Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención

Alejandra López-Gómez, PhD,[1] Martín Couto, L en Soc,[1] Gabriela Píriz, M en Pol Públ, D en Med,[2] Ana Monza, M en Psic Soc,[2] Lilián Abracinskas, T en Anatom Patol,[3] María Luisa Ituarte, L en Psic.[1]

López-Gómez A, Couto M, Píriz G, Monza A, Abracinskas L, Ituarte ML. Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. Salud Publica Mex 2017;59.
https://doi.org/10.21149/7937

Resumen

Objetivo. Analizar las estrategias desarrolladas por los centros de salud para implementar la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los servicios públicos del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay. **Material y métodos.** Investigación cualitativa, que combinó técnicas de análisis documental y cuestionarios autoadministrados a informantes clave y entrevistas semidirigidas a directores de centros de salud. Se construyó un índice sumatorio simple de accesibilidad a las prestaciones de IVE en el centro de salud. **Resultados.** La ley aprobada en Uruguay en 2012 exigió el desarrollo de una estrategia para favorecer la accesibilidad de las mujeres a la IVE en el primer nivel de atención público. Los servicios no lograron implementar cabalmente la estrategia por dificultades institucionales. **Conclusión.** Pese a la amplia disponibilidad de servicios públicos de IVE en el primer nivel de atención y a que forman parte de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, lo que favorece integralidad en la atención, persiste una barrera importante en el alto porcentaje de ginecólogos objetores de conciencia.

Palabras clave: aborto; accesibilidad a los servicios de salud; Uruguay

López-Gómez A, Couto M, Píriz G, Monza A, Abracinskas L, Ituarte ML. Legal health services of abortion in Uruguay. Strategies of the primary health care public services. Salud Publica Mex 2017;59.
https://doi.org/10.21149/7937

Abstract

Objective. To analyze the strategies developed by the health centers to implement the law of legal abortion (LA) in public services of the primary care in Montevideo, Uruguay. **Materials and methods.** A qualitative research was conducted combining techniques of document analysis, self-administered questionnaires to key informants, and in-depth interviews with directors of health centers. A simple summative index of accessibility to abortion services was built. **Results.** The law approved in Uruguay in 2012 demanded the development of a strategy to promote women's accessibility to LA in the public primary care system. The services failed to fully implement the strategy, due to institutional barriers. **Conclusion.** Despite the wide availability of LA services in primary care and that they are an integral part of sexual and reproductive health benefits, there is an important barrier to their use in the number of gynecologists that appeal to conscientious objection.

Keywords: abortion; health services accessibility; Uruguay

(1) Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
(2) Red de Atención del Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Montevideo, Uruguay.
(3) Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Montevideo, Uruguay.

Fecha de recibido: 28 de abril de 2016 • **Fecha de aceptado:** 17 de mayo de 2017
Autor de correspondencia: Martín Couto. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Tristán Narvaja 1674 11200. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: mcouto@psico.edu.uy

En América Latina y El Caribe, el aborto inseguro es un asunto crítico y de alta relevancia social por su incidencia en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.[1,2] La región registra la tasa de aborto inducido más alta en el mundo (32 abortos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 44 años)[3] así como el porcentaje de aborto inseguro más elevado del planeta.[4,5]

Del total de países de la región, sólo tres tienen regulada la práctica legal del aborto por plazos:* Cuba, Guyana y Uruguay; a su vez, cinco lo penalizan en toda circunstancia: Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Los países restantes tienen leyes restrictivas que admiten la práctica en ciertas causales.[6]

En Uruguay, entre 1938 y 2012, el aborto fue considerado delito, tipificado por la Ley Nº 9.763 con atenuantes y eximentes de la pena según causas establecidas.‡ En octubre de 2012, luego de un largo y complejo proceso de debate,[7,8] el parlamento nacional aprobó la Ley Nº 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE),[9] la cual fue reglamentada por el Ministerio de Salud (Decreto 375/012)[10] y puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)[11] a partir de enero de 2013.

Esta ley amplía la exención de la pena del delito de aborto a toda mujer que lo practique en un prestador de salud del SNIS hasta –inclusive– las 12 semanas de gestación (o 14 semanas para el caso de violación) y que cumpla con los pasos establecidos en el texto legal. No se establece plazo para la interrupción cuando hay riesgo de vida o de salud para la mujer embarazada o malformación fetal incompatible con la vida. La ley define que la mujer debe transitar por tres instancias dentro del servicio de salud: una primer consulta médica manifestando su voluntad de abortar (IVE 1), una segunda consulta con un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de ginecología, trabajo social y psicología (IVE 2), luego de la cual está obligada a esperar cinco días con el objetivo de reflexionar sobre la decisión, y una tercera consulta en la que se prescribe la medicación o se realiza el procedimiento quirúrgico (IVE 3). La reglamentación dada por el Ministerio de Salud incluyó una cuarta consulta postIVE de control y asesoramiento en anticoncepción (IVE 4).

La ley establece en su artículo 3º una serie de consideraciones respecto a la participación de los profesionales de la salud. En primer lugar, la consulta IVE 1 puede ser realizada por cualquier profesional de la medicina. La consulta IVE 3, por su parte, puede ser realizada sólo por médicos ginecólogos. Se define la objeción de conciencia para los profesionales de ginecología (artículo 11), específicamente para la instancia de realización de la IVE propiamente dicha (IVE 3).[12]

Los servicios de IVE deben ser prestados por todos los efectores públicos y privados del SNIS de manera gratuita, siguiendo la guía clínica oportunamente dictada por el Ministerio de Salud, con base en las buenas prácticas recomendadas por la OMS.[13,14] En el sector público de Montevideo y área metropolitana, estos servicios están ubicados básicamente en el primer nivel de atención, lo que resulta una novedad en el contexto nacional y regional.

En 2014, se realizaron 8 500 IVE en el sistema de salud, 20% más que el año anterior; las adolescentes menores de 20 años representaron 18% del total de IVE. Del total de IVE registrados, 60% tuvieron lugar en Montevideo y el restante 40% en el interior del país.[15]

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el prestador del SNIS con mayor extensión territorial y con una cobertura de 30% de la población total del país.[16] La Red de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana forma parte de la ASSE y está integrada por 14 centros de salud distribuidos en el área metropolitana (incluyendo Montevideo) con sus policlínicas dependientes, consultorios y médicos de familia. La RAP Metropolitana trabaja de manera articulada con otros efectores públicos y cuenta con 74 802 usuarias entre 15 y 44 años, de las cuales 20% tiene entre 15 y 19 años.

En los 14 centros de salud se prestan servicios gratuitos e integrales en salud sexual y reproductiva que incluyen atención a la interrupción voluntaria del embarazo únicamente mediante el uso de medicamentos (misoprostol o mifepristona). En caso de complicaciones o situaciones clínicas que lo ameriten, las mujeres son referidas al tercer nivel de atención para la realización de una IVE quirúrgica. Según el análisis de los registros disponibles, entre enero de 2013 y diciembre de 2015, en la RAP Metropolitana se completaron 1 034 IVE farmacológicos.

En este artículo se presentan algunos resultados del proyecto de investigación "Accesibilidad a servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres del área metropolitana", realizado entre abril de 2015 y septiembre de 2016, en conjunto por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, la RAP Metropolitana de ASSE y la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). El objetivo del presente estudio fue analizar las estrategias desarrolladas por los Centros de Salud para implementar los servicios de IVE legal.

* México tiene despenalizado el aborto en la Ciudad de México.

‡ El aborto fue penalizado en el primer Código Penal Uruguayo (1889), despenalizado en el Código Penal vigente, de 1934, y vuelto a penalizar por ley en 1938.

Material y métodos

Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, basado en una estrategia metodológica de tipo cualitativa. Para el cumplimiento del objetivo antes referido, se analizaron las exigencias que la ley Nº 18.987, de IVE, establece para la implementación de los servicios; se recopilaron y estudiaron documentos de gestión de la RAP Metropolitana; se recolectó información básica de cada uno de los centros de salud, y se realizaron siete entrevistas semidirigidas a directores de centros de salud y a integrantes del equipo de gestión del área de salud sexual y reproductiva de la RAP. Para el análisis de la información se utilizaron los procedimientos de análisis de contenido, con base en la elaboración de una lista de códigos y la sistematización del material empírico, con el apoyo del software MAXQDA12. El estudio cumple con los criterios éticos de protección de seres humanos que establece la normativa nacional en la materia y fue avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

A los efectos de estudiar la accesibilidad desde la oferta de servicios, se construyó un índice que permitió clasificar a los centros de salud en una escala con cuatro categorías: alta accesibilidad, media-alta accesibilidad, media accesibilidad y baja accesibilidad. Para la construcción de este índice sumatorio simple se tomaron indicadores sobre las características de la ruta crítica que deben transitar las mujeres para realizar una IVE en los centros de salud.

Se definieron cuatro supuestos para la asignación de valores de cada una de las variables: a) la disponibilidad de consulta de IVE 1 en la mayor cantidad de locales aumenta la accesibilidad de las usuarias; b) la realización de la consulta con el equipo multidisciplinario en conjunto con todos los profesionales y en el mismo local mejora la accesibilidad; c) la ruta completa en el mismo centro de salud aumenta la probabilidad de que la usuaria complete el proceso si así lo desea, y d) que la consulta IVE 3 (la IVE propiamente dicha) se pueda realizar en la mayor cantidad de locales favorece la accesibilidad.

En la escala construida sobre niveles de accesibilidad, la *alta accesibilidad* es definida como la oferta amplia de servicios de salud, con facilidades para la captación de la usuaria y el tránsito sin barreras por el servicio para completar la ruta de IVE. En el otro extremo, la *baja accesibilidad* refiere a una forma de organización y funcionamiento de los servicios que impide o dificulta que las mujeres completen la ruta de atención.

Resultados

El proceso de puesta en marcha de los servicios de IVE legal

La RAP Metropolitana definió la forma en que se instrumentarían los servicios de IVE tomando en consideración la ruta crítica que establece la ley así como la capacidad institucional y la disponibilidad de los recursos humanos requeridos para brindar esta prestación. Desde 2001, los servicios públicos del primer nivel de atención de Montevideo iniciaron un proceso de incorporación de prestaciones en salud sexual y reproductiva que, en ese entonces, significó un hito en el proceso de transformación del modelo de atención-materno infantil hacia uno integral en salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención.[17] La instrumentación de los servicios de IVE legal en la RAP Metropolitana debe analizarse en un proceso más amplio de incorporación de la agenda de género y de derechos sexuales y reproductivos en el campo de la atención institucional de la salud.

Las entrevistas realizadas así como los documentos de gestión analizados dan cuenta de que, para la definición de la estrategia de incorporación de los servicios de IVE, las autoridades analizaron las distintas posibilidades con los directores de los centros. Tomando en cuenta el relevamiento de los recursos humanos disponibles, se resolvió implementar estos servicios en los 14 centros de salud. De esta manera, una sola estrategia de implementación fue puesta en práctica en todos los centros de salud, buscando minimizar las barreras de acceso de las mujeres a esta prestación.

La estrategia diseñada implica que la usuaria pueda acudir a cualquiera de los locales de la RAP a solicitar consulta con un médico para plantear su situación de embarazo no planeado/no deseado y la decisión de interrumpirlo (IVE 1). Según la definición institucional, la consulta de asesoramiento con el equipo multidisciplinario (IVE 2) y la consulta con el ginecólogo (IVE 3), así como el acceso a la medicación para abortar, se deben ofrecer en los 14 centros de salud. Esta estrategia se propuso lograr el mayor nivel de captación posible de usuarias –dispone para ello de 110 locales– así como la posibilidad de realizar todo el proceso de consulta en un mismo centro de salud. Sin embargo, la información básica de cada centro de salud recopilada para este estudio evidenció que los niveles de implementación de esta estrategia no son homogéneos: en algunos centros de salud sólo se brinda una de las etapas del proceso de atención mientras que otros se limitan a recibir a la usua-

ria en la primera consulta para derivarla a otro centro u otro prestador público, lo cual indica un desajuste entre el diseño de la estrategia inicial y su implementación.

Se pudo constatar que, si bien en los centros de salud donde no es posible realizar la ruta de atención completa se informa a las mujeres sobre los servicios donde pueden acceder a la interrupción del embarazo, luego no se lleva un seguimiento para corroborar que la usuaria haya continuado y completado el proceso de atención.

Dado que la ley establece plazos en la edad gestacional para el IVE voluntario (12 o 14 semanas) dentro del sistema de salud, las personas entrevistadas señalaron que se definieron un conjunto de procedimientos a modo de reducir los tiempos de espera para acceder a las consultas y los estudios clínicos. Por ejemplo, la usuaria debe ser atendida por un profesional en el momento en que acude al servicio o al día siguiente, independientemente de la existencia de cupos para la consulta. Los exámenes paraclínicos exigidos –ecografía y examen de sangre– deben realizarse en un corto plazo y los resultados deben estar disponibles al día siguiente de haber tenido lugar. Las órdenes para los exámenes, así como para las consultas con profesionales, tienen la inscripción "IVE", a fin de no demorar la atención de la usuaria. Este aspecto debe combinarse con criterios éticos de protección de la identidad y confidencialidad.

Para lograr la captación temprana de mujeres que cursan embarazos no planeados/no deseados, el personal administrativo de los centros de salud fue capacitado en el conocimiento de la ruta crítica para poder orientar rápidamente a la usuaria. Se solicita a las mujeres que comuniquen que consultan por una interrupción voluntaria del embarazo para que el proceso de atención implique la menor demora posible. Por último, se implementó un sistema por el cual las usuarias pueden adquirir la medicación para el IVE farmacológico en cualquier farmacia de los centros de salud de la RAP, independientemente del centro donde fue atendida.

Los profesionales de la salud y la implementación de los servicios de IVE legal

La literatura científica disponible coincide en afirmar que los profesionales de salud son agentes clave en la implementación de los servicios de IVE.[18,19]

Según los datos recogidos para esta investigación sobre los centros de salud, en la RAP Metropolitana la disponibilidad de profesionales de ginecología no objetores es una dificultad para la implementación de los servicios. De los 34 ginecólogos con que se cuenta, 18 son objetores (52.9%), porcentaje sensiblemente mayor al promedio de objetores en todo el país difundido por el Ministerio de Salud (30%). Esta situación es uno de los factores que explica que la estrategia inicialmente diseñada por la RAP Metropolitana no se haya podido implementar integralmente en todos los centros de salud. En los casos en que éstos no cuentan con ginecólogos para realizar IVE, se deriva a la usuaria a otra dependencia o a centros de salud de otros prestadores públicos, con los cuales se coordinan servicios.

En las entrevistas realizadas se pudo constatar que la disponibilidad de profesionales de salud mental y de trabajo social no fue un obstáculo para la implementación de los servicios. Existen 10 profesionales del área social y 10 de salud mental trabajando actualmente en servicios de IVE en la RAP Metropolitana. A pesar de ello, tras presentarse la dificultad con los profesionales de ginecología objetores, algunos centros optaron por derivar la consulta de IVE 2 (incluyendo salud mental y trabajo social) a otros efectores públicos. Asimismo, si bien la ley no los menciona explícitamente como participantes de la ruta IVE, hay personal de enfermería, obstetra-parteras y médicos de familia que participan activamente en la prestación de estos servicios. Estos profesionales juegan un papel importante en el desarrollo de estrategias de prevención de embarazo no deseado, en la captación inicial de usuarias que viven estas situaciones así como en la coordinación de los servicios. El hecho de que la ley no incluya explícitamente a esos perfiles profesionales en los equipos multidisciplinarios de la consulta IVE 2 limita la posibilidad de disponer de recursos profesionales entrenados y con destacada participación en el primer nivel de atención. Dado que el texto legal establece que la prescripción de la medicación para IVE farmacológico compete sólo a ginecólogos, excluye de esta acción a otros profesionales, lo que resulta en una barrera para la prestación de los servicios.

Finalmente, los servicios se conformaron con profesionales que estaban dispuestos a participar y que, en su mayoría, ya formaban parte de los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto obedeció a una decisión de las autoridades de involucrar solamente a profesionales comprometidos con la atención en IVE, por lo que se excluyó a aquéllos que, aunque no fueran objetores, no mostraban disposición a brindar esta prestación.

Niveles de accesibilidad

En cuanto a los niveles de accesibilidad, la mayoría de los centros de salud, se ubican en los niveles de alta y media alta accesibilidad, tal como se ilustra en el cuadro I. En los centros de alta accesibilidad, la ruta IVE se puede transitar completamente en el mismo centro, sin necesidad de derivaciones a otros servicios. En el otro extremo, los centros de baja accesibilidad realizan IVE 1 sólo en el

Cuadro I
NIVELES DE ACCESIBILIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD DE RED DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL DEL AREA METROPOLITANA, URUGUAY

	Cantidad de Centros	*Porcentaje de Centros*
Alta accesibilidad	6	43%
Media-alta accesibilidad	3	21%
Media accesibilidad	3	21%
Baja accesibilidad	2	14%
Total	14	100%

Fuente: elaboración propia con base en resultados del estudio "Accesibilidad a servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres del área metropolitana". Uruguay, 2016

local del centro de salud o no se realiza ni en el centro ni en sus policlínicas descentralizadas (lo que disminuye la probabilidad de captar a la usuaria y, si esto ocurre, aumenta la probabilidad de que se realice fuera de los plazos y de los servicios legales). La consulta IVE 2 se realiza con, por lo menos, un profesional en otro centro de salud o en otro prestador público y la consulta IVE 3 se realiza sólo en otro centro de salud o en otro prestador público. En definitiva, la ruta IVE es compartida con otro centro de salud u otro efector público.

Los resultados permiten afirmar que la estrategia inicialmente diseñada fue implementada con distintos grados de éxito según cada centro de salud. Esto evidencia diferencias entre el diagnóstico inicial en cuanto a disposición y disponibilidad de profesionales para implementar los servicios, y la realidad observada luego de su puesta en marcha.

Discusión

El artículo desarrolla los hallazgos vinculados a un estudio de la oferta de servicios públicos de IVE legal en Montevideo y área metropolitana, a partir de supuestos sobre la demanda de atención. Se parte de un concepto de accesibilidad ampliada,[20,21] el cual no sólo refiere al encuentro inicial con el servicio de salud sino a todo el tránsito que la usuaria realiza en el mismo durante el proceso de atención. No obstante, en los organismos de gestión de los servicios así como en sus equipos de trabajo subyace una concepción sobre accesibilidad limitada a la captación inicial de la usuaria; el proceso total que ésta realiza en el servicio no se identifica como un asunto de accesibilidad.

Un punto de debate es la relación entre accesibilidad y complementariedad entre prestadores de salud. Para resolver la contradicción entre un alto nivel de accesibilidad y un sistema de salud integrado que optimice recursos, será necesario evaluar en profundidad las condiciones de acceso y permanencia de las usuarias, para determinar en qué medida la contradicción antes planteada puede convertirse en una conciliación.

Se puede señalar que la disponibilidad de servicios públicos de IVE es amplia y extendida en toda el área metropolitana, lo que es un facilitador para garantizar el derecho consagrado en la nueva ley. El hecho de que estos servicios se encuentren en el primer nivel de atención y estén integrados en las prestaciones de salud sexual y reproductiva es una innovación del caso uruguayo, lo que colabora en la atención integral de las mujeres durante la situación de embarazo no deseado / no planeado y IVE.

Más allá de los avances evidenciados, un obstáculo identificado para la accesibilidad a los servicios es el alto porcentaje de ginecólogos objetores de conciencia. Esto podría deberse a una interpretación amplia de la objeción por parte de los profesionales, que trasciende la libertad de conciencia, para basarse en otros argumentos de tipo económico, corporativo o de oposición a la ley aprobada (lo que configuraría desobediencia civil y no objeción de conciencia).[22] En 2014, tuvo lugar una demanda presentada por un colectivo de médicos ginecólogos objetores al Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Como resultado, la implementación de la ley se enfrenta a nuevas dificultades que obstaculizan el acceso de las mujeres a los servicios legales de IVE. En este escenario, la RAP Metropolitana ha buscado sostener su estrategia inicial con el objetivo de minimizar el impacto de esta medida en el funcionamiento de los servicios.

Los resultados obtenidos en este estudio funcionan como hipótesis para las etapas siguientes de la investigación, centradas en el análisis de las experiencias, apreciaciones y percepciones de las mujeres que han abortado en los servicios de salud, así como de aquéllas que lo han hecho clandestinamente, por fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud, aun en el nuevo contexto legal. Estos resultados serán materia de futuras comunicaciones.

Agradecimientos

A la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República de Uruguay por el apoyo financiero para la realización de este estudio.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. 6ª ed. Geneva: WHO, 2011.
2. OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial, División Población NNUU. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. [monografía en internet] Geneva: WHO, 2014 [consultado el 10 de diciembre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/
3. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. [monografía en internet]. Guttmacher Institute, 2015. [consultado diciembre 2015]. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
4. 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. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4
5. Singh S, Darroch J E, Ashford L S, Vlassoff M. Adding it IUp: the costs and benefits of investing in familiy planning and maternal and newborn health. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.
6. Bohórquez-Monsalve V. Normativas y aborto. De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En: Ramos S (comp.) Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Buenos Aires: CEDES, 2015:153-172.
7. Correa S, Pecheny M. Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay. Montevideo: MYSU, 2016.
8. López-Gómez A. Aborto legal en Uruguay: el largo proceso para garantizar el accesoa la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. En: Cavenaghi S y Cabella W. (orgs.) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Río de Janeiro: ALAP, 2014.
9. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Uruguay: Diario Oficial de 30 de octubre de 2012 [consultado en marzo 2016]. Disponible en: http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3
10. Presidencia de la República de Uruguay. Decreto 375/012 [consultado marzo 2016]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons_min_604.pdf
11. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Ley N° 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay, Diario Oficial de 13 de diciembre de 2007 [consultado en marzo 2016]. Disponible en: http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61
12. Javier J. Reflexiones sobre la Objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473. Revista de Derecho Público 2013;43:33-56.13. Ministerio de Salud de Uruguay. Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo. Montevideo: Ministerio de Salud, 2012.
14. OMS. Aborto sin riesgos: quía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da. ed. Montevideo: OMS, CLAP-OPS, 2012.
15. Ministerio de Salud de Uruguay. Interrupción voluntaria de embarazo. Ministerio de Salud 2015 [consultado en marzo 2016]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupción-voluntaria-de-embarazo
16. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Anuario Estadístico. Montevideo: INE, 2015.
17. López Gómez A, Benia W, Contera M, Güida C. Del enfoque materno-infantil al enfoque de salud reproductiva. Factores vinculados a la aplicación de un programa de salud integral de la mujeren el marco de un modelo asistencial materno-infantil en Montevideo, Uruguay. En: Nigenda G. Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina. La experiencia de VINREPLAC. México: Fundación Mexicana Para la Salud, 2002:37-68.
18. López-Gómez A. Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En: Ramos S (comp.). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Buenos Aires: CEDES, 2015;19-40.
19. Mujer Y Salud en Uruguay. Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Montevideo: MYSU, 2010.
20. Barcala A, Stolkiner A. Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En: Domínguez-Mon A, Federico A, Findling L, Mendes-Diz A (comp.). La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken, 2000;282-295.
21. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, *et al*. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y los servicios. Anuario de Investigaciones-Facultad de Psicología-UBA 2006;14: 201-209.
22. Mautone M, Rodríguez-Almada H. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. Rev Med Urug 2013;29:40-42.