieron, con énfasis en la identificación de barreras en la implementación de la ley IVE en Uruguay:

### **ALTO PORCENTAJE DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (OC)**

*“Hay que garantizar que la opinión o la objeción, la posición personal subjetiva de ese profesional no obture el proceso y la decisión de la mujer, esa es la filosofía que hay detrás de la objeción de conciencia”* E5 funcionaria RAP.

Según datos de la monitorización realizada por MYSU sobre el estado de situación de aborto en Uruguay, se observa que el 40% de los

ginecólogos/as son objetores/as de conciencia. Encontrándose en localidades más pequeñas un 100% de profesionales bajo esta condición (8).

Dirigenta de MYSU explica que no hay un protocolo que exija a los profesionales declarar la razón de OC. Estudios realizados por su organización muestran que con frecuencia se objeta por razones que distan mucho del verdadero sentido de la OC, es decir, cuando asumir la acción va en contra de profundas convicciones, morales, filosóficas o religiosas. A su juicio estos casos no constituyen verdaderos objetores de conciencia, si no que obstaculizadores de la ley.

*“abí lo que nos encontramos, por ejemplo, que [“el médico”] estaba objetando conciencia (...) porque no era dignificante la tarea, porque lo estigmatizaba, porque no es rentable, porque complicaba la vida, porque además no se sentían formados para dar el servicio”* E1 dirigenta MYSU.

#### FALTA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CON ENFOQUE A LA PARTICIPACIÓN EN LA IVE

*“esta cuestión de respetar el derecho a la libertad de conciencia es algo que nos parece que hay que trabajar fundamentalmente ahora con los recursos humanos, y particularmente en la formación”* E1 dirigenta MYSU.

Las entrevistadas piensan que se ha presentado una falta de capacitación para las y los trabajadores involucrados, ya que muchas veces son estos mismos los que no están informados de los lugares de las policlínicas IVE, plazos, horarios, etc. Además, señalan que en la educación universitaria de las y los futuros médicos no existen instancias de reflexión sobre lo que es objeción de conciencia, contribuyendo a las altas cifras de falsos objetores.

*“a ese profesional nadie lo capacitó y actúa de acuerdo a sus criterios y sistema de valores, hay un problema de formación de recursos y de capacitaciones en salud en derechos sexuales y reproductivos que realmente yo te diría que es alarmante, porque de política pública tenés servicios que tienen que estar funcionando y no tenés y ni los estamos formando para eso, entonces ahí hay un desfase”* E1 dirigenta MYSU.

En el reporte del proceso IVE del Hospital Universitario de Uruguay se destaca la falta de instancias de formación de recursos humanos y el compartir experiencias entre centros que estén realizando IVE (8). Al mismo tiempo, cabe destacar que el Equipo Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva de la Red de Atención de Primer Nivel se encuentra realizando dos jornadas anuales, de libre asistencia, para que personas trabajadoras de salud que participan en la IVE puedan

tener acercamiento y comentar sus experiencias, se trata de una instancia de reflexión.

#### FALTA DE DIFUSIÓN DE LOS SERVICIOS

*“la mayoría de mujeres no conocen bien a dónde tienen que ir, que sería su servicio mismo, desconocen cómo son los caminos para llegar a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo”* E4 Integrante Mujeres en el Horno.

Desde organizaciones de mujeres se identifica la falta de difusión de los servicios y la escasa llegada de información a las mujeres. En la monitorización realizada por MYSU en los años 2013 y 2017, el informe recomienda aumentar la difusión, explicitando horarios y lugares de atención para que las mujeres puedan tener una información más certera de las rutas de acceso a las prestaciones (9).

*“Lo otro que hemos detectado en las prestaciones es la baja difusión en los nuevos servicios de aborto, entonces mucha gente no sabe dónde están y luego vas a una institución y son casi como servicios secretos, no están identificado”* E1 dirigenta MYSU.

#### MIEDO A LA ESTIGMATIZACIÓN POR ACUDIR A LOS SERVICIOS IVE

*“la percepción y el miedo en mucha gente es que se sepa el motivo de la consulta, particularmente, en localidades chicas, entonces eso después termina siendo “vox populi” y que todo el mundo opine y que se desencadene el mecanismo de estigma y discriminación”.* E1 dirigenta MYSU.

Desde las organizaciones feministas perciben que un impedimento para que las mujeres acudan a solicitar una IVE es que no se asegure una completa confidencialidad, sobre todo cuando los servicios de salud se encuentran en localidades de pocos habitantes, o cuando en una policlínica hay poca discreción con el tipo de consulta a la cual se está acudiendo.

#### PERSISTENCIA DE SERVICIOS CLANDESTINOS

*“cuando era absolutamente ilegal todo el mundo trataba de saber dónde resolverlo, hoy por hoy está ahí una suerte de..., cómo de prejuicio de la gente, de no querer preguntar y de resolverlo sin consultar (...) siente que además será más estigmatizada por querer resolver clandestinamente algo que está en los servicios legales”.* Entrevista a MYSU.

La falta de información y las dificultades de acceso, a juicio de las entrevistadas, hacen que la búsqueda de servicios de atención en clandestinidad se mantenga. Esto se acompaña de la percepción de estigmatización a las mujeres, por el hecho de incurrir en la clandestinidad a pesar de

la existencia de la Ley. Todo ello, según las entrevistadas, expone a las mujeres a mayores riesgos.

Señalan que desde la aprobación de la despenalización de la IVE en Uruguay se han registrado 2 muertes de mujeres por abortos inseguros realizados en clandestinidad, una de ellas acudió a los servicios IVE, pero no recibió la atención pues sobrepasaba las 12 semanas de gestación, y la otra nunca ingresó al sistema. (10)

*“el año pasado hubo por aborto ilegal en Maldonado y hubo uno en Montevideo. La muerte en Maldonado fue porque se excedió en los tiempos, o sea la mujer empezó la ruta, eso fue bien del sistema de salud que falló”*. E5 funcionaria RAP.

#### PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES DEL ACTUAL MARCO LEGAL

*“Siguen estando penalizado (...) un aborto, aunque sea de un embarazo anterior de las 12 semanas, si está por fuera del sistema de salud es un aborto ilegal”* E5 funcionaria RAP.

Destacan en algunas entrevistas que en el código penal el aborto sigue siendo un delito, y que con la Ley 18.987 solo se despenaliza bajo ciertas condiciones, pero fuera de estas, sigue siendo punible. Además, en el artículo 13 de dicha ley se especifica que solo pueden acceder a las prestaciones mujeres con nacionalidad uruguaya. En el caso de mujeres extranjeras, solo pueden acceder en los casos en que acrediten residencia no menor a un año (11).

*“no implica digamos que tengamos un aborto totalmente despenalizado, en el código penal sigue existiendo el delito de aborto”*. E4 integrante Mujeres en el Horno.

Esto, es considerado por las entrevistadas una contradicción con los valores de autonomía de los cuerpos de las mujeres, que con la misma ley se intenta reconocer, pero que aún no está completamente asentada. Además la no consideración de las mujeres extranjeras contraviene convenios internacionales sobre garantías de acceso a la salud universales, sin discriminación de cualquier tipo.

*“queremos modificar esto que no esté permitido para extranjeras e inmigrantes, porque en realidad esto contraviene convenciones a las cuales Uruguay ha firmado”*. E1 dirigente MYSU.

#### **DISCUSIÓN Y REFLEXIONES**

Los principales resultados de esta aproximación dan cuenta de barreras en la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay que ponen en riesgo el espíritu del avance legislativo. La experiencia uruguaya, tras 5 años de

implementación, es de particular utilidad para el proceso que se está viviendo en Chile con la Ley 21.030 de despenalización de la interrupción del embarazo en 3 causales.

Una barrera muy importante la constituye la Objeción de Conciencia (OC). En Uruguay los altos porcentajes en algunas localidades se vinculan a la emergencia de lo que Coppola denomina pseudobjectores, es decir, aquellos que no se justificarían en una moral personal, sino en una estrategia política; todo esto tomando la consideración que ser objetor significa una excepción a la ejecución de una Ley (12). Es importante la determinación ajustada a la Ley de quién presenta una verdadera OC y quién no. Chile no está lejos de la realidad uruguaya, pues encontrándonos a algunos meses del inicio de la implementación de la Ley, la OC se presenta como una de las problemáticas urgentes a abordar. Al igual que las entrevistadas concluyen para el Uruguay, la existencia de protocolos claros para acogerse a la OC, son vitales. Podemos extraer de esta experiencia que no basta con declararse OC sino también las razones de la objeción, ya que se debe diferenciar a los verdaderos objetores de quienes intentan obstaculizar la implementación de una Ley de la República. La formación de médicos/as y profesionales de la salud, tal como señalan las participantes sería una de las medidas fundamentales. Las Universidades precisan responder oportunamente frente a estos desafíos, de cara a la formación de quienes deben ser garantes del derecho a decidir de las mujeres en el marco de esta Ley. Se debe generar reflexión sobre los procesos éticos vinculados a la objeción de conciencia y a sus significados, no solo a nivel del personal que objeta, sino sobre sus consecuencias y resguardos en la oportunidad y calidad de la atención de quienes lo necesitan.

Por otra parte, las autoridades de salud deben resguardar el cumplimiento de la Ley, especialmente en los servicios públicos, y en aquellas instituciones que tienen convenios para reemplazar el rol del Estado (Convenios DFL36). Se requieren normativas que generen condiciones técnicas y humanas para brindar servicios de calidad. En Chile hoy es materia de discusión la objeción de ideario que, bajo la equívoca denominación de objeción institucional, ha dado pie a una confusión en el plano institucional, mezclando la objeción legítima de instituciones que poseen idearios y estatutos de carácter confesional, con instituciones que por otras razones se niegan a aplicar la Ley.

Otro aprendizaje a rescatar desde la experiencia uruguaya es lo relacionado con la falta de difusión

de los servicios IVE a las mujeres y sus consecuencias. En Chile, las experiencias de mujeres que han trascendido a los medios de comunicación dan cuenta de ello. Es fundamental asegurar una correcta difusión y democratización de la información sobre los servicios IVE, tanto para las mujeres como para los/as trabajadores/as de la salud de instituciones públicas, y también privadas. Difundir rutas de acceso, prestaciones aseguradas, plazos por causal, y todo lo necesario para ejercer el derecho. De no ser así, la Ley podría transformarse en letra muerta, y hacer persistir a las mujeres en la búsqueda de abortos inseguros en causales despenalizadas, con el consecuente riesgo y vulneración de sus derechos.

En conclusión, las barreras identificadas en la implementación de la Ley en Uruguay no son muy distintas de las que comienzan a perfilarse en la realidad chilena. Sin embargo, existe la diferencia sustancial en el primer caso, de tratarse de una Ley basada en el respeto a la autonomía de las mujeres con legitimidad otorgada a todas las razones por las cuales las mujeres deciden abortar. Esto da que pensar respecto de las barreras identificadas, que reflejándose en el caso chileno se vislumbran con mayores dificultades para su abordaje. Esto dadas las condiciones, de deslegitimación y penalización social del aborto. En ese contexto, siguiendo los pasos del Uruguay, resulta vital la monitorización de la instalación de los servicios en Chile, con la activa participación de las organizaciones de mujeres, y la realización de estudios cualitativos que profundicen en las experiencias y rutas de acceso de las mujeres en cada una de las causales.

## REFERENCIAS

1. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud. 2da edición. Ginebra; 2003. p.12-14.
2. Johnson Niki, López Gómez A., Sapriza G., Castro A., Arribeltz G. (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores, y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Universidad de la República, Uruguay; Comisión sectorial de investigación científica. 1ra edición. Uruguay; 2011. p. 65-110.
3. González Vélez A. Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe. División Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago; 2011. p. 15-24
4. Briozzo L., Labandera A., Gorgorozo M., Pons J. Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo; 2007. p. 21-44.
5. “Hacia una nueva dinámica institucional 2010-2014”. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Ministerio de Salud, Uruguay.
6. Correa S., Pecheny M. Abortus Interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay. Mujer y Salud en Uruguay, International Women’s Health Coalition.
7. Bottinelli O, Buquet D. El Aborto en la Opinión Pública Uruguaya. Cuadernos Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos. Mujer y Salud en Uruguay. n.2, 2010.
8. Bentancor A., Hernandez A., Godoy Y., Dapuetto J. Reporte del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en un hospital universitario de Uruguay. Rev. Salud Pública. 50:38, 2016.
9. Mujer y Salud en Uruguay. Los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Aborto Legal. Monitoreo 2013/2017. Sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país. p. 37-58, 2016.
10. Correa S., Pecheny N. Abortus Interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay. Mujer y Salud en Uruguay. 2016.
11. Ley 18.987, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Publicada D.O. 30 oct/012 – N° 28585.
12. Cópola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. Rev. Médica Uruguay. 29(1):43-46, 2013.
13. López Gómez A. Profesionales de la Salud y Aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derecho en las prácticas de las/os profesionales de la salud. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencias. Consorcio latinoamericano contra el aborto inseguro. Lima; 2015. p. 57-76