



SERVICIOS LEGALES DE ABORTO EN URUGUAY

Logros y desafíos de
su funcionamiento

0

**OBSERVATORIO
NACIONAL**

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

Monitoreo 10 de 19

Uruguay es uno de los países de la región que más ha avanzado en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en la implementación de políticas públicas que garanticen su ejercicio, procurando cumplir con los compromisos internacionales de derechos humanos. Nuestro país, además, ha contribuido a impulsar el Consenso de Montevideo asumido en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CEPAL, Uruguay 2013) y ha adoptado los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) acordados en el sistema de las Naciones Unidas.

Entre los avances se destaca la instalación de los servicios creados por la ley 18987 de 2012 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Desde entonces, el Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU ha monitoreado su implementación a nivel territorial. Entre 2013 y 2017, en 10 de los 19 departamentos del país, se relevó información del prestador público (Administración Nacional de Servicios de Salud del Estado –ASSE) y de los prestadores privados con mayor cobertura de cada lugar. Asimismo, se identifica-

ron las rutas de acceso a la atención legal del aborto en el marco de las prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSR) que funcionan desde el 2010 en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Este material se dedica a divulgar los hallazgos sobre el funcionamiento de los servicios legales de aborto a cinco años de su puesta en marcha. Su objetivo es dar cuenta de los avances identificados, las disparidades regionales y las barreras que obstaculizan la cobertura universal y el acceso a la interrupción legal del embarazo de todas las mujeres que lo requieren.

La información obtenida nutre un área novedosa de la política pública, que demanda insumos para valorar su rumbo y necesita evidencia para los ajustes que permitirían mejorar la respuesta. Este es nuestro aporte, en tanto organización de la sociedad civil que tiene como cometido la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos con una perspectiva de equidad de género y generaciones.

Ficha técnica:

- Se monitorearon 10 departamentos: Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Rivera, Cerro Largo, Florida, Maldonado, Rocha y Montevideo, donde vive el 64% de la población del país (2.210.995 personas). Se relevó la información de 24 instituciones públicas y privadas de salud de 19 localidades (las capitales departamentales y principales ciudades).
- Las prestaciones de la salud sexual y reproductiva estudiadas fueron: anticoncepción; embarazo, parto y puerperio; VIH/sida; violencia doméstica y sexual; aborto legal; y atención a adolescentes.
- La metodología utilizada fue cuanti y cualitativa con formulario autoadministrado para las instituciones de salud y entrevistas en profundidad a informantes calificados y a mujeres y varones entre 15 y 49 años con cobertura de salud en cada departamento estudiado.

Instituciones de Salud Monitoreadas

MYSU 2013 - 2017

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO	INSTITUCIÓN	TIPO	LOCALIDAD ESTUDIADA	AÑO DEL ESTUDIO
SALTO	124.878	ASSE CAM	Público Privado	Salto (capital)	2013
SORIANO	82.595	ASSE CAMS Círculo Católico (solo aborto)	Público Privado Privado	Mercedes (capital), Cardona y Dolores	2014
RÍO NEGRO	54.765	ASSE AMEDRIN CAMY - Cooperativa de Asistencia Médica de Young	Público Privado Privado	Fray Bentos (capital), Young	2014
PAYSANDÚ	113.124	ASSE COMEPA Cooperativa Médica de Paysandú	Público Privado	Paysandú (capital)	2014
RIVERA	107.187	ASSE CASMER COMERI	Público Privado Privado	Rivera (capital)	2015
MALDONADO	177.349	ASSE Mautone La Asistencial	Público Privado Privado	Maldonado (capital), San Carlos, Pan de Azúcar, Piriápolis	2015
FLORIDA	69.283	ASSE COMEF	Público Privado	Florida (capital)	2015
CERRO LARGO	89.374	ASSE CAMCEL	Público Privado	Melo (capital), Río Branco	2016
ROCHA	73.685	ASSE COMERO	Público Privado	Rocha (capital), Chuy, Castillos	2016
MONTEVIDEO	1.318.755	Hospital Pereira Rossell Hospital Policial Médica Uruguaya COSEM RAP-ASSE*	Público Público Privado Privado Público		2016/2017
10 DEPTOS	2.210.995	24 INST.		19 LOCALIDADES	

El cambio legal

Luego de casi tres décadas de debate legislativo, en 2012 el Parlamento aprobó la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE, Ley N° 18987). Una demanda feminista que se impuso en el espacio público a través de la construcción de alianzas con actores políticos y los movimientos sociales por la justicia social y la defensa de los derechos humanos.

Esta ley regula la práctica del aborto bajo un sistema de plazos y condiciones. Se admite la interrupción hasta las 12 semanas de gestación por la sola voluntad de la mujer, hasta las 14 si el embarazo es producto de una violación y sin plazos cuando hay riesgo de salud para la mujer o existe una malformación fetal incompatible con la vida extrauterina.

Es un requisito que la mujer que solicita la interrupción de su embarazo tenga una consulta con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología, la salud mental y el servicio social. En esa instancia, se informa a la mujer sobre programas de apoyo a la maternidad, la adopción como alternativa y los riesgos de

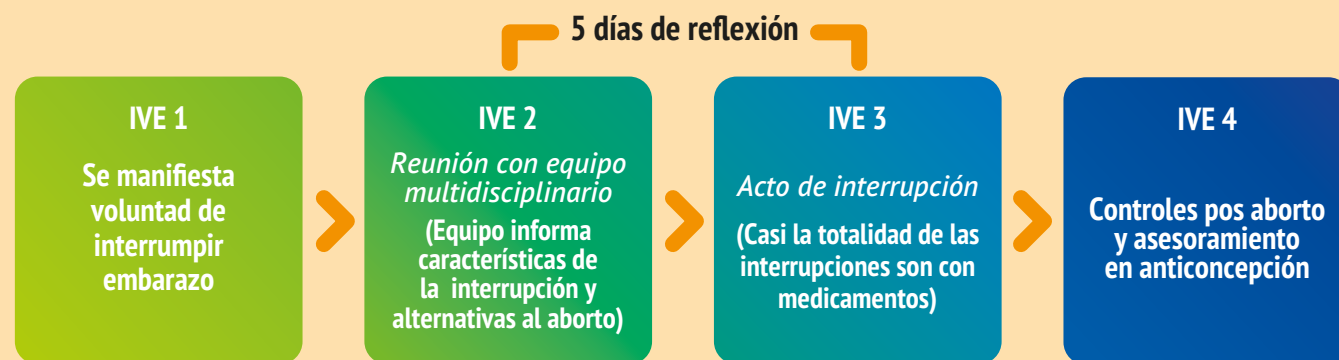
la práctica insegura del aborto. Luego de esta consulta, la mujer tiene un plazo mínimo de cinco días de reflexión para acceder a la medicación que provoca el aborto.

Todas las instituciones (públicas y privadas) del SNIS deben brindar el servicio. Los centros que no disponen de profesionales para implementarlo deben garantizar la derivación de las usuarias a otros prestadores que lo realicen. Lo mismo ocurre con las instituciones con objeción de ideario (el Círculo Católico y Hospital Evangélico).

Las personas (la mujer, acompañante y profesional involucrado) que realice las interrupciones fuera de las instituciones del SNIS o no cumplan con los plazos y condiciones establecidos, quedan fuera de la ley y pueden ser perseguidas por el delito de aborto, que sigue vigente en el Código Penal.

Las mujeres extranjeras con menos de un año de residencia en el país no tienen habilitado por la ley el acceso a los servicios de aborto.

RUTA DE IVE

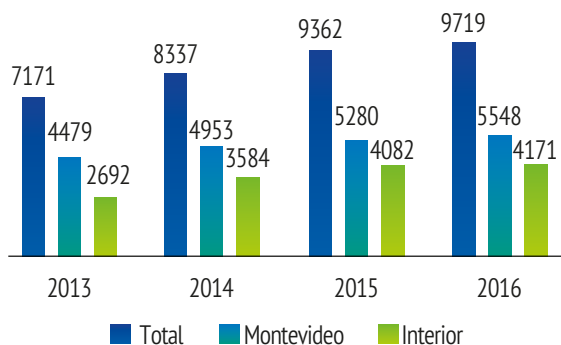


Estado de situación de los servicios de aborto

ABORTOS LEGALES REALIZADOS

Según datos del MSP, entre 2013 y 2016 se realizaron 34.589 interrupciones legales de embarazo.

Evolución del número de IVE legal (2013-2016)



Fuente MSP

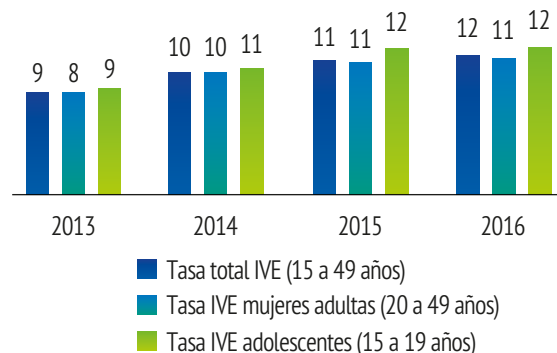
Entre el **6% y 8%** de las mujeres que inician la atención por IVE desisten de abortar durante las etapas del proceso impuesto por la ley. **La mayoría de las mujeres solicita la atención de IVE con la decisión ya tomada y no la revierte.**

La casi totalidad (98,8%) de abortos legales se realizó con medicación.

Pese a que existen problemas en la implementación de los servicios en el territorio, durante el monitoreo se corroboró que todos los departamentos tienen servicios de aborto funcionando.

El número de abortos legales incrementó a medida que los servicios se instalaron, la población se informó sobre su disponibilidad en el SNIS y aumentó la confianza en la confidencialidad de la atención. Desde 2013, la cantidad de abortos legales en el interior del país incrementó más que los abortos registrados en Montevideo. La tasa promedio de abortos cada 1.000 mujeres es de 11,5 y no presenta diferencias por tramos de edad.

Tasa de IVE legal anual por tramo de edad por cada 1000 mujeres



Fuente MSP

Evolución del número de IVE (2013-2016)

Período enero 2013 - diciembre 2016

VOLUNTAD	2013	2014	2015	2016
IVE 3	7171 94%	8337 92%	9362 94%	9719 94%
Continúan Embarazo	4479 6%	4953 8%	5280 6%	5548 6%
TOTAL CONSULTAS	2692 100%	3584 100%	4082 100%	4171 100%

+Fuente MSP

Brecha entre la cifra antes y después de la ley

La incidencia de la práctica cuando era ilegal fue estimada entre 16.000 y 33.000 abortos anuales. Sin embargo, en 2016 las cifras oficiales indican menos de 10.000 abortos legales en el año.

Si se compara la tasa de aborto en Uruguay con la de otros países, como los de Europa Occidental, donde también el aborto es legal y los programas de anticoncepción tienen larga data, la tasa es baja. Esta diferencia podría ser otro indicador de la persistencia de la práctica clandestina.

Incidencia del aborto:

ANTES DE LA LEY

16.000
33.000

abortos clandestinos/año
estimados

DESPUÉS DE LA LEY

7.171 mujeres en 2013
8.513 mujeres en 2014
9.362 mujeres en 2015
9.719 mujeres en 2016

Han tenido
sus abortos
en servicios
legales y
seguros.

Instalación, funcionamiento y difusión de los servicios IVE

Constatación:

Las mujeres no abortan porque haya servicios legales, sino que están usándolos progresivamente a medida que se informan de que éstos están disponibles y adquieren confianza en que será atendidas de forma respetuosa.

Preocupación:

Todavía hay una brecha entre las estimaciones previas a la ley y las cifras oficiales de abortos legales. Persiste la práctica clandestina.

Dos mujeres fallecieron luego de aprobada la ley, una en 2013, que nunca recurrió a los servicios legales, otra en 2016, que sí consultó en los servicios pero tenía 13 semanas de embarazo y la respuesta de reducción de riesgos y daños no impidió una práctica insegura y murió por septicemia.

Tasas de aborto, regiones seleccionadas*

América Latina y el Caribe	40
Europa	30
Europa Occidental	19
Uruguay	11,5

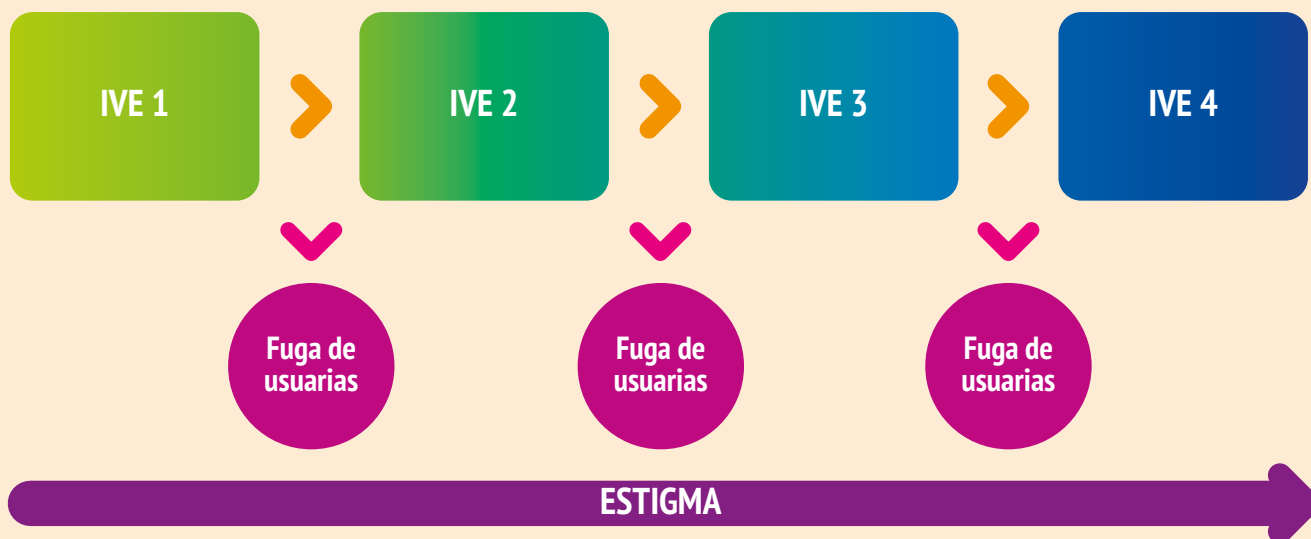
Fuente: elaborado en base a datos MSP Uruguay 2017, Guttmacher Institute 2016, Sedgh et al. 2016

*. En Uruguay, la tasa de aborto corresponde a mujeres de entre 15 a 49 años para el año 2016. Para el resto de las regiones la tasa de abortos refiere a las mujeres de 15 a 44 años, y es un promedio del período 2010-2014

Resultados del monitoreo en 10 de los 19 departamentos

FUGAS Y PROBLEMAS DEL SISTEMA

En los servicios legales de aborto se detectaron “fugas” en el sistema. Esto podría significar que muchas mujeres aún recurren al circuito clandestino para abortar.



Durante la ruta legal de IVE las mujeres se enfrentan a...

Falta de información sobre los servicios
Objeción de conciencia
Falta de profesionales
Servicios que no funcionan todos los días

Motivos de las fugas

1 FALTA DE CONOCIMIENTO DE LA LEY Y DE LOS SERVICIOS

Los servicios de aborto no son bien promovidos

En general, los proveedores de salud ni el MSP difunden información sobre los servicios de aborto. Por lo tanto, hay mujeres que desconocen la disponibilidad de éstos, no los utilizan, llegan por el “boca a boca” o a través de una indagación dentro del centro de salud. No tener información adecuada puede poner a las mujeres en riesgo y fuera de la cobertura de la ley.

2 TEMOR A LA SANCIÓN O A QUE SE SEPA EL MOTIVO DE CONSULTA

El estigma por aborto es la sanción moral y el prejuicio que sufren las mujeres que lo practican y los profesionales que lo realizan. En el litoral del país, en especial, en los departamentos con niveles altos de objeción de conciencia, el estigma se convirtió en un obstáculo en el proceso legal de la interrupción. No es casual que en Soriano una jueza haya impedido la realización de un aborto a una mujer que cumplía los requisitos legales. Tampoco lo es que en Salto un grupo de madres haya hecho un taller en un liceo público con propaganda antiderechos.

El miedo a la sanción o a que no se preserve la confidencialidad en los centros fue uno de los motivos expresado por las entrevistadas para no recurrir a los servicios legales.

3 NO DISPONER DE EQUIPO DE ABORTO EN LOS LUGARES DE RESIDENCIA

En cinco de los departamentos monitoreados, los equipos IVE solo funcionan en las capitales departamentales (Salto, Paysandú, Rivera y Florida, Río Negro); las mujeres que viven en otras localidades deben trasladarse para acceder a la atención. Las mujeres no solo deben recorrer largas distancias en estos casos, también cuando los centros de salud tienen 100% de objetores de conciencia.

Los traslados generan

- ▶ Dificultades por el desplazamiento hacia lugares alejados o desconocidos (p. ej., cuando deben ir a Montevideo u otro departamento).
- ▶ Problemas para resolver el cuidado de sus familias por ausentarse más tiempo de su hogar.
- ▶ Pérdida de tiempo de su trabajo remunerado.
- ▶ Experiencia vivida en soledad, si no cuenta con recursos para gastos de acompañante.
- ▶ Necesidad de explicar los motivos de su ausencia, lo que puede generar rechazo.
- ▶ Falta de recursos para afrontar todos los gastos que implica.

En Young, las mujeres se trasladan a Fray Bentos (la capital del departamento), a casi 100km de distancia. En Mercedes, el prestador público y los privados resuelven IVE 3 derivando a sus servicios de Dolores o Cardona (38,6 y 96km de distancia respectivamente). El centro de salud pública también deriva a Fray Bentos (34,7km). Cuando los servicios de Fray Bentos están saturados las usuarias del sistema se derivan al Hospital Pereira Rossell en Montevideo. Las

mujeres que residen en Castillos viajan a la ciudad de Rocha (57km) así como las de Río Branco deben hacerlo a Melo (80km).

“Creemos que algunas mujeres decidieron continuar con el embarazo porque viajar a Montevideo no es fácil. Mujeres que, muchas veces, no habían ido nunca a Montevideo. (...) Y aparte, todavía, cuando están de 11 semanas, requieren internación, pensar que van a estar solas 2 o 3 días en Montevideo, con sus hijos chicos acá...” (Entrevista a profesional de prestador de Montevideo).

4 FALTA DE PROFESIONALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

La ley solo habilita a profesionales de la ginecología a realizar IVE 3, lo que restringe la cantidad de especialistas que podrían intervenir en esta etapa. Por otra parte, 98,8% de las interrupciones se hacen con medicamento. En otros países con aborto legal, la receta del medicamento la indican otros profesionales debidamente capacitados.

En 2016, un fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo obligó a los equipos multidisciplinarios a trabajar en forma conjunta, mientras que antes podían intervenir de forma conjunta o consecutiva. En este escenario, las instituciones tienen dificultades para asegurar este funcionamiento.

Por otra parte, en algunas localidades no hay profesionales suficientes de las distintas disciplinas requeridas para integrar los equipos y no es posible cubrir horarios y días de atención.

MYSU detectó que, particularmente en el interior, hay déficit de profesionales en trabajo social y psicología (ejemplo, en Maldonado y el Chuy).

La capacitación en salud sexual y reproductiva a equipos y funcionarios es insuficiente. De acuerdo a las entrevistas, hay poca difusión de normas y técnicas para el personal que interviene directamente en la atención, así como escasa sensibilización para el resto del personal que se relaciona con las usuarias que transitan por un embarazo no deseado.

5 OBJECIÓN DE CONCIENCIA COMO BARRERA

El alto porcentaje de profesionales de la ginecología objetores de conciencia en IVE es un obstáculo para que las mujeres accedan a los servicios legales de aborto. MYSU encontró que la objeción de conciencia supera el 60% en 6 de los 10 departamentos monitoreados. Salvo las excepciones de AMEDRIN en Río Negro y COMEF en Florida, no se encontró ningún servicio de salud en el que no hubiese profesionales objetores.

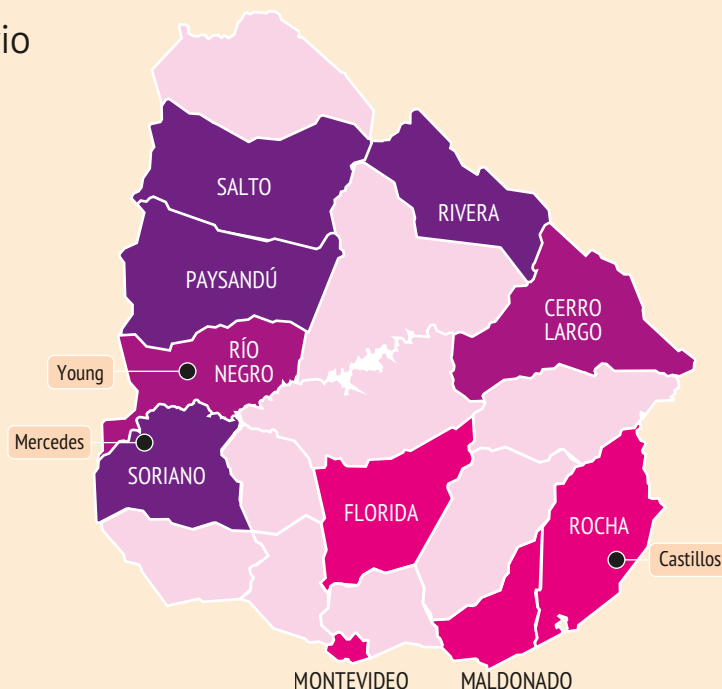
Los principales problemas de objeción de conciencia se registran en el litoral (Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano) y la zona noreste (Rivera y Cerro Largo). MYSU detectó localidades con 100% de objetores: Mercedes (capital de Soriano), Young (segunda ciudad más importante de Río Negro) y Castillos (tercer centro poblado de Rocha).

La desigual distribución territorial de los médicos objetores perjudica a las mujeres del interior del país, en especial, a las que residen en el medio rural y a las más vulnerables.

Motivos de las fugas

Objeción de conciencia en el territorio

- Niveles altos de OC (>60%)
- Niveles medios de OC (30 a 60%)
- Niveles bajos de OC (<30%)
- Departamentos no monitoreados
- Localidades con 100% OC



La objeción de conciencia afecta la calidad de los servicios: los traslados sobrecargan el trabajo de los centros que reciben a usuarias de otras localidades y no siempre se asegura el acompañamiento y control de la mujer en el proceso del aborto.

6 BAJO CONTROL POST ABORTO

Según cifras del MSP, casi un tercio de las mujeres que hacen IVE 3 no llegan a IVE 4, es decir, no se controlan en el post aborto y no se las asesora en anticoncepción.

MYSU encontró variaciones entre las instituciones monitoreadas: hay prestadores que registran 100% o altos porcentajes de captación en IVE 4 (Hospital del Chuy, en Rocha; Hospital de San Carlos y la Red de Atención Primaria en Maldonado; y COSEM y el Hospital Policial en Montevideo). Otros prestadores registran porcentajes mucho más bajos de IVE 4 (CASMER en Rivera o el Hospital Pereira Rossell en Montevideo).

Adicionalmente, los datos del MSP muestran que de las mujeres que asistieron a IVE 4 en 2016, el 84% salió de la consulta con un método anticonceptivo.

LAS MUJERES NO PUEDEN OPTAR

La técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) es una práctica ambulatoria difundida en el mundo como técnica abortiva. Sin embargo, no está disponible en los servicios legales uruguayos de aborto y por lo tanto las mujeres no pueden optar. El MSP ha enfatizado el uso del método medicamentoso, no promueve la capacitación de profesionales en la técnica AMEU ni la ha difundido entre la población usuaria.

MUJERES NO CONTEMPLADAS

Las inmigrantes con menos de un año de residencia en el país no están contempladas por la ley. Si requieren realizarse un aborto deben hacerlo en el circuito clandestino. Esto es injusto, discriminatorio y no se adecua a los compromisos asumidos por el Estado uruguayo a nivel internacional y regional.

DESAFÍOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA

- Difundir los servicios de aborto para que las mujeres no incurran en abortos inseguros: reforzar la información sobre los alcances y requisitos de la ley y la ruta de acceso a los servicios.
- Mejorar la promoción de una política integral de salud sexual y reproductiva: el MSP debe robustecer a sus equipos y capacidad de rectoría para que las instituciones cumplan con los servicios de aborto en el marco de las prestaciones en SSR.
- Garantizar los recursos: asegurar los equipos humanos, racionalizar los esfuerzos y disponer de los insumos para universalizar la cobertura y brindar la mejor atención a las mujeres que abortan en todos los plazos que habilita la ley.
- Incorporar derechos sexuales y reproductivos en la formación curricular y en la educación permanente: asegurar una atención profesional debidamente capacitada para la atención de los servicios de aborto y SSR.
- Fortalecer el sistema de rendición de cuentas: es necesario el relevamiento de información, sistematización y disponibilidad pública de los datos para monitorear y evaluar la respuesta ante la práctica del aborto.
- Desarrollar mecanismos de recepción de denuncias: mejorar el registro de las denuncias permitirá corregir la ausencia de servicios, la mala calidad de la atención o el incumplimiento de la norma.
- Adecuar el marco normativo: la ley de interrupción voluntaria del embarazo se sostuvo en supuestos que no se corresponden con la realidad que se evidenció en el seguimiento de su implementación. Las mujeres no están abortando más porque haya servicios legales de aborto, pero no se puede asegurar que éstos cubran los requerimientos de todas las mujeres que transitan por embarazos no deseados. Pensar que interponer un trámite engorroso desestimará la práctica solo está afectando a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, lo que atenta contra los cometidos que impulsaron la promulgación de la norma. Por lo tanto, el Poder Legislativo tendría que revisar algunos de sus contenidos de forma tal que las instituciones de salud tengan las condiciones para corregir los problemas comprobados y atender adecuadamente la práctica del aborto en el país.

■ Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) es una organización no gubernamental feminista cuya misión es la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de equidad de género y generaciones. Surge en 1996 como una instancia de articulación de personas y organizaciones con dedicación a la salud de las mujeres. En 2004 se constituye como una asociación civil sin fines de lucro, especializada en este campo. Sus áreas de trabajo son: la investigación, la incidencia política, el asesoramiento, la capacitación y la comunicación.

En 2006 se define la necesidad de crear una herramienta político – técnica – ciudadana para dar seguimiento a los compromisos asumidos por el Estado uruguayo ante el sistema internacional de derechos humanos. Se crea así el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es generar conocimiento sobre el impacto de las políticas públicas, valorando la capacidad de respuesta ante requerimientos y demandas de la población para el mejor ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas. Los resultados de sus estudios anuales procuran ser un insumo de utilidad para tomadores de decisión, proveedores de servicios, población usuaria, organizaciones sociales y medios de comunicación.

El Observatorio es un instrumento reconocido por su valor social, político y científico. Sus hallazgos han permitido constatar el grado de implementación de programas y servicios, identificar barreras de acceso, deficiencias en la calidad de atención, brechas entre las demandas y requerimientos de la población, y hacer propuestas que procuran subsanar vacíos y mejorar la respuesta. Algunas de sus recomendaciones han sido adoptadas por las autoridades para reorientar las políticas, sus datos han sido incorporados en informes de país ante instancias de rendición de cuentas de Naciones Unidas y han sido de interés para diversos actores contribuyendo a mejorar su desempeño.



OBSERVATORIO NACIONAL

EN GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

mysu MUJER Y SALUD
EN URUGUAY

Salto 1267 - 11200 Montevideo - Uruguay
Tel: (+598) 2410 3981 / 2410 4619
e: mysu@mysu.org.uy
www.mysu.org.uy
www.mysu.org.uy/observatorio

Esta publicación fue realizada
en 2017 con el apoyo de:



**GLOBAL FUND FOR
WOMEN**
Champions for Equality.



**INTERNATIONAL WOMEN'S
HEALTH COALITION**