

VIII Congreso ALAP, Población y Desarrollo Sostenible: políticas públicas y avances en la medición sociodemográfica

Eje temático 12: Salud Sexual y Reproductiva
Eje temático 7: Población y Derechos

TITULO

La legalización del aborto voluntario en Uruguay. Posibilidades y limitaciones en el acceso a los servicios.

Introducción

En América Latina y el Caribe el aborto inseguro e ilegal es un asunto crítico con consecuencias relevantes en el bienestar, la salud y la vida de las mujeres. La región registra la tasa de aborto inducido más alta a nivel mundial (32 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años) (Guttmacher, 2015) así como se estima el porcentaje más alto de aborto inseguro del mundo (Sedgh et al, 2016).

En el año 2012 Uruguay ingresó a la lista corta de tres países en la región que cuentan con leyes nacionales que habilitan el aborto por sola voluntad de la mujer. A estos países se debe sumar la ley de interrupción legal del embarazo del Distrito Federal en Ciudad de México, aprobada en el año 2008. La ley N° 18.987 se comenzó a implementar en enero de 2013 a nivel nacional en todos los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En la ponencia, se presentan resultados de una investigación sobre accesibilidad a los servicios legales de aborto implementado en los años 2015-2017.

Desde 1938 y hasta el año 2012, en Uruguay el aborto fue considerado delito en toda circunstancia por la ley n° 9763. Durante casi medio siglo (1938-1985), un manto de silencio se extendió sobre el tema, poco o nada se decía públicamente. El aborto era un asunto que se dirimía en el ámbito de lo íntimo-privado. El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y de reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva, estuvo planteado a partir de la recuperación democrática en el año 1985. Desde entonces, en cada legislatura, tuvo lugar la presentación de una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto entre el marco

normativo y la práctica social del aborto (Johnson et al., 2011). Finalmente, luego de más de veinte años de debate social y político, en octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de enero de 2013. La ley establece que el aborto voluntario es admitido legalmente cuando tenga lugar en las primeras 12 semanas de gestación (14 semanas para casos de violación y sin plazo para riesgo de vida, de salud y malformación fetal incompatible con vida extrauterina) y dentro del SNIS, para lo cual se debe cumplir con una ruta obligatoria de consultas en el servicio de salud¹. Todos aquellos abortos que no cumplan con estos criterios son considerados ilegales y mantienen la penalización establecida por la ley N° 9.763 que mantiene así vigencia parcial. En el artículo 1° de la ley se sostiene que *“El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población”* (Art. 1°, inciso 1°, ley 18.987) y de esta forma se contribuye a reforzar el mandato tradicional de la maternidad como destino y del aborto como una decisión a desalentar, lo cual se concreta a través de una ruta que las mujeres deben transitar en los servicios de salud para poder acceder a un aborto legal y seguro (López, Couto, et al, 2017). Según datos del Ministerio de Salud, desde el 1/1/2013 al 31/12/2016 se realizaron 34.789 abortos en el SNIS. La tasa de aborto legal por cada 1000 mujeres fue de 11,53 para 2016, 12,3 para mujeres entre 15 y 19 años y 11,38 para mujeres de 20 a 49 años. El primer año de implementación de los servicios se realizaron 7.171 abortos, y esa cifra ha ido en aumento: en 2014 fueron 8.537 abortos, en 2015, 9.362 y en 2016 se realizaron 9.719. En el año 2016, el 82,8% de las mujeres que abortaron tenían 20 años o más, mientras que el 16,4% tenía entre 15 y 19 años, y el 0,8% 14 años de edad o menos. En cuanto a las distribución por tipo de prestador, el 53% de las IVE se realizó en un prestador privado, mientras que el 47% tuvo lugar en uno del sector público. Poco más de la mitad de los abortos tuvo lugar en Montevideo, capital del país y el resto en los otros departamentos.

Objetivos

Analizar las barreras institucionales y sociales que inciden en el acceso a servicios de interrupción voluntaria de embarazo, oportunos y de calidad en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Materiales y métodos

Estudio transversal de tipo cualitativo, que combinó técnicas de análisis documental, cuestionarios autoadministrados a informantes clave, entrevistas semidirigidas a directores de

¹Ley 18.987 disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012> [consultado el 1.6.17].

centros de salud, grupos focales con profesionales y entrevistas en profundidad a mujeres que acudieron a los servicios. Se construyó un índice sumatorio simple de accesibilidad al aborto voluntario legal en los servicios del primer nivel de atención en Montevideo.

Resultados

Se desarrolló un índice de accesibilidad que permitió clasificar a los Centros de Salud en accesibilidad baja, media y alta. Se identificaron barreras de tipo administrativo, organizacional, cultural y geográfica. El cambio legal es un paso relevante en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, pero las limitaciones de la propia ley y la ruta crítica que establece para acceder a la atención es una limitante en el acceso al derecho. Los profesionales que participan de la atención de aborto voluntario en el marco de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen un discurso comprometido con los derechos reproductivos de las mujeres. Pero, se observaron obstáculos están asociados al estigma del aborto (Kumar et al., 2009) que se observa en el discurso de algunos profesionales y mujeres así como el alto porcentaje de ginecólogos objetores de conciencia. Se identificaron una serie de indicios que permiten trazar la hipótesis que las barreras antes mencionadas tienen como efecto que el aborto clandestino continúe vigente a pesar de disponer de una ley que habilita servicios legales.

Conclusiones

La incorporación de las prestaciones sobre aborto voluntario legal en todos los servicios públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud, tal como establece la ley vigente, es un aspecto destacable del caso uruguayo. El hecho que estos servicios estén integrados en las prestaciones de salud sexual y reproductiva, es una novedad en la región, que contribuye en la atención integral de las mujeres durante la situación de embarazo no deseado/no planeado y aborto. Más allá de las luces y las sombras de la aprobación e implementación de la ley, el caso uruguayo ofrece pistas valiosas no sólo para el país sino para la región de América Latina, respecto a la importancia del reconocimiento formal del derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas, a la necesidad de asegurar que este derecho sea efectivamente garantizado y respetado en los servicios de salud, así como a revertir las pautas culturales que estigmatizan el aborto voluntario.

Referencias

Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. [monografía en internet]. Guttmacher Institute, 2015. Disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html

Johnson, N, López Gómez, A., Arribeltz, G, Castro A, Sapriza, G. (coord) (2011) *(Des) penalización del aborto en Uruguay. Discursos, acciones y prácticas. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: Ediciones Artículo 2, Universidad de la República.

Kumar, A., L. Hessini y E.M. Mitchell (2009). Conceptualising abortion stigma, *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), pp. 625-639.

López Gómez, A.; Couto, M.; Píriz, G; Monza, A.; Abracinskas, L. Ituarte, M. (2017) Servicios legales de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención de Montevideo y área Metropolitana. *Salud Pública de México*, 59.

Ministerio de Salud (2017). Estadísticas sobre interrupción voluntaria del embarazo. Area Salud Sexual y Reproductiva del MSP. Montevideo: MSP

Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. *Lancet* 2016;388:258-267.