



# LO QUE CUENTAN LAS MUJERES

VIVENCIAS Y  
TRAYECTORIAS  
TERAPÉUTICAS DE  
USUARIAS DE LOS  
SERVICIOS DE  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN  
MONTEVIDEO, CERRO  
LARGO Y PAYSANDÚ

AUTORA:  
MARTHA SILVA

COLABORADORES:  
CARINE THIBAUT  
SANDRINE SIMON  
CAMILA GIUGLIANI  
SOLEDAD DÍAZ PASTEN





# LO QUE CUENTAN LAS MUJERES

VIVENCIAS Y  
TRAYECTORIAS  
TERAPÉUTICAS DE  
USUARIAS DE LOS  
SERVICIOS DE  
INTERRUPCIÓN  
VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO EN  
MONTEVIDEO, CERRO  
LARGO Y PAYSANDÚ

**AUTORA:**  
MARTHA SILVA

**COLABORADORES:**  
CARINE THIBAUT  
SANDRINE SIMON  
CAMILA GIUGLIANI  
SOLEDAD DIAZ PASTEN

*Lo que cuentan las mujeres*

Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú.

Autora: Martha Silva

Colaboradores: Carine Thibaut, Sandrine Simon, Camila Giugliani, Soledad Díaz Pasten.

Concepción y editing: Objeto Directo

Diseño gráfico: Florencia Lastreto

Fotografías de tapa y páginas 20 y 58: Lam Duc Hien

Fotografías páginas 4 y 26: Natalie Mikhaloff

Fotografía página 10: Sara Farid

Fotografía página 62: <http://www.sxc.hu/>

Edición:

Médicos del Mundo Francia

[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)

ISBN 978-9974-99-418-8

Abril 2014

# AGRADECIMIENTOS

El presente estudio ha sido posible gracias a la ayuda de muchas personas. Principalmente agradecemos la colaboración de la organización Iniciativas Sanitarias, la dirección del CHPR, las direcciones de los centros de salud de ASSE de Cerro Largo y Paysandú, los profesionales dentro de los servicios de SSR accedidos, a la organización Mujeres en el Horno y a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Un agradecimiento muy especial a las mujeres que estuvieron dispuestas a compartir con nosotros sus vivencias.



# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
1.1 La organización	12
<b>2. CONTEXTO</b>	<b>13</b>
2.1. Contexto internacional	13
2.2. Contexto nacional	14
2.2.1. El sistema de salud en Uruguay	14
2.2.2. Marco legislativo	14
2.3. Contexto local del estudio	17
2.4. Algunos indicadores de Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay	17
2.4.1 Vivencias y trayectorias de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en general	18
<b>3. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>21</b>
3.1. El modelo de investigación en servicios de Salud	21
3.2. Representaciones sociales, género y salud reproductiva	21
<b>4. METODOLOGÍA Y DISEÑO</b>	<b>23</b>
4.1. Objetivos del estudio	23
4.2. Población meta y protocolo de investigación	23
4.3. Cuidados éticos	24
4.4. Análisis de datos	24
4.5. Limitaciones del estudio	25

<b>5. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
5.1. ¿Cómo tomaron la decisión de asistir a un servicio de IVE?	28
5.1.1. ¿Cómo fue el proceso de toma de decisión?	30
5.1.2. ¿Qué papel juega la pareja en la decisión?	30
5.1.3. ¿Qué papel juega la familia en la decisión?	31
5.1.4. ¿Qué papel juega el equipo de salud de IVE en la decisión?	32
5.2. ¿Cómo llegan las mujeres al servicio?	33
5.2.1. Primer conocimiento de los servicios	33
5.2.2. Puertas de entrada a los servicios	34
5.3. ¿Cómo es la trayectoria por los servicios?	35
5.4. ¿Cómo las trataron en el servicio de IVE?	38
5.5. ¿Cómo vivieron la experiencia del aborto?	42
5.6. ¿Qué les facilitó la vivencia de IVE?	45
5.6.1. El tono desestigmatizante del servicio	45
5.6.2. Aborto medicamentoso ambulatorio: “poder vivir el aborto en casa”	46
5.6.3. Confidencialidad	46
5.6.4. Apoyo de otras mujeres cursando por el servicio	47
5.6.5. Vínculo existente con servicio de salud	47
5.7. ¿Qué dificultades y barreras encontraron?	48
5.7.1 Falta de difusión	49
5.7.2 Proceso “engoroso” en el servicio	50
5.7.3. Barreras geográficas y económicas	50
5.7.4. Barreras ligadas al sistema de salud	51
5.7.5. Contexto social	53
5.8. ¿Qué impacto tuvo el haber accedido a un servicio de IVE legal?	54
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>59</b>
6.1. El acceso a los servicios	59
6.2. Aspectos de la calidad de los servicios	60
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>63</b>
7.1. Acceso a los servicios	63
7.2. Calidad de los servicios	63
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO I. GUÍA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD</b>	<b>69</b>



# RESUMEN

En el último año, Uruguay se ha posicionado a la vanguardia garantizando ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, al aprobar una ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). A más de un año del inicio de la implementación de estos servicios, este reporte presenta los hallazgos de una investigación realizada por Médicos del Mundo Francia en Uruguay, que pretende relevar las vivencias y las trayectorias de las mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y la prestación de IVE que se brinda a través de este servicio.

## LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN QUE GUIARON ESTE ESTUDIO SON:

- 1 ¿Cómo decidieron las mujeres asistir al servicio?
- 2 ¿Cómo llegaron al servicio?
- 3 ¿Cómo fue la trayectoria por el sistema de salud?
- 4 ¿Cómo fue el trato en el servicio?
- 5 ¿Cómo vivieron la experiencia del aborto?
- 6 ¿Qué les facilitó o dificultó la experiencia?
- 7 ¿Qué barreras encontraron?
- 8 ¿Qué impacto tuvo acceder al servicio?

Se utilizó una metodología cualitativa, con 21 entrevistas en profundidad a mujeres que recibieron atención por IVE en servicios de tres departamentos: Montevideo (n=11), Cerro Largo (n=7) y Paysandú (n=3). Las mujeres fueron contactadas a través de los servicios de salud. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas utilizando un método inductivo.

Los resultados de este estudio muestran que el tiempo en la toma de decisión es variable y el proceso dinámico. Según las circunstancias de cada mujer, la toma de decisión es acompañada por la pareja, la familia o se vive en soledad. Diecinueve de veintiuna mujeres reportaron haberlo decidido antes de la primera consulta con el equipo de salud.

Entre las razones citadas para abortar, surgen los problemas financieros, abandono de la pareja, problemas de salud en la familia, el cuidado de los hijos/as y la interrupción del estudio u otro proyecto de vida. Se destaca en las vivencias la importancia que dan las mujeres a la autonomía de su decisión. En un solo caso, una mujer con historial de trombosis dijo basar su decisión en la opinión médica, entre otras cosas. Tres mujeres en los departamentos del interior percibieron que los equipos de salud mostraban un sesgo “por la vida”: la continuación del embarazo.

Los medios de comunicación masiva, en su cobertura sobre los primeros meses de la implementación de la prestación de IVE, sirvieron para informar a la

población de la existencia de los servicios. Aun así, 4/21 mujeres no sabían o no estaban seguras de que el aborto era legal.

El recorrido por los servicios para la mayoría se vive como pesado, con muchos movimientos en términos de trámites que hay que hacer y número de veces que hay que volver al servicio. La trayectoria está demarcada por la ley y se divide en al menos tres citas obligatorias pre aborto, una ecografía y una cita opcional post aborto. El trámite puede ser más largo para las mujeres que se les confirma un embarazo temprano (4-5 semanas), ya que se les indica que regresen dos semanas después a una segunda ecografía. Las puertas de entrada al sistema de salud son por Emergencia, contacto directo con el servicio de SSR o en los centros de atención primaria, a través de la confirmación de un embarazo. Para algunas mujeres, preguntar por un “servicio de abortos” en la recepción de una policlínica es angustiante. Al menos una mujer prefiere averiguar directamente el nombre del/la médico/a para pedir una cita directamente.

Se reporta en forma recurrente muy buen trato por parte de los equipos de IVE, mas no necesariamente por el personal que hace ecografías. Muchas entrevistadas confirmaron haber vivido la ecografía con el volumen activado, lo que permitía escuchar los latidos del feto, y también mirando la pantalla, y en un caso se incluyó una foto del feto en el reporte de la ecografía. La internación es, sin duda, un momento estresante, donde las mujeres perciben al personal en general como menos sensibilizado para tratar este tema, y a algunos médicos directamente hostiles. Igualmente el trato en Emergencia también llegó a ser desagradable para al menos dos mujeres en el interior del país. Sobre la vivencia misma del aborto con medicamentos, las mujeres expresan haber tenido miedo a las posibles complicaciones del medicamento o a que falle en interrumpir el embarazo. Una vez iniciado el proceso de aborto,

la cantidad de sangrado también puede generar angustia. Las mujeres viven el proceso de aborto con dolor. Algunas se angustian al ver el feto una vez expulsado, evidenciando en al menos una entrevistada con doce semanas de gestación, una falta de preparación para esta parte del proceso. Emocionalmente la vivencia no aparenta ser fácil para ninguna de las mujeres, algunas de ellas mostrando sentimientos encontrados aun cuando evidencian una decisión firme y autónoma.

Algunos factores son identificables por haber facilitado la vivencia a las usuarias, tales como: el tono desestigmatizante del servicio en general y el buen trato del equipo interdisciplinario, el proceso ambulatorio del aborto con medicamentos, el respeto a su confidencialidad para pacientes que viven internación, el apoyo que encuentran en otras mujeres que viven una IVE y el vínculo con el servicio en atención primaria, el cual facilita el seguimiento y adopción de anticoncepción post aborto. Por otro lado, las mujeres viven algunas dificultades, tales como el tener que internarse cuando no lo previeron, o tener que ocultar su embarazo y su aborto en casa. Las barreras para acceder a los servicios son: la falta de difusión de los servicios, el proceso “engorroso”, las barreras geográficas y económicas (pago de transporte y días de trabajo perdidos), las barreras dentro del sistema de salud (estigma en los centros de salud, desvinculación entre diferentes procesos del servicio lo cual crea una experiencia diferenciada) y estigma en el contexto social que se vive.

El haber podido acceder a un aborto dentro de un marco legal e institucional les brinda a las mujeres una mayor sensación de seguridad: pone al estado como garante de un derecho. Asimismo, el impacto financiero es importante al recibir gratuitamente la medicación dentro de los servicios de SSR. En pocas palabras, se sienten respaldadas por un sistema de salud que las cuida.

Los resultados de este estudio apuntan a una serie de recomendaciones. Para mejorar el acceso a los servicios de SSR y la prestación de IVE, se sugiere desarrollar campañas de difusión de los servicios a nivel nacional y local que informen a las mujeres no solo de su derecho a acceder el servicio, sino dónde se puede acudir para obtener más información y para ser atendidas. Sería conveniente también desarrollar campañas de educación masivas que aborden el tema del aborto de una manera empática como estrategia para combatir el estigma.

Para mejorar la calidad de los servicios de SSR y la prestación de IVE se sugiere ante todo procurar una nueva ventana de oportunidad de acción política para revisar la ley de IVE con el fin de facilitar el proceso para acceder al servicio. La mejor forma de agilizar el servicio sigue siendo la legalización, la cual no supone ninguna restricción al servicio impuesta por la ley. A falta de esto, se recomienda buscar modos de acortar el tiempo que toma a las mujeres tramitar un aborto, agilizando el proceso a través de los servicios. Una sugerencia adicional sería la de continuar capacitando al personal de ecografía en la atención apropiada para pacientes de IVE, y

desarrollar y difundir guías y protocolos oficiales de trato en ecografía, internación y Emergencia. Igualmente se recomienda continuar difundiendo las guías técnicas de aborto con medicamentos y asegurar la capacitación continua de los proveedores de salud. Para las mujeres con gestación de entre 10 y 12 semanas, otra recomendación es dar la opción entre el aborto con medicamentos y el aborto con aspiración manual endouterina (AMEU). En caso de hacer aborto medicamentoso, se deberá asegurar que la mujer esté adecuadamente preparada para ver el feto. Para la mejora en la calidad de atención a nivel hospitalario, se aconseja llevar a cabo actividades de clarificación de valores con el personal y, asimismo, asegurar un mejor acompañamiento en el caso de vivir el aborto medicamentoso en internación. Por último, se sugiere realizar la consejería en anticoncepción en consultas anteriores al IVE 3, dado el alto porcentaje de mujeres que no vuelven a la cita de IVE 4, y mejorar sistémicamente el tiempo de espera para acceder al DIU y la esterilización para que formen parte de las alternativas inmediatamente disponibles para aquellas que las quieran.



# I. INTRODUCCIÓN

En el contexto latinoamericano, Uruguay ha tenido grandes avances en el área de los derechos sexuales y reproductivos en los últimos años. La aprobación de la ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el 2008 proporcionó el marco para asegurar el acceso a servicios en el nivel primario de atención, reafirmando en su calidad de derecho. En el 2012, otro gran avance se dio con la aprobación de la ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) la cual garantiza el acceso a servicios de IVE bajo ciertas condiciones. Médicos del Mundo Francia (MDM-F) – una organización no gubernamental humanitaria que trabaja en defensa del derecho a la salud sin distinción de género, edad, etnia o religión – llevó a cabo una investigación en dos fases, la primera en el 2012 y la segunda en el 2013 – antes y después de la aprobación de la ley 18.987 – para acompañar el proceso de implementación de los servicios de SSR e IVE e informar sobre las experiencias de las usuarias con estos servicios. El presente reporte describe los resultados de la segunda fase del estudio, analizando entrevistas realizadas a 21 usuarias de la prestación de IVE dentro de los servicios de SSR de Cerro Largo, Paysandú y Montevideo.

# I.1 LA ORGANIZACIÓN

Desde el 2010, MDM-F apoya el desarrollo del proyecto “Reducción de los riesgos relacionados con los abortos provocados y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina”. MDM-F empezó trabajando en estrecha relación con dos ONG uruguayas: Iniciativas Sanitarias (IS)<sup>1</sup>, una asociación de profesionales de la Salud que inició a partir del 2004 la estrategia de reducción de riesgos y daños (RRD) en caso de abortos inseguros y que se dedica a la defensa y aplicación de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones a través de la promoción del acceso a servicios de salud, y una organización feminista – Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)<sup>2</sup> – que promueve el derecho a la salud y a los derechos reproductivos con la perspectiva de género. Este proyecto se inscribe en la estrategia de MDM-F en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo es apoyar las iniciativas relacionadas con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la región y, en particular, las relacionadas con el embarazo no deseado. A partir de julio del 2013 comenzó la segunda fase del trabajo de MDM-F en Uruguay. En esta fase, el proyecto se llama “Disminución de barreras para el acceso a los servicios de salud

sexual y reproductiva de calidad, particularmente a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay”. A través de este proyecto continúa el apoyo a las dos organizaciones socias IS y MYSU, expandiéndose en enero del 2013 para incluir el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en Montevideo – el proveedor público de IVE más grande del país – con el fin de consolidar un centro de referencia en SSR en Uruguay. A su vez se suma al proyecto una tercera organización llamada Mujeres en el Horno (MEH), con el fin de fortalecer una línea telefónica de apoyo a las mujeres en situación de embarazo no deseado<sup>3</sup>.

Por último, en la segunda fase se pretende participar directamente como MDM-F en fortalecer la implementación de la ley 18.987 a través de pasantías Sur/Sur – intercambiando experiencias con otros actores fuertes de la región – y también llevando a cabo trabajos de investigación que alimenten la información sobre el acceso a estos servicios en Uruguay. Bajo este último mandato se lleva a cabo esta investigación para reforzar el proyecto de MDM-F en Uruguay, así como fortalecer los proyectos en SSR de MDM-F en la región.

<sup>1</sup> [www.iniciativas.org.uy](http://www.iniciativas.org.uy)

<sup>2</sup> [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)

<sup>3</sup> Línea telefónica “Línea Aborto, Información Segura”

# 2. CONTEXTO

El contexto internacional se describe en esta sección, presentando un marco de los acuerdos ratificados por Uruguay en el área de salud sexual y reproductiva. La descripción del contexto nacional incluye un panorama del sistema de salud, así como del marco legislativo que rige los servicios de IVE, concluyendo con algunas cifras del servicio de IVE en el segundo informe público del Ministerio de Salud Pública (MSP).

## 2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

Uruguay, junto a otros 178 países, formó parte y ratificó los compromisos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (CIPD) en 1994 (ONU; 1994). Entre los compromisos asumidos en la plataforma de acción se incluye el de asegurar el acceso universal a servicios de planificación familiar y servicios de salud sexual y reproductiva que contemple los derechos reproductivos de cada individuo, como el de asegurar que las mujeres que viven embarazos no deseados tengan información y asesoría confiables y compasivas. La declaración de CIPD reconoce que cada país debe asegurar, según el marco legal existente, que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto seguro. Asimismo la declaración de Beijing, firmada en 1995, reafirma y reconoce el derecho de todas las mujeres a controlar todo aspecto de su salud, particularmente su fertilidad como base para su empoderamiento (ONU; 1995). Estos acuerdos internacionales han incentivado el desarrollo de políticas de salud a nivel global. Más recientemente, en 2005, la Asamblea General de la ONU renovó los compromisos de CIPD para garantizar acceso

a servicios de salud reproductiva para el 2015 (Asamblea General de las Naciones Unidas; 2005), los cuales deben, no sólo estar disponibles, sino también ser accesibles, aceptables y adecuados (de Francisco, Dixon-Mueller, d’Arcangues; 2007).

Por último, la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia llevada a cabo en el 2002, en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU, declara que los adolescentes tienen el derecho a disponer de la información y los servicios que les permitan abordar su sexualidad de manera positiva y responsable (Asamblea General de las Naciones Unidas; 2002).

No obstante el consenso internacional, la región latinoamericana en general ha cambiado poco su legislación con relación al aborto, y aún tiene entre sus países algunas de las leyes más restrictivas con respecto al aborto<sup>4</sup>. El Uruguay por lo tanto, junto con México DF y Cuba, es de los pocos lugares que permiten el aborto hasta las doce semanas sin restricción al motivo por el cual se procura el aborto.

<sup>4</sup> Ver: <http://worldabortionlaws.com/map/>

## 2.2. CONTEXTO NACIONAL

A continuación presentamos una breve descripción del sistema de salud en el cual se insertan los servicios de SSR e IVE, así como el marco legislativo que los rige.

### 2.2.1. EL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

El sistema de salud en Uruguay está financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS), un fondo único, público y obligatorio. El SNS es el mecanismo financiador de los servicios que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), compuesto por instituciones públicas (ASSE – Administrador de Servicios de Salud del Estado) y mutualistas privadas (instituciones de asistencia médica colectiva). El acceso a la salud universal es garantido a partir de la integración de toda la población al SNS, y es financiado con un aporte proporcional a los ingresos de las familias. Hay aporte de los empleadores para financiar la salud de sus trabajadores y hay aporte fiscal de Rentas Generales para compensar la diferencia entre los aportes y los costos de la salud. Los prestadores de salud reciben un ingreso por la atención de la población, el cual tiene en cuenta el riesgo sanitario de las personas, y perciben mayor ingreso por ciertas metas asistenciales. Los usuarios del SNIS pueden escoger su prestador de servicios, pudiendo cambiar de prestador en un período específico una vez al año (MSP; sf). Los servicios de salud de ASSE atienden al 30,7% de la población general del país, pero a un 49,6% de la población desocupada, lo cual indica una mayor vulnerabilidad social entre los usuarios del servicio público (INE; 2013).

### 2.2.2. MARCO LEGISLATIVO

En 1934, por un breve período, Uruguay liberalizó la práctica del aborto. Sin embargo, en 1938 el aborto volvió a entrar en el Código Penal a través de la ley 9.763 (Banfi, Cabrera, Gómez, Hevia; 2010). La ley 9.763 previó algunas causas atenuantes o eximentes, entre las cuales están las siguientes: el honor, la violación, causas graves de salud y angustia económica; recursos rara vez utilizados para acceder a abortos no penados. Después de la dictadura militar, que terminó en 1985, hubo varias iniciativas de reforma de leyes concernientes al aborto, ninguna exitosa. A pesar de esto, la sociedad civil organizada en colaboración con instancias gubernamentales participó activamente en la construcción de una agenda política en pro de la legalización del aborto (López Gómez, Abracinskas, Furtado; 2009). En el 2004 hubo un cambio significativo, cuando se aplicó la normativa “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” (regida por la Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública), la cual facilitó la consulta por embarazo no deseado aun siendo ilegal el aborto en el país. Esta estrategia fue liderada por la organización Iniciativas Sanitarias, utilizando un enfoque de reducción de riesgos y daños por el aborto inseguro y posicionándose como principal actor en la capacitación e implementación de servicios para asesoramiento de aborto seguro en el país.



En el 2008 Uruguay estuvo de nuevo posicionado para liderar la región al garantizar el acceso al aborto seguro con la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva (Poder Legislativo del Uruguay, 2008) cuyo artículo II regulaba los servicios de aborto voluntario y la cual se aprobó el mismo año. Sin embargo, tras un veto del Poder Ejecutivo entonces liderado por el Presidente Tabaré Vázquez, la ley entra en vigor sin el capítulo que legalizaba el aborto.

No obstante el veto presidencial, la ley 18.426 aseguró el derecho al acceso a los servicios de SSR al considerarlo un derecho humano. La ley obliga a los prestadores de salud, tanto públicos como privados, que formen o no parte del SNIS, a incluir en sus prestaciones servicios de SSR en todo el territorio nacional. Asimismo, cada servicio debe contar con un Equipo Coordinador de Referencia (ECR) que tiene que estar compuesto al menos por un ginecólogo/a, un/una obstetra partero/a y un psicólogo/a, debiendo incorporar a Licenciados en Enfermería (MSP; 2010). Los ECR tienen dentro de su cometido no solo la asistencia directa en los servicios, sino también la planificación, capacitación y difusión de los servicios de SSR dentro de la institución. Cabe resaltar que, con la ley 18.426, la estrategia de reducción de riesgos y daños por aborto inseguro queda inscrita en la legislación, llevándola de ser una estrategia novedosa ratificada por el Ministerio de Salud Pública a ser una prestación universal dentro de los servicios de SSR al cual la población uruguaya tiene derecho (Iniciativas Sanitarias; 2010). Esta ley también garantiza el acceso universal a por lo menos tres métodos anticonceptivos.

A pesar del gran avance que representó la ley 18.426, el tema de la despenalización del aborto quedó en espera de otra ventana de oportunidad política. En el 2012 esta ventana apareció. En noviembre del 2012 la recién aprobada ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (Poder Legislativo del

Uruguay; 2012) se reglamentó, poniendo a Uruguay junto a Cuba como los únicos dos países que despenalizaron el aborto en todo su territorio nacional bajo ciertas condiciones. Hoy en día la prestación se encuentra disponible como parte de los servicios de SSR para ciudadanas uruguayas, naturales y legales, y mujeres extranjeras con más de un año de residencia en el país. La tabla 1 presenta un resumen de las diferencias entre el contexto de reducción de riesgos relacionados al aborto y el nuevo contexto de IVE. Para acceder, las mujeres deben ser atendidas en un servicio de SSR por un equipo interdisciplinario que incluye un profesional del área de ginecología, otro del área de salud mental y un tercero del área social. El servicio se debe dar dentro del SNIS, y la mujer debe tener un período mínimo de cinco días de reflexión antes de proceder a la IVE. La IVE se despenaliza dentro de las 12 semanas de gestación bajo ciertos requisitos.

Afuera de las 12 semanas, existen las siguientes excepciones:

- Cuando la gestación implique un riesgo grave para la salud de la mujer (sin límite gestacional)
- Cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina (sin límite gestacional)
- Cuando fuera producto de una violación y dentro de las 14 semanas de gestación. La mujer deberá exhibir la denuncia con el correspondiente sello del juzgado ante el médico tratante

Según el manual de procedimientos para el manejo sanitario de IVE (MSP; 2011), el servicio se divide en al menos tres consultas. En la primera consulta (IVE 1) se recibe la expresión verbal de la voluntad de la mujer. En la segunda consulta (IVE 2) se brinda el asesoramiento por el equipo interdisciplinario, y en la tercera consulta (IVE 3) se confirma la decisión de la mujer y se procede a la IVE. En Uruguay, por directiva del MSP la IVE se lleva a cabo de manera

ambulatoria y por vía medicamentosa (mifepristona y misoprostol), utilizándose el método quirúrgico como segunda opción según sea requerido. Por lo tanto, en la consulta IVE 3 se proporciona una receta del medicamento indicado, el cual se recibe gratuitamente en las farmacias institucionales asociadas a los servicios. El medicamento combinado no está disponible en farmacias de venta al público. Cabe destacar que los cinco días obligatorios de reflexión empiezan a correr a partir de que la mujer ve a alguno de los miembros del equipo interdisciplinario (trabajo social, salud mental, ginecólogo). Es decir, si en la primera consulta la mujer es atendida por algún profesional que no forma parte del equipo interdisciplinario (ej. partera o médico de familia), los cinco días empiezan a correr

a partir de la segunda consulta. Es en este contexto que las mujeres participantes de este estudio se atendieron.

Por último cabe mencionar que durante la primera mitad del 2013 se llevó a cabo una consulta ciudadana no obligatoria en la que se convocaba a interponer el recurso de referéndum ante la ley 18.987. La consulta ciudadana fue lanzada y apoyada por grupos conservadores y partidos tradicionales que buscaban la derogación de la nueva ley de IVE. La consulta ciudadana consiguió tan sólo el 8,9% del total del padrón electoral, cuando necesitaba 25% de éste para interponer el recurso de referéndum, reflejando un apoyo social generalizado ante la nueva ley de IVE y la garantía de acceso a estos servicios.

## ANTES DE LA DESPENALIZACIÓN ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS (2011-2012)

- Se llevaba a cabo en el nivel primario de atención por personal en su mayoría capacitado.
- Consejería pre-aborto: evaluar estado de salud, proveer apoyo en la decisión en caso necesario, informar sobre el aborto seguro con misoprostol.
- Consejería post-aborto para confirmar aborto con ecografía y discutir opciones de anticoncepción.

## DESPUÉS DE LA DESPENALIZACIÓN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO – IVE (2013)

- Hasta las 12 semanas de embarazo.
- Atención obligatoria por un equipo interdisciplinario: ginecólogo/a, profesional de salud mental, trabajo social.
- Periodo de reflexión obligatoria de 5 días.
- Aborto con medicamentos: mifepristona / misoprostol.
- Consejería post-aborto para confirmar aborto con ecografía y discutir opciones de anticoncepción.

## 2.3. CONTEXTO LOCAL DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en tres departamentos que forman parte del proyecto llamado “Disminución de barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, particularmente a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay”, a cargo de las organizaciones MDM-F, IS, MYSU y MEH en el cual se brinda capacitación y seguimiento a los servicios de IVE en la implementación de la ley 18.987, así como sensibilización a organizaciones sociales y movilización social. El departamento de Cerro Largo se encuentra en el noreste del país, colindante con Brasil por su frontera norte. En 2011, la población del departamento era de 84,698 habitantes (INE;

2011). Cuenta con un servicio de SSR que brinda la prestación de IVE en ASSE y otro en una mutualista privada, ambos en la capital departamental. Paysandú tenía en el 2011 una población de 113,124 habitantes. Cuenta con un servicio de SSR con prestación de IVE en ASSE y otro en una mutualista privada, ambos en la capital departamental. En Montevideo había 1.319.108 habitantes en el 2011 y cuenta con el servicio de IVE más grande del país, instalado en las policlínicas del CHPR. Existen otros servicios de ASSE a nivel primario que brindan prestación de IVE, así como servicios en mutualistas en Montevideo y cercanías, pero el CHPR sigue recibiendo la mayor cantidad de mujeres de todos los servicios del país.

## 2.4. ALGUNOS INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN URUGUAY

Uruguay es un país con tasa de fertilidad baja (2,1 hijos por mujer) y un alto porcentaje de uso de anticonceptivos por mujeres con pareja estable y en edad reproductiva (77%) (OMS; sf). Un estudio poblacional indica que 87% de las mujeres en edad reproductiva utilizó un método anticonceptivo durante su última relación sexual, los más comunes en orden de importancia: el preservativo, las pastillas anticonceptivas y el Dispositivo Intrauterino (DIU) (MYSU; 2012). Sin embargo no existe información sistematizada y confiable sobre el uso consistente y adecuado de los preservativos y otros anticonceptivos, y se estima que existe un

alto porcentaje de embarazos que no son planeados. Aun más; existe en el Uruguay un nivel importante de insatisfacción por el número de hijos, ya sea en exceso o defecto del número deseado lo cual indica que el país aún está lejos de alcanzar el objetivo de que cada persona tenga los hijos que desea (Peri, Pardo; 2008).

Entre la juventud uruguaya, un estudio realizado en el 2011-2012 indica que el 52% de jóvenes del sexo femenino entre los 15-17 años de edad han iniciado su vida sexual (MYSU; 2012). La tasa de fertilidad en adolescentes es alta (59.6 nacimientos cada 1000 adolescentes de 15-19 años) comparado con otros

países de renta media (OMS; sf), y se asume igualmente que la gran mayoría de estos embarazos no son planeados.

Dada la clandestinidad del aborto anterior a su despenalización, no se tienen datos confiables sobre la cantidad de abortos en el país. Una estimación llevada a cabo en el 2003 nos dice que aproximadamente 33,000 abortos son realizados anualmente en el Uruguay, lo que significaría que alrededor de 4 de cada 10 embarazos termina en aborto provocado (Sanseviero; 2003). Cabe mencionar que esta estimativa se llevó a cabo en un contexto marcado por la falta de acceso a métodos anticonceptivos y una profunda crisis económica. Los datos proporcionados por el MSP sobre el primer año de implementación de servicios IVE en el país (de diciembre 2012 a noviembre 2013) muestran que se realizaron 6676 abortos en el SNIS, con un promedio de 556 por mes, y 64% de los casos ocurriendo en Montevideo (MSP; 2013). La mayoría de los abortos se realizaron en el sector privado. Este número es significativamente menor a la estimación anterior, aunque se reconoce que probablemente sigan ocurriendo abortos clandestinos que no se registran.

#### 2.4.1 VIVENCIAS Y TRAYECTORIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN GENERAL

Como se mencionó al principio de este reporte, este estudio se realizó en dos fases como parte de una exploración a las percepciones, vivencias y trayectorias de usuarias/os y no-usuarias/os de servicios de salud sexual y reproductiva. En el 2012 se llevó a cabo la primera fase de esta investigación en la que se entrevistaron a 27 personas en cuatro departamentos del Uruguay (Silva; 2013). Se presenta aquí un breve resumen del estudio.

Los/as participantes de este estudio asocian primeramente los servicios de SSR con los temas

relacionados a la reproducción o al aborto, pocas veces mencionando la violencia, la sexualidad fuera de la reproducción o la diversidad sexual. Como era de esperarse al ser Uruguay un país altamente medicalizado, las/los participantes reportan acudir al médico para atender sus necesidades de salud. No obstante, las mujeres que interrumpen su embarazo tienen mayor contacto con un mercado negro o trayectorias alternativas para acceder al medicamento, pero aún en estos casos el referente médico es importante. En lo que concierne a otras necesidades de salud sexual y reproductiva más allá del aborto, incluso las personas entrevistadas que nunca se habían acercado a un servicio de SSR se atendían en algún lado dentro del contexto del sistema de salud y tenían sus necesidades de salud satisfechas, con la notable excepción de la única persona transexual que formó parte del estudio. El trato recibido por aquellas personas que habían sido atendidas en el servicio de SSR fue generalmente reportado como bueno. Sin embargo dos usuarias que tuvieron acceso a asesoramiento para interrupción voluntaria de embarazo fueron aconsejadas de esperar varias semanas para tomar misoprostol, lo cual va en contra de lineamientos internacionales que aconsejan completar una interrupción de embarazo en la edad gestacional más temprana posible. Como barreras al acceso de los servicios resaltan la falta de difusión de los servicios en la comunidad en general, como el poco entendimiento y conocimiento sobre qué otras necesidades de salud pueden ser resueltas a través de los servicios de SSR. El acceso a los servicios se vio en ocasiones limitado por horarios, distancias y por la estructura centralizada que no permite a las policlínicas de barrio sacar ficha con historia clínica sin antes visitar a un servicio centralizado. Los “periplos” – el camino desgastante entre servicios mal vinculados entre si - son reportados como desgastantes. Dentro de los “periplos” existen “islas” – servicios de buena calidad - en medio de otros de mala calidad. El estigma, tanto en los servicios, como

en la sociedad en general, incide en las vivencias de las mujeres, particularmente de aquellas que interrumpen un embarazo, así como en el caso de una portadora de VIH y en el de la transexual. Por último la asociación de los servicios al ámbito

femenino así como la moralización de la sexualidad se evidencian y resultan en una mayor carga de responsabilidad atribuida a las mujeres más que a los hombres para la prevención en la salud sexual y reproductiva.



# 3. MARCO CONCEPTUAL

## 3.1. EL MODELO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Para estudiar las vivencias en torno a la salud en determinada población se necesita entender los sistemas y servicios de salud a los cuales acceden. El modelo de investigación en servicios de salud se centra en diferentes ámbitos: el ámbito individual y comunitario, el ámbito de los servicios de salud, el ámbito de las políticas del sector salud y políticas intersectoriales, y en las características contextuales y ambientales en los cuales están insertos los servicios de salud (OMS; sf2). En los ámbitos concernientes a este estudio (individual, comunitario y de servicios de salud), el marco investigativo de los sistemas y servicios de salud se resume en dos ejes

centrales: el acceso y la calidad de los servicios de salud. En el eje de acceso, se consideran las barreras físicas, sociales y económicas que dificultan el que la población acceda a un determinado servicio. En el eje de calidad, y utilizando la definición de Donabedian (Donabedian; 1980) de calidad en salud se consideran los elementos del sistema de salud mismo (política, infraestructura y logística), de los proveedores (conocimiento técnico, social) y de los/as usuarios/as que lleven al máximo estado de bienestar posible para la persona haciendo uso del servicio.

## 3.2. REPRESENTACIONES SOCIALES, GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

El contexto social incide de formas directas e indirectas en el acceso a la salud y la experiencia con el servicio. Utilizamos el concepto de las representaciones sociales, definidas como el

conjunto de ideas, valores, creencias y prácticas que forman un contrato social bajo el cual los miembros de una comunidad se rigen (Moscovici; 2001) para ayudarnos a analizar el ambiente social en el cual

las mujeres viven la salud sexual y reproductiva, e interactúan con los servicios de salud en esta temática.

Susana Checa (Checa; 2012) lo describe así: “Los estudios iniciales de género, que establecieron la diferencia entre la identidad del sexo biológico con la de género entendida como construcción social y cultural, desarrollaron ampliamente conceptualizaciones sobre la matriz primaria que supone que a cada sexo corresponden diferentes funciones en la vida social: los varones como productores y las mujeres reproductoras, que los ubica en distintas esferas en la división social del trabajo: la esfera de lo público, donde se desempeña básicamente el hombre; frente a lo privado doméstico, como ámbito preferencial de las mujeres. Estas asimetrías en las funciones sociales se traducen en desigualdades donde la mujer tiene

un lugar de opresión y subordinación frente a un poder masculino que encuentra sus raíces en el poder patriarcal que guió durante siglos, al menos a la sociedad occidental” (Checa, p.20).

En este sentido, la literatura en género y reproducción explora el lugar que tradicionalmente las mujeres ocupan en la reproducción: sea en la responsabilidad de la anticoncepción, en la vivencia del aborto, o en el deber de procrear (Scavone; 1999). Destaca en este tema la valoración social de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres, donde el ideal de feminidad incluye un conjunto de virtudes: la abnegación, altruismo y sacrificio en aras del hijo y la familia. Por consecuencia resulta fundamental considerar la influencia de los mandatos y estereotipos socio-culturales que operan en la subjetividad de las mujeres.



# 4. METODOLOGÍA Y DISEÑO

El estudio, al explorar vivencias de usuarias de servicios, utiliza una metodología cualitativa, la cual es exploratoria en su naturaleza. “El objetivo de las metodologías cualitativas de recopilación de datos es llegar a comprender diferentes fenómenos y explicar el impacto que tienen en la forma de pensar y de actuar de la población. Se trata de fenómenos que no podemos explicar de otra forma. Estas metodologías pretenden también evitar las ideas preconcebidas y los prejuicios que tiene todo ser humano cuando conoce a otras personas” (Bouchon; 2009). Como técnica, se utiliza la entrevista en profundidad para permitir que las participantes puedan describir sus experiencias en palabras propias y no categorías predeterminadas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para facilitar el análisis.

## 4.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo general de la investigación es conocer las vivencias y las trayectorias terapéuticas de usuarias de IVE en tres departamentos de Uruguay: Montevideo, Cerro Largo y Paysandú.

Como objetivos específicos se pretende:

- Analizar el acercamiento y la trayectoria a través de los servicios IVE
- Analizar las vivencias en torno al uso de los servicios de IVE
- Analizar las percepciones e ideas que apunten a barreras de acceso a los servicios y problemas en la calidad de la atención

## 4.2. POBLACIÓN META Y PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

La población meta para este estudio se definió como mujeres mayores de 18 años que concurren a servicios de SSR por la prestación de IVE. El muestreo fue por conveniencia, partiendo de los

servicios de salud de los departamentos en cuestión. Se utilizaron los servicios de salud públicos para hacer contacto con posibles participantes. En el departamento de Paysandú se intentó incluir

usuarias de una mutualista privada que forma parte del SNIS, pero ninguna mujer aceptó participar en el estudio. En el caso de Montevideo, el personal del servicio del CHPR presentaba el estudio a cada usuaria durante la visita de IVE 3, preguntando si estaba dispuesta a participar como informante. En caso afirmativo, su información de contacto le era provista a la investigadora. En el caso de los otros dos departamentos, al tener un menor volumen de pacientes los servicios accedieron a contactar a

usuarias que habían acudido en los pasados meses para presentar el estudio y preguntar si aceptaban ser contactados por la investigadora para dar una entrevista. Aquellas personas que aceptaron dieron su consentimiento para que su número de contacto sea proporcionado a la investigadora. Aquellos que al hablar con la investigadora aceptaron participar, se dieron cita en un lugar privado proporcionado por la clínica local o en el domicilio de las usuarias.

## 4.3. CUIDADOS ÉTICOS

El trabajo de campo de este estudio fue conducido con el aval del Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública (Ref. 2256/2012). En el proceso de investigación, se procuró el consentimiento informado de las participantes de forma oral para evitar cualquier rastro escrito con datos identificadores. Se cuidó el anonimato de las participantes a través del uso de códigos alfanuméricos en las entrevistas, que ocultaban tanto el nombre como la localidad. Las entrevistas y el consentimiento informado fueron grabados con previo consentimiento de las participantes, y con pleno conocimiento de que podían parar la grabación

o desistir en cualquier momento. Todas las personas involucradas en la investigación firmaron un acuerdo de confidencialidad para garantizar la confidencialidad de los datos. Los datos primarios serán destruidos al final de un período de cinco años después de finalizado el estudio.

En la redacción de este reporte se omitieron todas las referencias a departamentos, localidades y clínicas para minimizar las posibilidades de identificar a las participantes por cualquier detalle proporcionado por las citas.

## 4.4. ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas fueron transcritas, omitiendo las referencias a lugares o personas que pudieran facilitar la identificación de los/las participantes. Todas las entrevistas fueron revisadas para garantizar la calidad de la transcripción antes de iniciar la etapa de análisis. Se llevó a cabo un análisis inductivo (Thomas; 2003) de los datos, utilizando una lista de códigos establecida por el equipo de investigación basada en los objetivos y preguntas de investigación.

Asimismo, el análisis inductivo permite que en el proceso de lectura de los datos emerjan nuevos códigos y vertientes no necesariamente esperados. No se utilizó un software de análisis cualitativo.

## EL ANÁLISIS ESTABA DIVIDIDO EN OCHO PREGUNTAS PRINCIPALES:

- 1 ¿Cómo decidieron asistir al servicio?
- 2 ¿Cómo llegaron al servicio?
- 3 ¿Cómo fue la trayectoria por el sistema de salud?
- 4 ¿Cómo fue el trato en el servicio?
- 5 ¿Cómo vivieron la experiencia del aborto?
- 6 ¿Qué les facilitó o dificultó la experiencia?
- 7 ¿Qué barreras encontraron?
- 8 ¿Qué impacto tuvo el acceder al servicio?

## 4.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tiene varias limitaciones. En este estudio no se incluye la vivencia de ninguna mujer que se atiende en mutualista privada, teniendo solamente las experiencias de mujeres que se atienden en el servicio público. Aun cuando se incluyen experiencias de mujeres en la capital del país y dos departamentos del interior, los resultados no son generalizables. Asimismo, este estudio sólo alcanzó a mujeres que abortaron dentro del sistema de salud,

no recaudando información de aquellas mujeres que no pueden acceder a la prestación IVE por no llenar los requisitos impuestos por la ley (extranjeras con residencia menor a un año o edades gestacionales de más de doce semanas y seis días). Las vivencias de aquellas mujeres que deciden abortar por fuera del SNIS, accediendo al sistema clandestino, también quedan por fuera del alcance de este estudio.



# 5. RESULTADOS

El cuadro 1 presenta una descripción numérica de la muestra del estudio. El promedio de edad fue de 26 años (rango 18-42). Los tres servicios utilizados como punto de partida para reclutar participantes para este estudio son servicios públicos de ASSE y se encuentran en las cabeceras departamentales. La gran mayoría de mujeres tenían al menos un hijo/a y tenían la escolaridad primaria completa. Diez de veintiuna mujeres tenían pareja con la cual compartían vivienda.

**CUADRO 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA (N=21)**

<b>Departamento donde acudió al servicio:</b>		<b>Escolaridad</b>	
Montevideo	11	Primaria incompleta	1
Cerro Largo	7	Primaria completa	2
Paysandú	3	Secundaria incompleta	11
		Secundaria completa	3
		Terciaria	4
<b>Número de hijos</b>		<b>Viviendo en pareja</b>	
0	3		10
1	7		
2+	11		
<b>Ocupación</b>			
Estudiante	4		
Trabajo ocasional	2		
Empleada	9		
Hogar	6		

El servicio de Montevideo, el CHPR, es el hospital materno-infantil de referencia para todo el país. El servicio de SSR que da la prestación de IVE en el CHPR cuenta con el mayor número de profesionales de salud, y el mayor volumen de pacientes con un 23% de las usuarias de IVE en el país (Gorgoroso; 2013). De las once mujeres que asistieron al servicio

en Montevideo, al menos cinco venían de fuera de la ciudad de Montevideo: dos del departamento de Colonia (cuya cabecera departamental está a aproximadamente 200 kilómetros de Montevideo) y las demás del departamento de Canelones, el cual colinda con Montevideo en todas las direcciones. En el interior, tanto en Cerro Largo como en Paysandú,

las mujeres entrevistadas se atendieron en servicios de SSR de la red de atención primaria de ASSE

del mismo departamento y vivían en la ciudad o cercanías de donde se atendieron.

## 5.1. ¿CÓMO TOMARON LA DECISIÓN DE ASISTIR A UN SERVICIO DE IVE?

La decisión de acercarse a un servicio IVE se da a partir de la sospecha o la confirmación de un embarazo no deseado. Las mujeres entrevistadas difieren en circunstancias de vida, y por lo tanto relatan diferentes razones para querer interrumpir el embarazo. Asimismo, el tiempo que les toma llegar a esta decisión varía mucho. Algunas deciden procurar el servicio en el momento de la sospecha o confirmación del embarazo:

*“Enseguida que me enteré, no me demoré nada... Fue lo primero que se me ocurrió... estaba segura porque yo no quería tener... y no quería”*

Otras mujeres dicen “tomarse su tiempo”, una semana o hasta un mes para llegar a una decisión. Independientemente del tiempo que necesitaron para decidir, [la gran mayoría de las mujeres entrevistadas \(19/21\) dice haber tomado la decisión antes del primer contacto con el servicio de salud.](#)

*“Yo me había enterado del embarazo hacía como un mes... entonces la decisión ya estaba súper tomada cuando conseguí fecha para la doctora, ya no me quedaba más vuelta”*

Solo una mujer admite que conscientemente utiliza las citas con el equipo de salud para explorar su decisión. En su embarazo previo ella había sufrido una trombosis, una enfermedad de coagulación

que la dejaba con alto riesgo para su salud en caso de volver a embarazarse. Ella explora no sólo la recomendación del equipo de salud de IVE sino una segunda opinión médica antes de tomar una decisión definitiva.

Entre las razones que llevan a las mujeres a querer interrumpir un embarazo, se destacan los problemas financieros, abandono de la pareja, problemas de salud propia o de algún miembro de la familia, el cuidado de hijos/as pequeños/as, interrupción de estudios u otros proyectos de vida.

*“Yo primero me puse de acuerdo con el padre. Porque si nacía tenía que estar de acuerdo con él porque yo sola no lo iba a poder tener. Yo ya tenía uno. Y nosotros justo estábamos separados y decidimos que no. Aparte nos alcanzaba apenas para uno, y todavía mi hijo tenía un tumor.”*

El tumor del hijo de esta mujer se encontraba en un testículo y resultó internado al mismo tiempo que la madre estaba en trámites para IVE. El hijo fue operado sin complicación. Otra mujer dice:

*“Mira, la situación económica mía es pésima, porque mi pareja está sin trabajo, yo trabajo de limpiadora, el sueldo no alcanza obviamente, tengo cuatro hijos, los cuales todos estudian, a todos hay que darles de comer, vestir y calzarlos, y otro bebé*

*no podía, era imposible tenerlo. De hecho me es imposible con la bebé que ya tengo.”*

Otra mujer, madre de dos, separada de la pareja, dice:

*“Me hice un test y cuando me dio positivo me agarró una amargura porque imagínate, yo estoy estudiando este año, tengo la posibilidad de quedar efectiva en el trabajo, los dos embarazos míos pasé en cama, internada, con pérdidas. Entonces es como cortar todo lo que estaba haciendo... hace 6 años que estamos juntos (con el padre de la nena chica) y no estamos bien. Es alcohólico, y es una relación muy conflictiva y no puedo yo en este momento tener otro. No quiero.”*

Es importante notar que esta mujer, más allá de relatar las circunstancias por las cuales dice no poder con la situación, ve importante adjuntar que no quiere vivir la situación. Una sutil pero importante diferencia. Otra mujer dice que decidió interrumpir el embarazo:

*“No por necesidad económica, porque si bien no estoy bien, tampoco soy de las peores, pero a mi manera de pensar no puedo tener otro hijo porque, estoy separada, tengo una hija de cuatro años, vivo con mi madre, con mis hermanos chicos, todavía no terminé de estudiar, no tengo nada, no tengo una estabilidad viste, ya con una se me complica, entonces con dos...”*

Más adelante ella explica que tuvo problemas creando un vínculo con su primera hija y vivió un proceso muy difícil y muy solitario.

*“La experiencia del embarazo de tener un bebé fue súper difícil, aparte de que era una gurisa porque tenía 19 años, fue re complicado. No me adapté, no me adapté, me costó horrores. Ella tenía tres meses y yo no me adaptaba al bebé y me daba vergüenza decirle a mi madre o a mis amigas que no quería*

*agarrarla, no quería darle de mamar ni nada... Nunca lo hablé, me daba vergüenza. Vergüenza decir, porque a mí me parecía que iban a decir que no la quería, pero no era porque no la quería, la adoraba pero no sé qué me pasó”*

Esta mujer posiblemente sufría una depresión post parto, pero en sociedades en donde la maternidad es parte importante de la identidad femenina, el tener este tipo de dificultades creando vínculo con su bebe es difícil de admitir. Ella reconoce que su situación actual no es tan difícil como podría serlo, pero aun así no se siente capacitada para volver a ser madre.

*“Mi madre cuando nos tuvo a nosotros tenía menos edad, y no tenía a nadie que la ayudara, yo mal o bien tengo un apoyo de mi madre, tengo amigas, también el padre de mi hija me ayuda cantidad, no en lo económico sino como compañero, porque somos amigos, pero no me sentía capacitada como para volver a ser otra vez madre”*

Esta mujer no sólo considera su experiencia previa con la maternidad, la responsabilidad emocional o económica que conlleva para ella, sino hace resaltar la realidad que en Uruguay sigue siendo parte del status quo que el cuidado de los hijos – físico y financiero – recaiga con la madre. Esta realidad se hace evidente en el discurso de varias entrevistadas. Por otro lado, otra joven estudiante sin hijos no vive una situación “tan” adversa ni pasa penuria económica o de otra índole. Simplemente siente que no es el momento de ser madre para ella.

*“Por más que sabía que no iba a pasar hambre y que la ayuda de mi familia la iba a tener, pero... no me parecía que fuera el momento para que un niño tuviera una buena vida.”*

### 5.1.1. ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIÓN?

El proceso de toma de decisión no aparenta ser fácil para ninguna de las mujeres entrevistadas. Las mujeres expresan dudas, culpas, emociones encontradas, y duelo ante la decisión.

*“No sé qué quería. Sé que no quería tenerlo y en su momento me angustió llegar a la decisión y hacerlo, porque la decisión uno dice ‘si lo hago’ y ya está, pero llegar al hecho, esa es la parte más difícil”*

Para algunas mujeres, el proceso para decidir interrumpir el embarazo no fue lineal, sino un ir y venir que podría durar hasta el momento de la interrupción del embarazo. Así lo fue para la mujer con historial de trombosis, como también para esta joven con un hijo pequeño de una pareja anterior.

*“Las dudas esas me venían todo el tiempo, venían y se me iban, se me iban y venían... y me ponía muy histérica, me alteraba, veía a mi pareja y era como que veía al diablo, no lo podía ver”.*

Como recurso propio, algunas mujeres se dieron uno o más días para afianzar la decisión incluso después de tener el medicamento en sus manos, así dando tiempo a alguna consideración final. Para algunas mujeres, la decisión resulta difícil particularmente porque conocen gente que quisiera vivir un embarazo y no puede.

*“Me costó un poco porque digo, yo pensaba, hay muchas madres que quieren, hay mujeres en este caso que quieren ser madres y no pueden, y uno que tiene la oportunidad de serlo aborta...”*

### 5.1.2. ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA PAREJA EN LA DECISIÓN?

Al igual que las razones y circunstancias, las mujeres entrevistadas variaron mucho en sus situaciones de pareja. Para algunas, la pareja estaba presente ya activamente participando en la decisión; para otras la pareja era ocasional y estuvo ausente en la decisión; para otras la pareja participó de la decisión pero de una forma periférica, aceptando lo que la mujer decidiera. En dos casos, la decisión de interrumpir el embarazo fue liderada por la pareja.

Aun cuando las parejas están presentes en la vida de las mujeres y activamente ponderando las alternativas ante un embarazo no deseado, algunas mujeres se adjudican la decisión por encima de lo que esté sucediendo con la pareja.

*“La decisión es mía, soy mujer, soy madre, es mi cuerpo y es mi responsabilidad lo que viene después, porque el hombre se gustó de otra mujer, se voló y te dejó a vos con el hijo y se olvidó que tenía hijo y todo, entonces la responsabilidad es mía, y me tengo que hacer cargo de lo que haga, entonces en el momento vos vas y decidís o lo tengo o no lo tengo, si no lo tengo me hago cargo y si lo tengo también me hago cargo”*

El rol social de la mujer como la encargada del cuidado de los hijos pesa mucho en este caso. Por el contrario, una mujer muy conscientemente quiso involucrar a su pareja, no solo en la decisión sino también en el proceso físico de la interrupción de embarazo, para que no fuera solo ella la que cargara con la experiencia y para él fuese “como si nada hubiese pasado”.

*“Me parecía como que... para él no era grave, no era grave que lo tuviera, tampoco era grave que no lo tuviera, entonces, como que no tomaba dimensión de lo que estaba pasando, y creo que*



*si yo hubiese decidido hacerlo en otra localidad por una cuestión de tranquilidad, de quedarme allá porque me sentía más segura con los servicios médicos, para él era como que no hubiese pasado nada. Quiero que los dos pasemos por esto, porque no fue algo que yo hice sola, fue un error de los dos”.*

Para cuatro mujeres entrevistadas, la pareja estuvo ausente en la decisión; dos porque el hombre desapareció después de saber o sospechar del embarazo, y dos porque las mujeres decidieron no involucrar a la pareja. Una mujer solo hizo partícipe al marido después de haber expulsado el feto, y le hizo creer que había tenido una pérdida natural. Para una mujer que decidió no informarle a la pareja ni hacerlo partícipe de la decisión, su motivación fue el no permitir influencias externas en su toma de decisión. Informarle sería permitirle opinar.

*“Es como agregarle una culpa a él. No sabía qué iba a querer, entonces ya, si él quería tenerlo era una pelea y una angustia para él, y tampoco iba a ser tanta compañía la que me iba a poder dar si no quería tenerlo”*

Dos mujeres explicaron que primeramente sus parejas habían querido terminar el embarazo y ellas accedieron después de mucha consideración. Ambas dicen asumir la decisión como suya al final, ya que ellas procuraron el servicio y siguieron el trámite. Sin embargo, en cierta medida responsabilizan a la pareja por haberlas llevado a la decisión.

Una de ellas dice:

*“Fue un poco de todo, porque mi pareja fue la que me habló y me explicó, porque yo hasta último momento quería continuar con el embarazo, pero claro, él me explicó que no teníamos trabajo, que yo no había terminado de estudiar, que con un hijo ya daba, que no es hijo de él tampoco pero él lo cuida como si fuera de él, y ta, fue eso lo que me*

*llevó a darme cuenta que había que interrumpir el embarazo. De haber tenido yo un trabajo... lo hubiera tenido, pero en ese momento yo no tenía nada... me hubiera ido y me hubiera llevado a mis dos hijos”.*

La otra mujer, con historial de trombosis que interrumpe por causas de salud, explica su situación de esta manera:

*“Mi esposo solo decidió que no y se apartó, o sea no me acompañó a ninguna consulta, solo dijo ‘No’... si él hubiera dicho ‘sí, si llegamos a término’, si hubiera llegado a término, a pesar del riesgo de salud que corriera pero como la parte de él era ‘no’, ya se decidió por un no... Yo lo hubiera tenido si hubiera tenido el apoyo de él, lo hubiera tenido sí, pero bueno.”*

Al momento de la entrevista esta mujer se encontraba separada de su esposo. El abandono en la decisión y el proceso del aborto que vivió la llevó a apartarse del hogar, aunque tiene la esperanza de que se puedan recuperar como pareja en el futuro.

### 5.1.3. ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA FAMILIA EN LA DECISIÓN?

Aunque la decisión de interrumpir un embarazo es difícil y suele hacerse en privacidad, algunas mujeres deciden involucrar a familia más allá de la pareja: madres, tías, suegras y hasta hijos o hijas. Una mujer involucra no solo a su pareja sino a sus hijas adolescentes de 13 y 15 años.

*“Cuando me enteré, lo planteé en mi familia. Les dije que no quería y ta, me aceptaron, me dieron la razón en todo lo que yo estaba pensando y que ta, que siguiera adelante si quería”*

Otra mujer compartió su preocupación con su hija de ocho años cuando aún no había confirmado el

embarazo. Al plantearle a su hija: “podría ser que esté embarazada”, ella expresó que ojalá no lo esté porque no quería tener otro hermano/a chico/a. La mujer dice haber tomado en cuenta la opinión de su hija al tomar la decisión, ya que su hija iba a ser afectada en caso de continuar con el embarazo. No todas las mujeres que compartieron su situación con sus familias recibieron apoyo al decidir interrumpir. Sin embargo las mujeres muestran firmeza en su decisión ante la negativa de sus familias.

*“La decisión la tomé yo sola, porque si me hubiera dejado llevar por los demás no hubiera interrumpido el embarazo”*

*“Mis padres no están de acuerdo y mi madre menos todavía. Vos quedas embarazada, bueno, tenés que tenerlo, como hacia ella. Pero ella en su tiempo, yo en el mío, como yo le dije”*

Una mujer deliberadamente dejó a su familia fuera de la decisión, no por miedo a su reacción sino en gran parte para aliviar la carga emocional que conllevaría para su familia y para ella.

*“Yo decidí hacer todo esto sola porque supuse que, por más que mis padres siempre me hubieran ayudado, o mi hermana... para ellos pasa a ser un sobrino o un nieto, y por más que no te recriminen ni nada, como que siempre después te va a quedar la carga”*

Otra mujer los dejó fuera de su proceso como una forma de tener autoría total de sus decisiones y sus actos.

*“Ser consciente de que lo hacía yo sin nadie al costado, si lo sufría lo sufría yo, si lo vivía bien lo vivía yo, pero yo era responsable de mis actos”*

#### 5.1.4. ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL EQUIPO DE SALUD DE IVE EN LA DECISIÓN?

En definitiva, [veinte de veintiuna mujeres indican que llegaron a tomar la decisión de interrumpir un embarazo independientemente del equipo de salud que las atendió](#). Sin embargo, hay mujeres que buscan específicamente cuidar su decisión de influencias del personal de salud. Existe un miedo a ser cuestionada, o a que surjan dudas de lo ya contemplado. Dada la dificultad de la decisión, una vez tomada, mientras menos se les cuestione o se cuestionen, mejor.

*“Yo tenía la decisión tomada y no quería alguien que me confundiera la cabeza, no dejé que me confundieran la cabeza, que vinieran y se me sentaran al lado y me dijeran ¿vos estás segura?... Que alguien me cuestionara de afuera iba a implicar empezar a cuestionarme yo misma... No quería que empiecen a decirme que no o a querer cambiarme de postura porque la ley era nueva y había diez mil polémicas”*

Esta mujer expresa claramente la necesidad del respeto a la autonomía de la decisión. Para dieciocho de las veintiuna mujeres entrevistadas, esta preocupación fue infundada ya que no reportaron sentir ninguna inclinación ni presión por parte del equipo a interrumpir o dejar de hacerlo. Tres mujeres, atendidas en los departamentos del interior del país, percibieron un cierto sesgo por parte del equipo a seguir con el embarazo. Una de ellas explica que al entrevistarse con el equipo y exponer que el embarazo llegaba en mal momento ya que se le presentaba una oportunidad de mejorar su calidad de vida, algún miembro del equipo interdisciplinario calificó su razón de “excusa”, lo cual le provocó indignación y una eventual pérdida de confianza en el equipo de IVE. Otras dos mujeres también claramente notan que el equipo “cincha más para que lleves a término el embarazo” o que “le apuestan más a

la vida”. En los últimos dos casos, no resintieron la percibida inclinación del equipo ya que consideran

que como personal de salud, es lógica y esperada la postura.

## EN RESUMEN:

- El tiempo de reflexión y la toma de decisión se llevan a cabo independientemente de la interacción con el servicio
- Los motivos para interrumpir un embarazo son varios. Se destacan las razones financieras, abandono de pareja, problemas de salud, cuidado de otros/as hijos/as e interrupción de proyecto de vida
- En la toma de decisión algunas mujeres no quieren estar influenciadas por la pareja, la familia ni profesionales de salud. Buscan la autonomía en la decisión. Sin embargo tres mujeres en el interior se sintieron cuestionadas por algún miembro de los equipos de salud.

# 5.2. ¿CÓMO LLEGAN LAS MUJERES AL SERVICIO?

## 5.2.1. PRIMER CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS

Los medios masivos de comunicación como la televisión y la radio son la principal manera en que las mujeres llegan a conocer que existen servicios de IVE. Salvo algunas excepciones, las mujeres entrevistadas escucharon por la televisión o por la radio la noticia de la despenalización del aborto y las polémicas que rodearon esta nueva legislación. La amplia difusión que se le dio a este cambio de ley no se limitó al momento de la despenalización, sino por una demanda legal que hubo en los primeros meses de servicio por parte de una mujer que no pudo interrumpir su embarazo, así como campañas llevadas a cabo unos meses después de la despenalización en el contexto de una consulta ciudadana para plebiscitar la ley.

*“Yo vine a principios de este año..., estaba todo el tema en los medios, incluso una denuncia que había hecho una señora porque no le había hecho efecto el medicamento... Estaba en todos los medios en ese momento.”*

*“Lo conocí, escuchando por la tele, cuando vi que se aprobó la ley digo, yo no sabía tampoco en el momento que estaba embarazada”*

Así como esta última mujer, algunas entrevistadas escucharon en los medios que se habían creado servicios nuevos de IVE en un momento en que no estaban embarazadas y “nunca pensaron precisar de este servicio”.

Algunas mujeres mencionan internet como medio para procurar mayor información, ya que aun cuando sabían que el aborto era legal, no estaban seguras de donde debían asistir para atenderse. Una mujer también menciona haber llamado a una línea

telefónica gratuita sobre salud sexual y reproductiva (0800 3131) para asegurarse que el servicio se brindaba en el CHPR.

A pesar de la difusión que se le ha dado en los medios masivos de comunicación a la despenalización del aborto, [cuatro mujeres entrevistadas no sabían o no estaban seguras que se podía acceder legalmente al aborto](#). Por esto, la comunicación personal también resalta como importante modo de información sobre los servicios, ya sea por una amiga que ya había accedido a los servicios, o por algún familiar informado.

*“No, no sabía ni siquiera que era legal, entonces yo le comenté a una tía mía que había quedado embarazada y me dijo ‘Mirá que ahora es legal’ y me recomendó ir al Pereira Rossell que es todo más rápido”*

## 5.2.2. PUERTAS DE ENTRADA A LOS SERVICIOS

El acercamiento a los servicios se dio de dos maneras: o a través del servicio de Emergencia o de algún otro servicio médico, o directamente asistiendo al servicio de salud sexual y reproductiva donde se basan los servicios de IVE.

*“Fui a Emergencia, estuve todo el día, me atendieron casi a las seis de la tarde, me hicieron el análisis de embarazo, esperé que me lo dieran porque me lo daban en el momento y hablé con la muchacha que me atendió y le pregunté para abortar a dónde tenía que ir, me dice ‘yo te hago un pase y vas a la policlínica de IVE que queda en el edificio verde’ me dijo.”*

Algunas mujeres falsamente creen que necesitan un pase o una derivación para ir a la policlínica de IVE, y por eso llegan a través de Emergencia. En otro caso, una mujer que vive en una localidad pequeña

del departamento de Colonia (a aproximadamente doscientos kilómetros de Montevideo) no quería atenderse en el servicio local por preocupaciones de confidencialidad. Ella cuenta:

*“Fui a la policlínica de acá para pedir pase, porque como acá me conocen todos, para pedir pase para Colonia. Me dieron pase para Colonia y en una policlínica de Colonia... me dijeron que ellos no trataban ese tema, y me dieron el nombre de una mujer en otra policlínica que era la única que trataba este tema. Fui buscando a esa mujer y me daban fecha para dentro de un mes y pico y entonces no tuve de otra que irme derecho a Montevideo.”*

A pesar de intentar obtener pases por el servicio, termina auto-refiriéndose al servicio de Montevideo. Cabe notar que esta mujer no pidió cita para el servicio de SSR y la prestación de IVE, sino llegó a la segunda policlínica a pedir cita en Recepción para ver a la persona que le habían aconsejado ver. No hay manera de saber si el tiempo de espera de “mes y pico” que le indicaron hubiese sido más corto de haber especificado que se trataba de una IVE.

Así como la anterior mujer, algunas mujeres se enfrentan con no saber cómo pedir por el servicio al acercarse al centro de salud. Dado que comúnmente el punto de información o recepción de los centros de salud son lugares poco privados, el primer contacto puede causar angustia. Una mujer, también de Colonia, que llegó sola al CHPR, sentía reticencia de pronunciar la palabra aborto para preguntar a dónde tenía que ir.

*“Yo fui y pedí que quería sacar número para un ginecólogo, y ella me dijo ‘no pero acá no se dan más las citas de ginecología’, yo dije ‘tiene que haber algún lugar donde den número’, y me dijo ‘pero número para que querés vos’. Le dije ‘para asesorarme’. Me dijo ‘policlínica de Asesoramiento*

*se llama' me dijo ella. Nunca le nombré que estaba embarazada ni nada."*

En el interior del país, la mayoría de las mujeres se acerca a su policlínica de confianza, donde consultan habitualmente en el cuidado de su salud o el de su familia. En estos servicios de atención primaria, el punto de referencia en la atención suele ser la partera, y muchas mujeres inician su recorrido viendo a una partera. Al expresar su rechazo a un embarazo no deseado, las parteras les dan información y las inician en la prestación de IVE.

*"Fui a la partera porque quería saber si realmente estaba embarazada, y bueno la partera me dijo que existía ese servicio, que contaba con ciertas personas que me iban a ayudar por si yo quería interrumpir el embarazo"*

No obstante, en el interior también hubo otro caso en que una mujer no quiso exponerse preguntando en policlínicas por el servicio de aborto. En vez de ir al servicio a preguntar, hizo todo un trabajo de averiguación a través de sus conocidos sobre el/la ginecólogo/a en salud pública que lleva adelante los servicios, con el propósito de sacar cita solamente con esta persona. Afortunadamente ella contaba con contactos en el área de salud que facilitaron la pesquisa para dar con la persona indicada.

*"Averiguamos por fuera quién era, en qué policlínicas atendía entonces fui directo con la persona, hablé, y a partir de ahí, desde que firmé el primer papel hasta lo último, siempre fui directamente".*

## EN RESUMEN:

- Las mujeres se enteraron de la existencia de un servicio por la actualidad del tema dentro de los medios masivos de comunicación. Las comunicaciones interpersonales siguen siendo importantes.
- Las puertas de entrada identificadas para los servicios: por Emergencia, contacto directo, en los centros de atención primaria a través de la confirmación de un embarazo.
- Para algunas mujeres, preguntar por un "servicio de abortos" en la recepción de una policlínica es angustioso. Al menos una mujer prefirió averiguar directamente el nombre del/la médico/a para pedir una cita directamente.

## 5.3. ¿CÓMO ES LA TRAYECTORIA POR LOS SERVICIOS?

La trayectoria general a través de los servicios está detallada en la reglamentación de la ley de IVE y brevemente descrita en la sección de contexto. En general las mujeres acceden a al menos tres entrevistas antes de la interrupción (IVE 1, IVE 2, IVE

3), y a una entrevista de seguimiento que es opcional en el servicio de Montevideo y que se considera obligatoria en algunos servicios del interior (IVE 4). Las mujeres relatan que la primera consulta (IVE 1) por lo general es para explicar el proceso y dar

las órdenes para ecografía y análisis de sangre. Normalmente, entre la primera consulta y la segunda deben hacerse una ecografía y análisis de sangre y traer los resultados a la segunda consulta (IVE 2). En la segunda consulta suelen ser vistas por el equipo interdisciplinario, aunque en caso de no estar todo el equipo también se llegan a coordinar varias consultas con los miembros del equipo, las cuales no necesariamente serán todas el mismo día. En la tercera consulta (IVE 3) las atiende un/a ginecólogo/a y se entrega la receta del medicamento combinado. Todas las mujeres participantes de este estudio, tuvieron un aborto con medicamento combinado, aunque algunas también fueron sometidas a legrado posteriormente. Dependiendo del departamento, la tercera consulta se puede dar por ginecólogos/as en el hospital o en un ambiente distinto a las primeras dos consultas. Esto se da de esta manera ya que en algunos departamentos hay ginecólogos/as en los servicios de SSR que hicieron objeción de conciencia, y por lo tanto no hacen consulta de IVE 3 (donde se da la receta al medicamento).

En cuanto al tiempo de trayectoria, varió entre aproximadamente diez días y cinco semanas, aunque no todas las entrevistadas recuerdan con exactitud el tiempo que estuvieron en trámites. Esto difiere significativamente a los seis días recomendados en el manual de procedimientos del MSP. Aquellas con edad gestacional muy temprana en la ecografía (alrededor de las cuatro semanas) por lo general debieron regresar a una segunda ecografía dos semanas después, aunque en un caso no se le pidió repetir la ecografía pero si se postergó la fecha de la tercera consulta hasta las siete semanas de gestación. En el caso de esta mujer, atendida en Montevideo, ella recibió el medicamento unos días antes de las ocho semanas de gestación, pero a recomendación de la doctora que la vio en la cita de IVE 3, esperó hasta cumplir las ocho semanas “porque me dijo que antes no se puede hacer”. Evidentemente al menos un/a profesional de la

salud de los equipos de SSR maneja información desactualizada sobre la efectividad del aborto con medicamento combinada en gestaciones tempranas. Otras mujeres describen su trayectoria como una rutina en la que cada semana tienen una cita, llevando el proceso tres o cuatro semanas en culminar. La trayectoria de las mujeres refleja mucho movimiento, tanto físico en el ir y venir como en la cantidad de trámites que se precisan.

*“Después de la ecografía, me mandaron a la psicóloga, porque primero que nada te mandan a hacerte la ecografía, después si a la psicóloga y a la asistente social, que esas si las vi el mismo día, ella me hizo la fichita allí y después fui con la psicóloga. Lo que más se tardó fue la partera que creo que demoró unos 5 días más o menos porque no había lugar, porque era la misma que atendía las embarazadas. Y después fui con el ginecólogo en el hospital... Me leyó todo, me preguntó si estaba de acuerdo... y ahí me explicó como tenía que usar el medicamento y otra vez me preguntó si estaba segura, porque te preguntan unas 50 veces, te pregunta ‘¿estás segura?, ¿estás segura?’, y... me dio el medicamento.”*

Otra mujer atendiéndose en un servicio de IVE del interior relata:

*“Me hicieron los análisis de sangre, me sacaron el grupo sanguíneo... lo que más demoré en hacer fue la ecografía, fue como a las 10 de la mañana... entonces salí de ahí ya con los resultados ya para ir al centro de salud, y en el centro de salud fueron a buscar mi historia. Me dijeron ‘Vení mañana y mañana tenés la entrevista’. Al otro día con la ginecóloga y las dos muchachas, la psicóloga y la asistente social, tuvimos la charla. Ahí fue que me informaron, que la asistente social me habló de todo, dada mi situación, que soy estudiante, yo en aquel momento no trabajaba, de todos los beneficios que hay: las becas, los hogares*

*todo, también la psicóloga de todos los riesgos psicológicos y demás, y ta, seguí firme. Creo que me dieron diez días, para que yo tomara la decisión. Después me dieron las recetas, ya fui a la farmacia de la Emergencia del hospital.”*

En la trayectoria de esta mujer se evidencia el ir y venir y también los requerimientos impuestos por la ley que regula el servicio. Aun cuando su decisión estaba ya tomada, esta mujer se ve obligada a escuchar alternativas a proceder con la interrupción. Asimismo, la experiencia varía dependiendo del profesional que atiende a la mujer, algunos enfatizando más la información en alternativas a la IVE que otros.

Como es de esperarse hubo variación en cómo vivieron las mujeres el tiempo de espera que conlleva el proceso. Algunas viven con angustia el tener que esperar entre citas y sentir las semanas pasar. Otras dicen haber apreciado que el servicio fue “muy rápido”, habiendo finalizado el proceso en un período de un mes, evidentemente sintiendo que un mes es un período de tiempo razonable para acceder a una IVE.

Para las mujeres que venían a la capital del interior del país, la trayectoria incluye los viajes en ómnibus. Una de ellas aprovechó el tener a una prima cercana viviendo en la capital, y pudo quedarse unos días en Montevideo para asistir a las primeras dos citas y la ecografía. Volvió a su casa durante el período de reflexión y viajó solamente por el día cuando tenía su tercera cita para levantar el medicamento. La segunda de las mujeres viniendo de esta misma región hizo el viaje de dos horas de ida y dos horas de vuelta cada vez que asistió a una cita, para un total de cinco viajes a un costo de 500 pesos uruguayos o 25 dólares americanos por viaje.

Cuatro mujeres entrevistadas se internaron como parte de su trayectoria: dos se internaron por estar en edad gestacional avanzada ya acercándose al límite marcado por ley, y dos por complicaciones post

aborto – una hemorragia importante y un aborto incompleto con proceso infeccioso. Las mujeres que se internaron por edad gestacional cercana al límite fueron atendidas en el CHPR en Montevideo. La trayectoria de las primeras tres citas fue igual a la de las demás, pero al asistir a la tercera cita se les indica que el segundo medicamento (misoprostol) que se toma 36 horas después del primer medicamento (mifepristona) deben tomarlo bajo internación. La razón para la internación proporcionada a las mujeres es porque existe mayor riesgo de complicaciones al tener edad gestacional más avanzada. Para eso deben presentarse en Emergencia temprano de mañana con sus documentos para ser admitidas. Su experiencia hospitalaria se describe en detalle en las siguientes secciones.

Sin embargo, no todas las mujeres perciben los trámites como excesivos o cansadores. Algunas mujeres sintieron que algunos pasos del proceso fueron muy ágiles, aun cuando todo el proceso no podría llamarse rápido.

*“Yo llegué convencida que iba a sacar fecha como sacas para cualquier cosa. Me hicieron todos los análisis y ecografía en tres horas. Yo pensé que iba a demorarme cinco o seis días en hacer todos los trámites, y yo al otro día me levanté, fui al hospital y me hicieron todos los análisis”.*

Otra mujer percibió que al decir que vivía fuera de Montevideo y tenía que viajar, trataban de agilizarle el paso por el servicio. Asimismo, las mujeres expresan que comparado con otros servicios, sienten que las atendieron rápido, ya que “solo llevó un mes”, cuando para cualquier otro problema de salud no es raro demorar meses para conseguir una cita.

**EN RESUMEN:**

- La trayectoria para acceder a una IVE está marcada por muchas idas y vueltas, para la mayoría de las mujeres involucrando al menos cinco viajes al hospital o centro de salud, y para aquellas cercanas a las doce semanas y atendiéndose en Montevideo, incluyendo hospitalización.

## 5.4. ¿CÓMO LAS TRATARON EN EL SERVICIO DE IVE?

Para analizar el trato en el servicio de IVE, subdividimos la narrativa de las mujeres: en el servicio de IVE (con el equipo interdisciplinario); en el servicio de ecografía (la cual salvo excepciones no se realiza dentro del servicio IVE sino en servicios aledaños); y en Internación y Emergencia.

En el servicio, veinte de veintiuna mujeres dicen que el trato en general es bueno. **Los/as profesionales eran cordiales, no se sintieron juzgadas, no había apuro durante la consulta, sus preguntas les fueron respondidas, había contención y la información médica con relación al medicamento y su procedimiento les brindó seguridad.**

*“Se portaron muy bien conmigo, desde facilitarme las cosas, de hablarme, desde respetarme mis decisiones... desde la mujer que me atendió el primer día, la doctora, la ginecóloga, hasta la mujer que me sacó sangre para ver el grupo sanguíneo, nadie sugirió nada... me sentí muy bien... me saco el sombrero de lo rápido, de lo bien informado que salís de ahí... y tenés la contención, te están evaluando”.*

*“Yo tenía miedo también de que me juzgaran, pero no, en ningún momento me juzgaron... yo di mis razones y ta, no opinaron ni dijeron nada, ni me señalaron.”*

Otra mujer describe que su trato con el servicio formó parte importante de su proceso de aceptación de su propia decisión de interrumpir un embarazo, ya que inicialmente estaba en contra de sus convicciones y jamás pensó llegar a hacerlo.

*“Ellos al hablarte te hacían como para que vos entiendas y estés tranquila, y aceptes lo que vas a hacer, te decidas a hacerlo o no, pero que lo hagas consciente, tranquila, con responsabilidad, con los cuidados necesarios para vos y para tu familia”.*

Dentro de este grupo de veinte mujeres, hubo algunas que, aunque conformes con el trato, tenían alguna queja o incomodidad con parte de su experiencia. Una de ellas tuvo una mala experiencia sacando su cita para el servicio de IVE.

*“Las personas de las computadoras donde te dan hora son horribles para atender porque como vas con ese papel de IVE, se ve que les cae mal, no les gusta, y ta, te atienden mal”*

En otros dos casos, las mujeres sintieron alguna omisión en la atención que las dejó con una preocupación después de asistir, una por no recibir una ecografía en su consulta post aborto y otra después de leer las contraindicaciones del medicamento.



*“Cuando empecé a leer las instrucciones de la pastilla, digo, que raro que a mí no me hayan preguntado el tema de la anemia ni nada de eso porque yo soy una persona que siempre tuvo anemia”*

La mujer que no recibió ecografía en la consulta post aborto dice haberle insistido al/la profesional de salud si no era necesario sacar una ecografía, pero no le fue indicada. La guía técnica del MSP no recomienda ecografía post aborto de rutina, sino sólo ante la duda de aborto incompleto después de valoración médica (MSP; 2012). En un solo caso, una mujer entrevistada reportó lo que ella percibe como maltrato por parte del servicio de IVE. Esta mujer siente que su decisión fue fuertemente cuestionada por el personal en el servicio en la primera entrevista.

*“Yo les dije ‘ya está tomada la decisión’, entonces me preguntaron por qué quería abortar, entonces yo les expliqué. Entonces ellas me decían que era un excusa, que yo no lo quería tener, porque eran cuatro, estaba la doctora y cuatro más, asistente social, no sé qué más, y yo digo ‘no, no es una excusa’... Ellas respondieron ‘nosotras no te estamos diciendo que no lo hagas, te estamos evaluando’. Yo dije ‘vos me estás diciendo que vengo acá con una excusa, y no es una excusa. Yo si por mi fuera lo tendría’ se los dije. Entonces ellas me dicen ‘entonces ¿lo querés tener?’. ‘Por supuesto... pero ahora no puedo’ le digo, y otra vez me volvió con la excusa. ‘No es una excusa, te estoy dando el motivo, la razón y todo y me seguís diciendo que es una excusa’.*

Por este incidente y lo que consideró un trato frío en general, ella perdió la confianza en el equipo aun cuando completó todos los trámites y prosiguió con la interrupción.

El momento de la ecografía parece también ser un momento delicado en la trayectoria del

servicio. Muchas mujeres son particularmente sensibles al trato que se les da en ese momento. Aunado a esto, en todos los casos las ecografías se hicieron en lugares y por miembros externos al equipo multidisciplinario de la prestación de IVE, ya sea en servicios de Imagenología del hospital u otros departamentos similares. Por lo tanto, las experiencias del trato recibido en el momento de la ecografía son más variadas que el reportado durante el servicio de IVE. [Salvo algunas excepciones, la ecografía se vive con el volumen alto, pudiéndose escuchar los latidos fetales.](#) Sólo en un caso se le preguntó a la mujer si quería escuchar los latidos, y al recibir una respuesta negativa se apagó el efecto Doppler. Fue más común que las mujeres reportaran que les hayan preguntado si querían ver la pantalla, pero no en todos los casos sucedió. Para algunas la pregunta, aunque bien intencionada, también resultó difícil.

*“Me sentí mal, mal porque la muchacha capaz que inconscientemente me preguntó si quería verlo y yo le dije que no. Y eso es un golpe bajo para las mujeres. Pero fue cosa mía no de la muchacha, porque la muchacha creo que era una estudiante, una practicante que estaba aprendiendo e inconscientemente capaz que lo hizo”.*

Más aún, una mujer al pensar en la ecografía, especula que sea una estrategia para hacer reflexionar a las mujeres.

*“Ellos me dicen que la ecografía... la hacen para ellos asesorarse de que vos realmente estás embarazada, pero para mí lo hacen para que la madre tome conciencia. Y claro porque ahí ya ves algo en la ecografía, ves una personita, yo que sé.”*

Para esta mujer y la mayoría de las demás, el ver a la “personita” en pantalla es muy difícil. En un departamento del interior, el trato directo del personal durante la ecografía no fue problemático. Lo que

resultó muy problemático para una mujer entrevistada fue el hecho de que el reporte de la ecografía que recibe incluye una foto impresa del feto. Ella cuenta “Ver la fotito me mató... mata a cualquiera”. Ella especula que la impresión de la foto es parte del protocolo para reportar ecografías, y no cree que haya malicia. Sin embargo pudo constatar en la sala de espera del servicio IVE que a todas las usuarias presentes les habían dado foto impresa, y a todas les había afectado emocionalmente.

Igualmente, contrastando con el buen trato percibido por la mayoría de las mujeres en el servicio IVE, [en la internación hospitalaria el trato percibido por dos mujeres es descuidado, desinteresado y hasta “cruel”](#). Para una de las entrevistadas en Montevideo, que fue internada para realizar el procedimiento medicamentoso por gestación cercana al límite legal, la inconformidad durante la internación era aún más sabiendo que hubiera podido evitar verse internada de no ser por el tiempo de espera entre la segunda y tercera cita, el cual fue de quince días en vez de cinco. Ella describe su internación de esta manera:

*“Te diría que la parte más dolorosa fue que te miden la dilatación del cuello del útero para comparar si está haciendo efecto el medicamento, que después no me volvieron a medir, entonces fue como una invasión al cuete. Me dan las pastillas de misoprostol, me dicen como que me van a dar un tarrito porque ellos tienen que ver todo lo que sale expulsado del útero, y a mí me empezó a sangrar casi enseguida. Cuando voy al baño para buscar eso que me decían del tarrito, médicos no había, enfermeras no había, y entonces yo empecé con todo el proceso sin saber si era normal la sangre que salía, o no, o qué, y no tenía nadie a quien consultarle. Entonces era lo mismo estar en mi casa tranquila y no internada en un hospital. Después yo creo que en menos de una hora, expulsé el feto y por ejemplo no me dijeron que tenías que usar una chata para que todo lo*

*que expulsaras verlo, entonces en realidad terminé expulsando en el wáter y me di cuenta y como seguían sin darme nada lo saqué del wáter con una bolsa y fui, ahí ya habían recambiado el turno de enfermeras entonces le pregunté qué hacía, le dije ‘lo tengo acá, ¿qué hago?’ y me dicen ‘ahora te vemos’. Entonces me fui al cuarto de nuevo y en la recorrida cuando llegaron me dicen ‘pero donde lo tenés’, ‘acá en una bolsa’, me dicen ‘pero como lo vas a tener ahí guardado’, y les dije ‘si no me dieron nada’, y ahí recién se lo llevaron. Entremedio nunca fueron a consultar ‘te sentís bien, tenés dolores, no tenés dolores, necesitas tomar algo’. Después a la tarde recién vino la doctora a avisar... o sea no nos avisaron desde un principio que casi siempre se hace el legrado por las dudas, nosotras pensábamos que capaz nos íbamos a la noche...”*

Varios puntos se presentan en esta vivencia, desde procedimientos que para la mujer no aparentan haber sido necesarios pero sí invasivos, y la ausencia de lo que le aseguraron tendría al internarse: más contención y atención. Al final, el legrado inesperado implicó quedarse más tiempo internada.

Otra mujer igualmente internada por estar muy cerca del límite de fechas dice:

*“En el hospital había una enfermera que era cruel. Porque me tenía que traer la medicación porque los dolores que te da es impresionante, y ella te aparecía a las dos o tres horas, mientras que vos estás ahí, con contracciones que duelen como un parto de verdad, y se ve que ella no lo entiende.”*

Igualmente para esta mujer, el momento de la expulsión del feto parece ser un momento de confusión y angustia donde el personal no atiende sus necesidades.

*“Después de expulsar el feto en el wáter me dijo ‘¿porqué no te trajiste chata?’, me empezó a gritar. Yo tenía un susto, porque claro, ya estaba formado*

*el feto, y me asusté y lloraba del susto. Me rezongó la enfermera. Yo con un susto bárbaro y ella rezongándome.”*

En un tercer caso de una mujer en el interior que tuvo que ser internada por complicaciones después de tomar el medicamento en su casa, ella también nota el cambio en el trato al pasar del cuidado del equipo de IVE al cuidado del personal hospitalario.

*“Acá bien, me trataron bien, me asesoraron bien. La cosa es cuando pasas de acá para el hospital, que creo que no es el mismo equipo, no son los mismos médicos ni nada. Después la atención en el hospital, muy buena no fue, porque estuvieron todo el tiempo como retándome. La que me atendió fue una doctora... y hasta el día que me hizo el legrado que estuve dos días internada, siempre como*

*retándome. Me hablaba así, como mal, diciéndome que tengo que cuidarme porque esto no se hace, porque no era un método anticonceptivo.”*

En este mismo lugar, una entrevistada comentó la experiencia de su amiga que también interrumpió un embarazo en el mismo mes y en el mismo servicio que ella, y que tuvo una mala experiencia en el mismo hospital que la anterior entrevistada. Cuando la mujer llegó al hospital por un sangrado intenso después de tomar el medicamento, así la recibieron:

*“La doctora fue y le dijo ‘¿qué te pasa?’, dice ‘lo que pasa que tomé la medicación para el aborto’, la doctora le respondió ‘ah bueno, entonces jodete’, y se fue. La dejó allí y la hija de la mujer tuvo que salir a buscarla... hasta que vino un enfermero y le puso suero... había perdido muchísima sangre”.*

## EN RESUMEN:

- Se reporta muy buen trato por los equipos de IVE, mas no necesariamente por el personal que hace ecografías.
- La internación es sin duda un momento estresante donde las mujeres perciben al personal en general como poco sensibilizado para tratar este tema, y a algunos médicos directamente hostiles. Igualmente el trato en Emergencia también llegó a ser desagradable para al menos dos mujeres en el interior.

## 5.5. ¿CÓMO VIVIERON LA EXPERIENCIA DEL ABORTO?

Esta sección cubre la vivencia tanto emocional como física del aborto. Para algunas mujeres la vivencia emocional está marcada por miedo y sentimientos encontrados. El miedo puede ser por las posibles complicaciones de la interrupción, por la cantidad de hemorragia que experimentan durante la interrupción, por ver el feto después de expulsarlo, miedo a que no funcione el medicamento y tenga que seguir el embarazo. A pesar del miedo, algunas mujeres viven el momento como una oportunidad de introspección para el cual muchas quieren estar solas aun cuando sus parejas están cerca. El proceso fisiológico es incómodo para todas, pero la intensidad varía mucho. Algunas mujeres expresaron miedo a que el medicamento no sea efectivo, o que no se complete la interrupción con medicamento. Sin embargo actualmente las mujeres no pueden escoger el método de IVE, siendo el medicamento combinado la única opción para la mayoría de las mujeres. Para aquellas llegando al límite legal para interrumpir el embarazo, es particularmente preocupante la posibilidad de que no funcione el medicamento. En más de una ocasión mujeres de Montevideo y del interior reportaron que algún miembro del equipo les dijo que era su “única oportunidad”.

*“Lo único que me dejó re asustada fue que me dijo ‘esta es tu única oportunidad, si falla esta vez no te puedo dar de nuevo el medicamento’. Pensábamos con mi esposo que si no hace efecto y sigo con el embarazo obviamente puede salir con problemas... El médico me dejó a la deriva; si no funcionaba tenía que seguir con el embarazo si o sí.”*

Esta mujer en el interior del país cuenta que en conversaciones en la sala de espera se enteró que otras mujeres con menor edad gestacional que ella recibieron el mismo comentario del ginecólogo, lo cual les alimentaba el miedo a que el medicamento no funcione.

Después, aun cuando han recibido la información detallada de los servicios de IVE, la cantidad de sangre que expulsan impresiona a algunas y causa miedo en otras.

*“El sangrado fue impresionante... Yo me habré tomado la pastilla a las 11 de la noche. Me dormí, con terribles dolores, pero un momento me venció el sueño, me dormí, y cuando me desperté a las 2 de la mañana ya no había toalla, no había nada que pudiera conmigo porque era impresionante la cantidad de sangre. Hasta eso de las 8, las 9 de la mañana, que las gurisas se levantaron, se fueron y yo me levanté, y ahí como que vino mermando”*

Otra mujer, asustada por la cantidad de sangre, decía:

*“Tengo miedo, tengo miedo, y mi novio me decía, pero es normal porque es lo que decía el papel que te iba a pasar”.*

Es importante notar que en su caso el estar acompañada sirvió para ayudarla a salir del estado de angustia y evaluar la situación según la información que le fue proporcionada.

El proceso del aborto también está marcado por dolor físico, el cual para muchas es más intenso de lo que esperaban, comparable a las contracciones de un parto a término.

*“Yo sentí dolor, aunque estuve con otra muchacha que no sintió nada. Yo sentía las mismas contracciones como de un parto, sentí un dolor, pero fue corto, fue un rato, fue una hora y media que estuve con esas contracciones, y después ta...”*

Después de la sangre y el dolor de contracciones, la expulsión del feto fue causa de preocupación para algunas, incertidumbre para otras y de mucha angustia para dos. Una mujer cuenta haber tenido miedo de ver el feto después de expulsado, lo cual la llevó a discutirlo con el equipo de IVE de antemano.

*“Incluso yo pregunté porque tenía miedo de que cuando vaya a suceder eso perdiera un bebé y me daba mucho miedo eso, y ahí me explicaron que no, que no era eso lo que yo iba a perder, que iba a perder una especie de coágulo... yo no quería ver ningún bebé, tenía un miedo terrible de pensar que yo iba a ver un bebé, y me asustaba y me angustiaba, hasta ahora me angustia, y ella me explicó otra vez lo mismo”*

Aun después de haberse asesorado con dos ginecólogos/as del equipo, optó por pedir a una amiga que la acompañe y que sea ella quien revise los coágulos expulsados. Ambas también decidieron respaldarse llamando al teléfono proporcionado por el equipo IVE para corroborar las características del coágulo y asegurarse que hubiera expulsado el feto. Esta mujer no es la única en apoyarse de otra gente para protegerse emocionalmente. Varias mujeres se apoyan de la pareja u otra persona cercana para revisar lo que expulsaron, ya que “no es lo mismo saber que ver”. Una mujer que no tuvo ese apoyo y que se realizó la interrupción faltando tan solo dos

días para que se cumpla el plazo marcado por la ley dentro del cual puede interrumpir un embarazo, se vio muy afectada al ver el feto expulsado. Ella cuenta que se imaginaba una “cosita así”, marcando con los dedos una cosa muy pequeña, y al ver “que ya estaba formado”, la impresión y el susto fue mayor.

*“Todo fue horrible, de sentirlo salir, porque se siente. De ver el feto ahí en el wáter, no sabes qué hacer, porque me agarró un ataque de nervios. No sabes qué hacer, si agarrarlo, dejarlo, no se... no sabía qué hacer”.*

Dada esta vivencia, esta mujer concluye que fue preferible haber vivido el aborto en el hospital, “porque pasar por todo eso sola y no saber qué hacer cuando sale el feto” hubiera sido aún más difícil en casa, a pesar de que esta misma mujer indica que no hubo mucha contención por parte de las enfermeras ni con el dolor, ni con la impresión de ver el feto. Al menos una enfermera se llevó al feto, lo cual la libró de tener que decidir qué hacer con él. Otras mujeres con menor edad gestacional indican que tampoco fueron instruidas de qué iba a salir, ni les dijeron que revisaran lo expulsado para asegurarse de haber interrumpido. Al ser de menor gestación, no procuraron buscar el embrión ni vieron nada reconocible.

Sin embargo, no todas las mujeres se sienten desprevenidas para el momento de la expulsión. Una mujer con menor edad gestacional, atendida en un servicio diferente al de las mujeres recién mencionadas, cuenta como la prepararon:

*“Ellos me dijeron que iba a ser un sangrado abundante y que tenía que ver yo el coágulo, que era como un coágulo pero que no se rompía, y me dijeron el tamaño también”*

Asimismo, al menos una mujer que también estaba de doce semanas de gestación fue bien preparada

para ver el feto, que ya no iba a ser sólo un coágulo.

*“Fue lo que me dijo la partera, dice vos vas a ver como que tiene una figurita humana porque ya con esas cantidad de semanas no va a ser una bolita, ella me explicó bien para que yo no me asustara.”*

Las posibles complicaciones del procedimiento era causa de constante preocupación, desde el proceso previo al aborto hasta el momento de tomar el medicamento. Aquellas que conocían historias de gente que murió por complicaciones de abortos clandestinos expresaban mayor ansiedad.

*“Lo que pasa que yo tengo una experiencia de una compañera de clase... que murió en un aborto, entonces siempre me aparece la imagen de ella. Y si a mí me pasa lo mismo pienso... yo tengo tres hijos atrás mío, yo no estoy sola. Yo me acuerdo que ella dejó un niño de cinco años, entonces, siempre me acuerdo de esa chiquilina.”*

Para aquellas fuera de Montevideo, en localidades pequeñas, la poca disponibilidad y calidad de servicios de urgencias también contribuían al miedo. Al menos una mujer tiene la percepción de que en localidades pequeñas las cosas funcionan más lento, y para cualquier complicación hay que trasladarse, estando a media hora de la ciudad más cercana.

*“Estaba asustada, porque pensaba que podía salir mal y qué iba a hacer yo acá que no estaba en Montevideo... me dijeron que fuera a la guardia nomás si yo veía algo, con todos los papeles y la medicación que había tomado y que me tenían que atender enseguida si yo veía algo fuera de lo normal, que no se podían demorar en la atención”*

Para una mujer, de veintiuna entrevistadas, el miedo a tener complicaciones se hizo realidad, ya que tuvo una hemorragia que la llevó a buscar asistencia

médica de Emergencia. Ella estaba acompañada de una amiga a la cual le atribuye salvarle la vida.

*“Estábamos solas, mi amiga y yo no entendíamos nada de lo que estaba pasando, no teníamos cómo asesorarnos de qué estaba pasando, qué eran esos coágulos enormes, que parecían hígados, si era normal, si no lo era. Mi amiga fue la que atinó a llevarme al hospital sino yo ya estaría muerta. Cuando el médico me ve nuevamente me dice ‘te lo puedo decir ahora, te salvaste de milagro’.”*

Así como esta mujer, otras dicen haber tenido miedo porque “no es lo mismo estar sola en tu casa que atendida por médicos”. Dos mujeres en total tuvieron complicaciones post aborto, la mujer con la recién mencionada hemorragia y subsecuente legrado de emergencia, y otra mujer que requirió un legrado después de dosis adicionales de misoprostol para ayudar a evacuar. Las dos mujeres internadas en Montevideo por edad gestacional avanzada también fueron legradas, pero no a causa de una complicación sino como medida preventiva.

La pregunta concreta de cómo se sintieron durante su vivencia de aborto y como se sienten ahora es difícil de contestar para muchas mujeres ya que son muchos sentimientos presentes y coexistiendo.

*“Me siento... no me siento ni bien ni mal, porque por un lado no iba a traer un niño a que pase mal, y por otro era mi hijo y me hubiese encantando tenerlo, pero por algo pasan las cosas”.*

El vivir todo el proceso del aborto como difícil no implica que haya duda o arrepentimiento. El dolor por la situación de tener que abortar era evidente en esta mujer, pero a la vez su convicción también lo era.

*“Lloré el primer día, lloré el tercer día, lloré el cuarto, pero después ya está... Porque no era una duda, era algo que lo veo más como un sentimiento...”*

*puse lo que pienso o lo que me parece, lo que uno está dispuesto a dar en la decisión, no puse el sentimiento sino la coherencia, porque el padre del nene no está conmigo, entonces dos veces quemarse con leche, después ves la vaca y lloras”*

Quizás una de las mejores muestras de los complicados sentimientos que envuelven este

proceso viene de la mujer que sufrió serias complicaciones, quien con tres hijos y un nuevo trabajo relata que había tomado con firmeza su decisión de interrumpir el embarazo. Sin embargo, su difícil experiencia la dejó consternada.

*“No me arrepiento, pero sí tengo culpa, pero no lo volvería a hacer”.*

## EN RESUMEN:

- Las mujeres expresan tener miedo a las posibles complicaciones del medicamento o a que falle en interrumpir el embarazo. Una vez iniciado el proceso de aborto, la cantidad de sangrado también puede generar angustia.
- Las mujeres viven el proceso de aborto con dolor, y algunas se angustian por ver el feto una vez expulsado evidenciando una falta de preparación para esta parte del proceso.
- Emocionalmente la vivencia no aparenta ser fácil para ninguna de las mujeres, algunas de ellas mostrando sentimientos encontrados aun cuando evidencian una decisión firme y autónoma.

## 5.6. ¿QUÉ LES FACILITÓ LA VIVENCIA DE IVE?

Cinco factores se destacan por haber ayudado a las mujeres a transitar por el servicio y la experiencia de IVE: el tono del servicio, el poder vivir el aborto en casa, la confidencialidad del servicio, el apoyo de otras mujeres pasando por lo mismo y la continuidad del cuidado.

### 5.6.1. EL TONO DESESTIGMATIZANTE DEL SERVICIO

Fue una experiencia común entre las mujeres entrevistadas el llegar al servicio con angustia de ser señalada o recriminada por querer abortar. Al no encontrar este tipo de trato en el servicio, las mujeres sienten alivio y agradecimiento. Cuando el equipo

de IVE les habla del tema de aborto sin el estigma comúnmente asociado, les brinda un espacio para normalizar sus acciones y reducir la angustia. Esta mujer, aunque jamás pensó llegar a abortar un embarazo, sabía que no quería tener otro hijo en ese momento:

*“Me ayudó la entrevista con la psicóloga porque ella me explicó todo, me hizo sentir segura de mis derechos y a la vez segura del apoyo que me iba a brindar acá. Me explicó que nadie me podía decir ‘vos no podés hacer eso’.”*

Enmarcar su experiencia desde el inicio como un tema de derechos le ayudó a dar legitimidad

a su situación y prepararla para su vivencia. Otra mujer, muy decidida a interrumpir el embarazo por la dificultad económica que vivía, pero viviendo su decisión con conflicto interno por haber pensado anteriormente que ella nunca abortaría, dice:

*“tienen como un tacto especial para tratar el tema, porque uno va con tabúes a preguntar y ellos lo tratan natural. Vos vas con un montón de miedos y preguntas y para ellos es totalmente natural y te lo explican así, natural”.*

Otra mujer estaba muy nerviosa de presentarse al servicio por ser su segundo aborto, el anterior habiendo ocurrido hacía unos años cuando todavía era ilegal y la asesoría se daba como reducción de riesgos y daños al aborto inseguro. Ella pensaba que al ser su segundo embarazo no deseado, podrían negarle el servicio, o decirle algo que la hiciera sentir mal.

*“Yo pienso que la atención, desde quien te atiende, la enfermera que te toma el papel hasta el médico, digo, nunca te miran con cara rara ni te preguntan por qué, que ese era mi miedo... vos das la explicación una vez y nada más.”*

### 5.6.2. ABORTO MEDICAMENTOSO AMBULATORIO: “PODER VIVIR EL ABORTO EN CASA”

Para quienes tienen hijos pequeños y poco apoyo para cuidar de ellos, el poder llevar a cabo la interrupción de embarazo en casa les facilitó mucho el proceso.

*“Estuvo bien porque aparte de mi hermana, no tengo con quien dejar a mis nenes, entonces no perdí ni de estar con ellos ni perdí de tomar la medicación.”*

Para otras, la ventaja de estar en casa era más sutil, teniendo que ver con su sentido de seguridad y comodidad emocional más que física.

*“Me pareció que estaba bien, porque me parece que es algo más íntimo, que tenés que hacerlo en un lugar donde te sientas más segura. De repente si yo tuviera que ir al hospital a hacérmelo es un poco más complicado, que hay un montón de enfermeras y personas a tu vuelta que te están mirando... con cara extraña como quien dice, entonces a mí me parece perfecto que te lo hagas en tu casa.”*

Igualmente para una de las mujeres que debió internarse en Montevideo para proceder con la IVE, hubiera sido preferible quedarse en casa, no sólo por la logística involucrada en “desaparecer” dos días sino porque no sintió mayor contención por parte de enfermería ni otro personal. Por lo tanto no sólo tuvo la vivencia sin acompañamiento, sino también en un ambiente desconocido.

### 5.6.3. CONFIDENCIALIDAD

Es un gran alivio el poder contar con el respeto a su confidencialidad, sobre todo en momentos difíciles como una internación. Las dos mujeres internadas por complicaciones post-aborto mencionaron que sus familias no sabían que ellas habían interrumpido un embarazo, pero al tener que internarse las familias se enteraron que estaban en el hospital. Ambas se inventaron una condición médica que requería una intervención, y en ambos casos pidieron al personal mantener la confidencialidad, la cual gratamente mencionaron fue respetada. Una dice:

*“A mis padres les mentí totalmente, me fueron a ver al sanatorio, les dije que tenía unos coágulos en la panza, y como es reservado yo puedo decir lo que quiera. [...] Y cuando mi padre fue a preguntar le dijeron ‘no se hace declaraciones’ porque lo había*



*pedido yo, así que totalmente cuidado y anónimo. Y si había gente, cuando llegaba la enfermera, se trataba de no hablar, ‘¿Cómo estás? ¿Estás bien? ¿Caminaste?’. Impecable, muy bueno.”*

Fuera de la internación, las mujeres no mencionan la confidencialidad en los servicios de SSR, aunque si se nota que los espacios de recepción son poco privados y pueden ser problemáticos para algunas usuarias, como se retomará en la sección 5.7.4.

#### 5.6.4. APOYO DE OTRAS MUJERES CURSANDO POR EL SERVICIO

Al tener que volver tres o cuatro veces al servicio de SSR para acceder a una IVE, muchas mujeres fueron reconociendo a otras mujeres que también estaban accediendo al servicio por el mismo motivo. En algunos casos se entablaron conversaciones puntuales, en otros casos se entablaron amistades. Esas conversaciones fueron fuente de confort al no ser “bicho raro” por estar abortando.

*“¿Sabés que me ayudó? Ver que no era la única. El estar ahí sentada y saber que no era la única dije, ‘¡fa! tan mal no estoy’. Y que hay situaciones peores porque conversas con la gente que está ahí y algunos tienen un bebé recién nacido con un par de meses nomás y ya tienen que estar ahí, que también tienen problemas económicos, otras que no, otras que directamente no lo quieren tener porque no lo quieren tener”.*

En un caso, fue tal el vínculo que entabló una mujer entrevistada con las demás mujeres esperando por el servicio, que decidieron completar todo el proceso juntas, llamándose después de las citas para ver qué había pasado, coordinándose para ir todas a la misma hora a recibir el medicamento, y monitoreándose mutuamente por teléfono hasta altas horas de la madrugada después de haberse tomado el medicamento. El apoyo que se brindaron entre sí no solo les sirvió como muestra de solidaridad, sino difícilmente lo hubieran podido tener de familiares o amistades que no habían vivido un embarazo no deseado ni interrumpido uno.

#### 5.6.5 VÍNCULO EXISTENTE CON SERVICIO DE SALUD

En el servicio de uno de los departamentos del interior, resultó muy evidente el vínculo que tienen las mujeres al centro de salud donde se encuentra el servicio IVE. El centro de salud es referencia para las mujeres, tanto en el cuidado de sus hijos como de ellas mismas. Suele ser donde se han seguido embarazos previos o donde levantan métodos anticonceptivos. Este vínculo facilitó la llegada al servicio de IVE, aun cuando no sabían que se brindaba el servicio de SSR o IVE como tal en ese espacio. Asimismo facilitó su seguimiento en el tema de anticonceptivos después de culminada la IVE. Por el contrario, en el servicio del CHPR seis mujeres de once no volvieron a la consulta de IVE 4, perdiendo el vínculo con el servicio.

## EN RESUMEN LOS FACTORES QUE FACILITAN LA VIVENCIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS SON:

- El tono desestigmatizante del servicio en general y el trato del equipo interdisciplinario
- El apoyo que encuentran en otras mujeres que viven una IVE
- El proceso ambulatorio del aborto con medicamentos
- El vínculo con el servicio en atención primaria, el cual facilita el seguimiento y adopción de anticoncepción post aborto.
- El respeto a su confidencialidad para pacientes que viven internación

## 5.7. ¿QUÉ DIFICULTADES Y BARRERAS ENCONTRARON?

Como se mencionó anteriormente, dos de las mujeres atendidas en Montevideo tuvieron que internarse para llevar a cabo la interrupción de embarazo con medicamento porque estaban cercanas al límite de edad gestacional. Para ambas, la noticia de que debían internarse vino el día de la tercera consulta, dejándoles alrededor de 36 horas para arreglar cualquier pendiente antes de ir al hospital. También para ambas, la internación resultó molesta dado que consideran que el proceso de citas y horas en la consulta de IVE fue responsable de que llegaran a la edad gestacional en la que estaban. Una de ellas dice:

*“Me cayó bastante mal el tema de internarme porque siempre es un hospital, siempre es una internación, hay un rechazo a estar en un lugar así, entonces, yo me sentía mucho más tranquila estando en mi casa, quieta, y como que fue bastante el rechazo a internarme... como me lo plantearon todo siempre, que era seguro, y que no había problemas y que generalmente se hace en la casa, no tenía problema de estar en mi casa.”*

Dado que le recomiendan la internación por cuestiones de seguridad y mayor acompañamiento, ella accede. Sin embargo cuenta que aun así vivió el proceso sola, sin ayuda ni contención y con exactamente las mismas dosis y procedimientos que de haberlo hecho en casa; pero si siendo sometida a un legrado.

Por otro lado, una mujer del interior que sufrió una hemorragia seria que la llevó a un legrado de emergencia sintió que ella hubiera precisado mejor supervisión médica durante el proceso. Ella tenía ocho semanas de gestación.

*“Me parece a mí que nos largan, nos dan el medicamento y bueno si pasa, pasa.... Me sentí descuidada, porque en ese momento si mi amiga no hubiera actuado yo estaría muerta.”*

La segunda dificultad que mencionan las mujeres es la espera a la que están sometidas desde que deciden interrumpir hasta que culmina la interrupción. Los síntomas del embarazo así como la angustia

de la decisión que han tomado hace la espera aún más difícil, incluso cuando saben que al final van a acceder al servicio. Una mujer en Montevideo confirma su embarazo en cuanto le falta la primera menstruación, y sin embargo culmina el proceso de IVE a las 10 semanas de gestación. Ella explica:

*“Yo quería terminarlo ya, que no se prolongara el tiempo porque iba a ser más difícil, es más difícil...”*

Para ella es difícil especificar los tiempos que pasaron en diferentes aspectos del servicio, la memoria la traiciona un poco, pero básicamente atribuye la demora a las esperas entre una cita y otra. Las múltiples visitas al servicio, y la necesidad en muchos casos de mantener el embarazo y el aborto secreto hacen la espera más angustiante. Una mujer estudiante universitaria describe cómo vivió el proceso del aborto, tratando de mantener el secreto de sus compañeras de casa en un ambiente pequeño y compartiendo baño:

*“Estando acá tampoco era tan fácil, tampoco podía estar horas en el baño revisando, tenía un sangrado abundante que ¿cómo lo explicaba? Estaba tapadita con mis sábanas, cobijas y una toalla abajo ... y levantarme a lavar todo, esconder todo y tratar de desaparecer todo...”*

A continuación se discuten los factores que más allá de ser dificultades que tuvieron las mujeres, son factores que tienen el potencial de actuar como barreras, tanto dentro de los servicios, como en el sistema de salud y en el ambiente social en el que viven las mujeres.

## 5.7.1 FALTA DE DIFUSIÓN

Todas las mujeres entrevistadas en este estudio accedieron al servicio de SSR y a la prestación de IVE, lo cual indica que pudieron acceder a la información necesaria para llegar al servicio<sup>5</sup>.

Sin embargo, muchas de ellas consideran que no es evidente la manera de llegar al servicio. Esta mujer que investigó el nombre de la persona que se encarga del servicio en su localidad y sacó una cita con esta persona directamente en una de las policlínicas barriales donde atiende, dice:

*“No hay afiches ni un lugar donde diga ‘venga al centro’, porque lo ideal sería que hubiera ido directo al centro de Salud, si lo pensás hoy en día, porque en una policlínica tampoco tienen mucha idea”.*

La mujer de Colonia utilizó valioso tiempo visitando tres policlínicas locales para poder ser referida al servicio que presta IVE, y aun así no pudo conseguir cita en tiempo razonable dentro de su departamento, lo cual la obligó a trasladarse a Montevideo para acceder el servicio. Esta decisión la tomó a pesar del gran costo financiero de moverse a Montevideo por el día cada uno de los cinco días que tuvo que asistir al servicio. De haber sabido exactamente a dónde dirigirse en Colonia para acceder al servicio, el costo para ella hubiera sido mucho menor.

Como se mencionó anteriormente, no todas las mujeres sabían que el aborto se había despenalizado y ahora era accesible a través de los servicios de salud. Algunas pensaban haber escuchado algo al respecto pero no estaban seguras de si se podía acceder al servicio. Y esto a pesar de la extensa cobertura en los medios de comunicación por la despenalización y el llamado público para plebiscito promocionado en junio de 2013.

*“Yo no sabía que el aborto era legal y que existía porque yo no sabía tampoco eso. Yo no podía creer, porque yo dije ‘¿en serio que hacen en el hospital?’, y me dijeron ‘sí, en serio, yo me lo hice’. Entonces yo fui y pregunté, pero yo no sabía”.*

<sup>5</sup> Cabe notar que las mujeres no tuvieron acceso al servicio de SSR o decidieron acceder el circuito clandestino quedaron fuera del enfoque de este estudio.

Queda en evidencia que no ha alcanzado la cobertura para asegurar que toda la población sepa de la existencia y la ubicación de los servicios de IVE.

Una mujer del interior relata que, después de haber culminado el proceso de interrupción, por curiosidad les preguntó un día a unas conocidas estudiantes de enfermería si sabían en donde se hacían abortos. Ellas no le supieron contestar y pensaban que en esa ciudad no existían servicios. Según su perspectiva todavía no hay suficiente difusión para que la información esté generalizada en la población.

### 5.7.2 PROCESO “ENGORROSO” EN EL SERVICIO

El proceso para acceder al servicio IVE es complicado, con muchas citas y movimientos que, dependiendo del servicio, puede implicar desplazarse a diferentes lugares para cumplir con todos los requisitos del servicio. Muchas mujeres describen el proceso como “mareador”, y descubren que es más complicado de lo que esperaban.

*“Yo pensaba que era fácil, que venía, te daban las pastillas, lo que te fueran a dar, y ya estaba. Y volvía después para hacerme una ecografía. Pero no...”*

Otra mujer igualmente comparte que el trámite es pesadoso, y llega a pensar que podría no poder acceder al servicio.

*“En el tema de los trámites me hicieron dar demasiada vuelta, que tema de ómnibus para allá, después volver, y así te tenían viste, de acá para allá, de acá para allá, y te cansaba porque te decían una cosa, después te decían otra... yo llegué a pensar que me lo demoraban para después no hacérmelo”.*

Una mujer cuenta que los horarios de los diferentes aspectos del servicio no necesariamente están coordinados, de manera que cuando uno sale de un trámite, no va a poder, en el mismo viaje, hacer el

trámite siguiente. Ella explica:

*“Tuve que venir al otro día de mi cita a Enfermería porque era sólo hasta las dos de la tarde que te sacaban sangre, y ahí lo llevas a la parte de hematología. Como la farmacia cierra más temprano de lo que yo estaba en el médico tuve que guardar la receta hasta el otro día para venir a buscarla, entonces en realidad como que con el tema de horarios, son cuatro veces de las citas más otras tantas que tenés que terminar viniendo. Terminé viniendo como diez, doce veces... no sé cuánto, en un par de semanas entre que venir, buscar un papel, hacer tal cosa, ir a un lugar, pero por lo menos todo fue acá en el hospital y no me tuve que estar moviendo a otros hospitales.”*

Las mujeres que vienen de más lejos cuentan que no se puede hacer cita ni pedir información de IVE por teléfono, lo cual añade a las idas y venidas. Habiendo dicho esto, en el estudio hubo al menos una mujer que se sintió “cuidada” por el hecho de haber tenido al menos cinco consultas con el equipo de salud.

### 5.7.3. BARRERAS GEOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS

Como se discutió anteriormente, el proceso para acceder al servicio de IVE puede ser lento, involucrando varias visitas al servicio en diferentes días. La mayor dificultad logística la tuvieron las mujeres que trabajan dada la necesidad de faltar al trabajo, así como aquellas que viven lejos del servicio o viajaban con el objetivo de asistir al servicio IVE. Para ambas mujeres que viajaban desde Colonia, el venir tantas veces implicó no solo el costo del pasaje sino también la pérdida de ingresos por los días no trabajados.

*“Viajé como seis días, perdí de trabajar y me salió carísimo porque el pasaje te sale 500 pesos ida y vuelta y viajé seis veces.”*

Esta mujer, al no acceder al servicio de ASSE en Colonia para ser referida a Montevideo, no califica para que ASSE la facilite el costo de los pasajes. En el caso de mujeres que son referidas a Montevideo por no poder acceder al servicio en sus departamentos, como era el caso del departamento de Salto hasta hace pocos meses, el costo del pasaje si está cubierto.

Igualmente para otra mujer que venía del área periférica de Montevideo, el costo del transporte para tantas visitas era suficientemente importante como para retrasar su paso por el servicio.

*“Lo que pasa que todo me demoró más a mí porque yo necesitaba la plata para ir todos los días y hacerme todo lo que tenía que hacerme, por eso yo me demoré un poco más pero igual traté de hacerlo todo en el plazo indicado... Fui cinco veces al servicio”*

A las mujeres que les indicaron internarse en Montevideo, el tener que desaparecer dos días resultó complicado. Una de ellas no había compartido con nadie el tema de su embarazo y decisión de abortar, y por lo tanto tuvo que mentir para justificar su ausencia en casa. La otra mujer tenía hijas pequeñas en casa y su red de apoyo solo alcanzó para el cuidado de sus hijas, dejándola a ella sola en el hospital.

#### 5.7.4. BARRERAS LIGADAS AL SISTEMA DE SALUD

Dado el contexto social que se vive en Uruguay como en muchos otros países, [el estigma relacionado al aborto sigue siendo parte de la experiencia de muchas mujeres que buscan este servicio](#). Sin embargo, el estigma perpetuado en el servicio de salud es una barrera importante, en un ambiente en que las mujeres deben sentir la confianza para poder

solventar sus necesidades sanitarias. Una mujer cuenta la anécdota de cómo fue recibida cuando llegó al centro de salud a preguntar por el servicio. Ella en un principio no sabía que el aborto estaba despenalizado y fue por recomendación de una amiga que se lo había realizado hacía poco tiempo.

*“Cuando llegué estaba lleno de gente entonces me daba vergüenza preguntar. Entonces le dije a la muchacha, lo dije fuerte, ‘¿puede ser que haya una partera que hace abortos?’ Entonces la gente toda atrás me miró, porque yo no sabía tampoco si había el servicio. Y entonces ellas me dijeron ‘shhhhh, así me dijeron ‘Vení para acá’ y me trajeron para un costado y toda la gente empezaron a hablar... y me miraban. Ellas que me llevan a una pieza me encierran y me dicen ‘si somos nosotras que anotamos, anda a buscar tu expediente’ ¿Viste? ... Yo me sentí mal, porque si hay una ley aprobada ¿por qué me hace callar? Porque claro, toda la gente me empezó a mirar... ¿Por qué ella no me dijo eso delante de la gente? Yo quedé muy mal porque, o sea, yo fui por algo legal y terminé quedando mal porque la gente me miraba y ella me llevó para otro cuarto”.*

La mujer no se atreve a especular la motivación detrás de este acto por parte de recepcionista y su equipo. No se entiende si la intención era protegerse ellas mismas o proteger a la mujer que preguntaba. En cualquier caso, la experiencia de esta mujer representa un claro ejemplo de cómo se perpetúa el estigma al aborto inclusive dentro de un marco en el que se procura un servicio legal e institucional.

Asimismo, como todo servicio de salud insertado dentro de un sistema de atención, el servicio de SSR que brinda la prestación de IVE está conectado y depende del funcionamiento de otros espacios y otros departamentos. Aun cuando estos otros espacios no dependan del servicio de SSR, la experiencia de las pacientes se ve fuertemente

afectada por ellos. Un claro ejemplo de esto es el del servicio del CHPR, donde cuentan con una oficina única que proporciona horas para todas las policlínicas. Cuando una mujer quiere ser atendida en la policlínica de SSR por IVE, debe primero ir al primer piso donde le darán un número para ser atendida en la oficina centralizada que proporciona fecha y hora para citas con cualquier médico/a de todas las policlínicas. Una vez atendida en la oficina de reserva de horas en policlínica, se consigue hora en el servicio de SSR para IVE. Después de cada cita de IVE, las mujeres deben regresar a la misma oficina centralizada a pedir la siguiente cita según la etapa del trámite que estén cursando. Esto quiere decir que las personas en la oficina centralizada que proporcionan las citas para la policlínica no están en el servicio, y para las mujeres “no es evidente que estén dando la primera fecha disponible” para tener un proceso rápido. Como ejemplo, una mujer en Montevideo que se tuvo que internar por estar cercana a las doce semanas dice:

*“Ese día que fuimos a sacar la hora para IVE 3 acá había paro. Que ta, nos atendieron igual a nosotras las que ya teníamos la consulta pero las mujeres que te daban las horas estaban ahí medio locas, desesperadas porque hay menos gente trabajando y entonces se vuelven medio locas. Entonces ya si te pones a decirle algo... Yo podría haberle dicho ‘por qué no me das para antes’, pero... Te arriesgas a que igual no te den la hora. No que no te den la hora, pero frente a la locura de la persona... no le dije nada. Porque no esperaba además todo el resto en internación. Cuando yo llegué acá pensando que agarraba las pastillas y me iba para mi casa el ginecólogo me dice ‘no, pero te vas a tener que quedar internada porque ya está muy avanzada la gestación entonces en realidad es mejor que te den doble dosis y que estés aquí internada por cualquier eventualidad’. Y en realidad si no hubiera sido porque me estiraron un poco más yo lo hubiera podido hacer tranquila en casa.*

*Encima es un gasto que genera el hospital que no tenía por qué generarlo porque en realidad si no hubieran atrasado eso hubiéramos podido estar tranquilas en nuestras casas y ellos no tener que gastar en eso.”*

Esta mujer en vez de esperar los cinco días reglamentarios tuvo que esperar quince días entre la segunda y tercera cita, y por lo tanto acercarse ya al período límite marcado por la ley. Otra mujer también tuvo la experiencia de enfrentarse con la persona que le quería dar una cita más alejada en el tiempo. Ella tuvo que volver a subir al servicio para obtener una firma y un sello de la ginecóloga que la atendió para que accedieran a darle una cita más próxima.

La ecografía es otro ejemplo de un espacio que se encuentra fuera del control de los servicios de SSR pero afectan la experiencia de las usuarias de IVE. En los tres servicios que se incluyeron en el estudio como punto de partida para encontrar mujeres dispuestas a compartir su historia, la ecografía se hacía fuera del servicio de SSR en el momento en que las mujeres entrevistadas asistieron. Más recientemente en ambos servicios del interior, un ecógrafo portátil se usa para poder revisar dentro del servicio la edad gestacional y así evitar mandar a las mujeres a otro lugar, pero no siempre es posible acceder a esta tecnología y ninguna mujer que participó en este estudio tuvo esa atención.

Esta estructura que tienen los servicios se vuelve problemática al no ser la misma gente con la misma sensibilidad la que atiende el momento de la ecografía. Al respecto, una mujer dice:

*“Si algo se pudiera cambiar, yo diría que pusieran a un... a alguien que haga las ecografías acá, porque esa mujer que nos atendió allá fue horrible, horrible, horrible. A mí me pasó de yo estar acostada, ella sacándome la ecografía, hablándome al muchacho que estaba escribiendo..., le decía*

*‘estas gurisas lo que hacen’, y tratándonos mal, hablándonos mal, yo salí furiosa”.*

En uno de los servicios del interior también fue evidente que había luchas internas entre el servicio de SSR y otros departamentos donde hacen ecografías. A una mujer le tocó ir “para arriba y para abajo” entre el servicio de IVE e Imagenología ya que le decían que esa ecografía, al ser para IVE, no les correspondía a ellos hacer. Esta mujer quedó en medio de lo que percibió como una pelea interna.

El último tema relacionado al servicio de salud más amplio tiene que ver con el vínculo, o en algunos casos la falta de ello, entre el servicio IVE y la anticoncepción post aborto. Todas las mujeres al momento de la entrevista estaban motivadas para evitar otro posible embarazo, pero la mitad de ellas no volvió a la cuarta cita. Explicaban que la cuarta cita “no es obligatoria”, y algunas pensaban que deberían haber vuelto, pero no lo hicieron. En este estudio, las mujeres que no asistieron a la cuarta cita tampoco se controlaron en otro lugar más cercano a casa. De las que sí volvieron, algunas se anotaron para colocarse un DIU, pero las fechas para colocar DIU en un servicio del interior estaban con meses de atraso. Una mujer entrevistada en el interior recién tenía fecha de colocación en octubre cuando su IVE fue en junio. Otra mujer tenía programada una ligadura pero igualmente el proceso seguía siendo lento y todavía no tenía fecha, meses después de haber utilizado el servicio de IVE.

### 5.7.5. CONTEXTO SOCIAL

En el contexto social volvemos a encontrarnos con el tema del estigma, no necesariamente manifestado en los servicios o con los equipos de salud sino en los contextos sociales de los cuales provienen las usuarias. Al ser discretas y no comentar con mucha gente más allá de sus círculos cercanos el hecho de que iban a interrumpir un embarazo, las mujeres entrevistadas no hablan de situaciones de estigma o discriminación explícita fuera del ambiente de servicios de salud. Sin embargo una mujer expone cómo se discutía el tema del aborto en el contexto educativo como algo problemático o “no positivo”, precisamente en el momento en que ella estaba por interrumpir su embarazo.

*“Juzgada siempre te sentís, siempre porque es algo que, que no es algo positivo como quien dice. Justo estábamos hablando en clase de la parte del desarrollo social, de la población del Uruguay, que es una población chica, de gente vieja, viste. En el liceo se hablaba de eso, y se comentaba que ahora con la ley del aborto que íbamos a ser menos, que iban a nacer menos niños”.*

Precisamente, uno de los argumentos que los opositores a la ley 18.987 utilizan es la baja natalidad.

**EN RESUMEN:**

- Las mujeres viven algunas dificultades, tales como el tener que internarse cuando no lo previeron, o tener que ocultar su embarazo y su aborto en casa.
- Las barreras para acceder a los servicios son: la falta de difusión de los servicios, el proceso “engorroso”, las barreras geográficas y económicas (a causa del transporte principalmente), las barreras dentro del sistema de salud y en el contexto social en que se vive.

## 5.8. ¿QUÉ IMPACTO TUVO EL HABER ACCEDIDO A UN SERVICIO DE IVE LEGAL?

En este estudio, el acceso a un servicio legal de IVE fue vivido con mucho agradecimiento: al equipo que las ayudó en el momento difícil de sus vidas en el que se encontraban, así como al sistema legal y sanitario que permitió que hicieran este proceso acompañadas y no sumidas en la clandestinidad. Aun cuando al explicitar detalles de la experiencia surgen quejas o incomodidades con ciertos aspectos de la vivencia, todas las mujeres llegan a un punto en la entrevista en que muestran este agradecimiento por haber tenido acceso. [El estudio refleja que el acceso al servicio impactó sobre todo en: la percepción de la seguridad del aborto, las finanzas personales y el acompañamiento al que tienen derecho al interrumpir el embarazo dentro de un sistema legítimo.](#)

Esta mujer resume estos puntos de la siguiente manera:

*“Acceder al IVE me pareció algo positivo porque si tuviera que haber abortado sin que existiera este servicio sería más complicado... no era algo legal... era más complicado conseguir la medicación... porque económicamente no estás en condiciones*

*de gastar un montón de plata, porque un aborto te sale entre nueve y diez mil pesos acá... Es diferente cuando estás acompañada, tenés asesoramiento...”*

A una mujer le dio gran tranquilidad saber que cuando se iba a su casa con el medicamento, su historia clínica iba a Emergencia en caso de que ella tuviera alguna complicación y tuviera que asistir. Se sintió cuidada y acompañada. De haberlo hecho ilegal:

*“No sabría si estaría viva o me hubiese pasado algo peor, porque yo que sé, en las clínicas esas clandestinas te puede salir bien pero también te podés llevar una infección”*

Al menos dos mujeres tuvieron la clara opción entre hacer una interrupción legal o una ilegal, ya que sabían cómo obtener el misoprostol con facilidad y a precio razonable (comprado en Argentina). Ambas optaron hacer el proceso legal, una vez más tomando esta decisión principalmente por sentirse más seguras al ser acompañadas.



*“Lo que te da esto es una garantía, que lo hablaba yo con la doctora, te da una garantía, una cosa es hacerlo vos por tus medios y otra cosa es venir con un seguimiento... Hacerlo de forma ilegal a hacerlo de forma legal la diferencia es abismal por el hecho de la seguridad que te dan... Para empezar, la seguridad de que tenés un seguimiento, de las ecografías que me hicieron después, de que tuve como 5 entrevistas al final... la seguridad de que yo hice las cosas y yo salí bien...”*

*“Si lo hice fue porque me sentía segura que tenía gente que, pasara lo que pasara, estaba esa gente, pero si no, no lo hubiera interrumpido”*

El impacto financiero es obvio, dado el costo de las pastillas de Misoprostol en mercado clandestino, cuyos reportes oscilan entre 1000 y 5000 pesos uruguayos por pastilla (US\$50 y US\$250). Vale la pena recordar que el medicamento combinado al cual tienen acceso las mujeres que acceden al servicio de SSR por IVE es gratuito. Las mujeres reflexionan no solo sobre la inmediata consecuencia financiera de haber tenido que comprar el medicamento clandestinamente, sino de otras consecuencias, como el no haber tenido que esperar más tiempo para juntar el dinero y por lo tanto haber interrumpido más avanzada la gestación.

*“Tendría que conseguir la plata. Tendría que juntarla, esperar a cobrar y yo no sabía... ni de cuantas semanas estaba ni nada. Ta, tenía que esperar a que cobrara, y si sacábamos toda la plata de ahí y después ¿qué? ¿Qué hacíamos para comer?”*

*“En mi casa o por ahí me hubiese metido en un crédito, en un préstamo o en algo hubiese pagado, no sé, pero me lo hubiese hecho de todas maneras porque no estoy en posición de tener otro hijo, buenísimo que sea legal, está muy bueno porque uno lo hace más informada, consciente de lo que*

*hace, pero sino yo lo hubiese hecho de todas maneras”.*

Asimismo, algunas mujeres notan la inequidad de condiciones que enfrentan las mujeres según su situación socioeconómica cuando no acceden a un servicio por IVE legitimado, así enfatizando que el impacto de la despenalización no solo es financiero sino contribuye a igualar las oportunidades y condiciones sociales.

*“Las mujeres que tienen plata van y se hacen el aborto en cualquier lado y siempre están bien, re chochas, y las que no tienen ¿qué? Tienen que seguir cargando...”*

Por otro lado, una mujer reporta que el impacto de haber accedido a un aborto legal es que se sintió, en esta instancia, apoyada por el Estado. Al ser madre soltera que no recibe ningún apoyo económico de su ex-pareja para el sustento de su hijo, muchas veces no se ha sentido apoyada por el Estado. Ella resintió el derecho otorgado al padre de reconocer al hijo como suyo en el acta de nacimiento, pero el descuido por parte del Estado al no obligarlo a cumplir con los pagos de manutención. Pero en esta ocasión, agradece y reconoce que el Estado la respaldó.

Aunque todas las mujeres entrevistadas tuvieron un aborto legal, tres mujeres habían ya cursado por el servicio de Reducción de daños y riesgos el aborto inseguro, y habían completado un aborto ilegal comprando misoprostol en el pasado. Estas mujeres contrastan sus experiencias anteriores a las que vivieron con el aborto legal y pueden dar una visión más realista del impacto que tiene la despenalización del aborto en la experiencia de la mujer. Una relata lo siguiente:

*“Aquella vez yo tuve que comprar la medicación afuera, como quien dice clandestina, y vos te*

*arriesgabas a que no sabes lo que te da... yo no sé lo que tomé, a mí me dieron cuatro pastillas en una gasa... Yo no sé lo que tomé... Era otra cosa, ahora no. Ahora te enseñan los riesgos, te muestran lo que puede pasar, lo que tenés que hacer, te dan un número de teléfono para llamar si te sentías mal<sup>6</sup>, eso es muy importante también, te dan folletos que te explican que eso también es importante, antes no te daban nada, ahora sí te dan”.*

Aun refiriéndose a un servicio de Reducción de riesgos y daños al aborto inseguro, la clandestinidad de todo el proceso se hacía sentir. Esta misma mujer al preguntar al equipo de salud qué hacer en caso de Emergencia, recibe esta respuesta:

*“Inclusive la médica que yo le pregunté, ¿qué le digo en Emergencia si me pasa algo? ‘No acá no nos nombres me dijeron, te vas a la urgencia”.*

Otra mujer remarca particularmente en la diferencia que hace ahora tener acceso a mifepristona y no sólo misoprostol, como anteriormente. Aunque ella no entiende muy bien los efectos de los medicamentos, nota una gran diferencia entre sus experiencias:

*“Mirá, fue similar en que las dos veces usé la misma medicación de la misma manera, y que obviamente tuve un asesoramiento en el aborto legal. A su vez fue diferente, no sé si es porque esta medicación que te dan acá en Salud Pública es más fuerte o, a lo que son dos medicamentos diferentes, porque la otra vez yo usé solo misoprostol, y fue lento. Me acuerdo que me las coloqué un viernes a las 6 de la tarde, pase todo el fin de semana con ese sangrado chico, fue el lunes que, empecé a expulsar todo eso, que me tuve que ir al hospital porque me vino un sangrado grande,*

*y me desvanecí, me desmayé en casa, me tuvieron que llevar al hospital y ta, no la pasé bien... esta vez no, no era un dolor tan fuerte, porque me acuerdo que la primera vez fue horrible, horrible, horrible, un dolor insoportable”*

Esta mujer no recuerda la edad gestacional que tenía cuando se realizó el aborto ilegal. Pero la tercera de las mujeres que se hizo un aborto ilegal anteriormente si recuerda que tenía alrededor de trece semanas de embarazo. Para ella, también usando solo misoprostol, todo el proceso de expulsión fue extremadamente doloroso.

Para las otras dieciocho mujeres entrevistadas que no habían hecho un aborto ilegal, imaginarse como hubiera sido la experiencia, y como hubieran reaccionado ellas en sus mismas circunstancias pero sin un servicio de IVE, era muy difícil. Algunas aseguran que hubieran intentado buscar el misoprostol en el mercado clandestino mientras otras ven poco probable que se hubieran arriesgado a tanto.

Por último, todas las mujeres sin excepción pensaron que la despenalización del aborto era algo muy positivo para las mujeres en Uruguay. Incluso las mujeres que tenían ciertas ambivalencias sobre el tema del aborto y, no estaban del todo convencidas sobre su postura moral sobre el tema aun habiendo abortado, aplaudieron la despenalización.

*“Me parece fabuloso que haya salido la ley. Me parece que tardó mucho en salir esto para ayudar a las mujeres, porque hay muchas mujeres que están decididas a abortar y lo hacen, cueste lo que les cueste lo hacen, en cambio con este servicio sé que lo hacen igual, pero están más protegidas, mas cuidadas, me parece bárbaro.”*

<sup>6</sup> A las usuarias que acceden al servicio en Montevideo se les proporciona el teléfono 0800 3131

## EN RESUMEN:

- Acceder a un aborto dentro de un marco legal e institucional les brinda a las mujeres una sensación de mayor seguridad: pone al Estado como garante de un derecho
- El impacto financiero es importante al recibir gratuitamente la medicación dentro de los servicios de SSR. Se sienten respaldadas por un sistema de salud que las cuida.



# 6. DISCUSIÓN

El aborto de un embarazo no deseado es un evento complejo en la vida de cualquier mujer, el cual se vive de mejor o peor manera según el apoyo y la asistencia que tenga.

En un contexto legal, la experiencia puede ser facilitada por el apoyo de un equipo de salud empático y un proceso fluido, o puede ser dificultado por falta de información, un equipo de salud cuestionador o por un proceso enredado. A través de las historias de las veintiuna mujeres que compartieron sus experiencias se aprecia que el impacto de los servicios de IVE en sus vidas es positivo, mejorando un contexto de reducción de riesgos y daños que, aunque proveía un servicio necesario en un contexto de ilegalidad, aun dejaba a las mujeres vivir la experiencia del aborto en la clandestinidad.

Este estudio reveló que las mujeres toman la decisión de abortar de manera consciente, tomando su tiempo preciso según su situación emocional y personal, con o sin la participación de sus parejas y sus familias, e independientemente del acercamiento a los servicios y el período marcado de reflexión. La vivencia del aborto en casa causa miedo y preocupación, pero se puede vivir de manera positiva con la asesoría del equipo de IVE. Para todas se vive de manera segura y en un solo caso una mujer sufrió una complicación grave, la cual fue atendida a nivel hospitalario.

En cuanto a la práctica de aborto farmacológico ambulatorio, algunas mujeres hubieran querido

estar bajo cuidado médico en el momento de la interrupción mientras que otras se sentían bien en la privacidad de su casa. Los niveles de contención que precisaban las mujeres era variable según sus circunstancias, y resalta la individualidad de las necesidades: estar acompañadas o no estarlo, por un familiar o por personal de salud; sentirse bien con ver el ultrasonido o no hacerlo; sentirse tranquila esperando semanas para interrumpir o no hacerlo; la necesidad de ocultar un sangrado intenso o no. Para las mujeres, mientras más adaptable a sus necesidades pueda ser la experiencia de IVE, mejor.

## 6.1. EL ACCESO A LOS SERVICIOS

Con la reciente despenalización y debates políticos en torno al tema, los medios de comunicación dieron amplia cobertura al tema del aborto del 2012 y hasta mediados de 2013. Aun siendo este el caso, no todas las mujeres sabían que el aborto era legal en el momento en que descubrieron su embarazo

no deseado. Desde la perspectiva de las mujeres, es nula la difusión que se ha hecho a partir de los servicios, y a excepción del CHPR, por ser un centro de referencia para la salud de la mujer, las mujeres no sabían bien a dónde acudir en un inicio para acceder al servicio. Ya establecidos los servicios y pasado

el intento de llamado a plebiscito, los medios de comunicación han disminuido su cobertura de los servicios IVE. Por lo tanto, la difusión de la existencia de los servicios de SSR y la prestación de IVE, así como de la información precisa de dónde se puede asistir, queda aún pendiente.

Por último, el estigma relacionado al aborto es un tema muy complejo que abarca aspectos morales, legales, religiosos y biomédicos. Es evidente que el estigma al aborto no desaparece después de una despenalización. De hecho, en Montevideo,

donde más de cuarenta mujeres que aceptaron ser contactadas por la entrevistadora para fines de este estudio, tan sólo once estuvieron de acuerdo en relatar sus vivencias sobre el aborto. Las normas sociales llevan mucho tiempo en mudar a nivel de sociedad y la moralización de la sexualidad, particularmente femenina, brinda un contexto de por sí complicado para el cuidado de la salud sexual y reproductiva (Silva; 2013). Por lo tanto resulta extremadamente importante no perpetuar, desde los servicios, actitudes que no ayudan a las mujeres que van a abortar a encarar positivamente su experiencia.

## 6.2. ASPECTOS DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Desde la perspectiva de las mujeres, la calidad de los servicios IVE es muy buena. Para ellas, el trato y la ayuda que se les dio en un momento difícil de sus vidas les facilitaron el poder tener una mejor experiencia. No obstante, la calidad de los servicios implica más que solo el trato de los profesionales con las usuarias. Los servicios de calidad deben garantizar un proceso expedito, así como el uso apropiado de la evidencia científica.

El trámite para acceder al servicio es sin duda complicado, y lleva a que algunas mujeres necesiten semanas para completar el proceso. Asimismo, la cantidad de movimientos a través de los servicios puede llegar a hacer, de una experiencia de por sí difícil, aun más emocionalmente desgastante. El proceso por el cual deben pasar las mujeres para acceder a una IVE está estructuralmente delimitado por la ley 18.987 que rige los servicios. Evidentemente, bajo este marco legal, no se puede prescindir de los cinco días de reflexión, ni se puede evitar las diversas consultas con tres diferentes profesionales de la salud y área social. Sin embargo,

la descripción de las mujeres deja ver que el proceso es largo y lento y lleva a algunas a tener que interrumpir el embarazo con edades gestacionales cercanas al límite, lo cual aumenta el riesgo clínico y emocional. En algunos servicios, los cinco días de reflexión se empiezan a contar a partir de la segunda cita de IVE, aun cuando en el manual de procedimientos de servicios IVE del MSP se entiende que los cinco días se cuentan a partir de la consulta con cualquier miembro del equipo interdisciplinario, pudiendo juntar la primera y segunda cita. Por lo tanto, puede haber maneras de acortar los tiempos de espera si las primeras consultas son hechas por un profesional de ginecología, salud mental o área social.

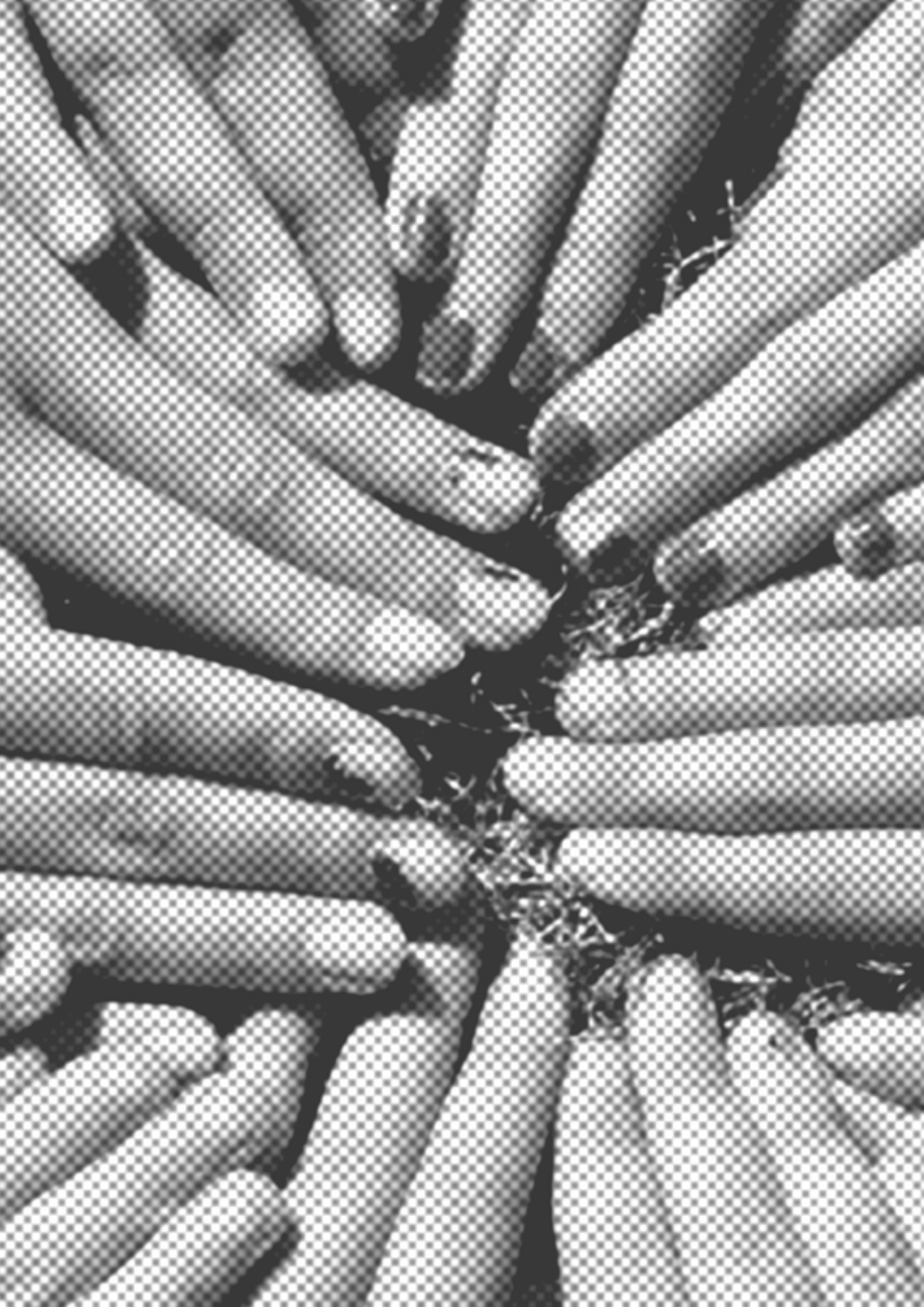
Resalta fuertemente que la práctica de algunos/as ginecólogos/as en al menos un servicio no coincide con las recomendaciones internacionales para el aborto medicamentoso, las cuales no tienen un límite mínimo de edad gestacional para proceder con el aborto con medicamentos (OMS; 2003). Asimismo, la guía técnica elaborada por el MSP, que

a su vez se basa en guías técnicas internacionales, tampoco establece una edad gestacional mínima para proceder con el aborto medicamentoso (MSP; 2012). En este estudio vimos que, al menos una mujer, se le hace esperar hasta las ocho semanas de gestación para tomar la medicación. Las guías técnicas nos indican que este tipo de retraso resulta clínicamente innecesario. El consenso es absoluto: mientras más pronto se interrumpa el embarazo, menores son los riesgos tanto clínicos como emocionales. Existen también estudios que indican que el aborto medicamentoso de manera ambulatoria con mifepristona y misoprostol es mejor indicado para embarazos hasta diez semanas de gestación (Winikoff, Dzuba, Chong, Goldberg, Lichtenberg, et al; 2012). Este estudio mostró que el vivir el aborto medicamentoso a las doce semanas de gestación puede ser emocionalmente difícil, aunque hubo mujeres que fueron bien preparadas y contenidas para vivir la experiencia. La guía de aborto seguro de la OMS recomienda que dentro de lo posible las mujeres tengan una elección en el método de aborto, sobre todo después de las diez semanas de gestación (OMS; 2003).

Igualmente, como ya se constató, el momento de la ecografía es delicado y merece una atención adecuada. Los prestadores de servicio que atendieron a las veintiuna mujeres que entrevistamos no actuaron uniformemente. La guía técnica de la

OMS indica que la ecografía resulta clínicamente innecesaria para el aborto con medicamentos (OMS; 2003), sin embargo, en caso de decidir como Sistema de Salud utilizarlo para establecer edad gestacional, en definitiva resulta clínicamente innecesario escuchar los latidos y dejar la pantalla visible a las usuarias, más aún la impresión de una imagen del feto durante la ecografía.

De la misma manera, la internación hospitalaria causa estrés al estar en un ambiente ajeno. Ambas mujeres internadas en CHPR cuentan historias muy similares en que no reciben información muy clara de cómo proceder en el momento de la expulsión del feto, ni contención para lidiar con los efectos que pudiera tener. El trato por parte del personal es inadecuado para el momento que viven. El relato de las mujeres demuestra que con una buena preparación de antemano para saber lo que pueden esperar ver en el momento de la expulsión, se puede llegar a vivir un aborto medicamentoso de edad gestacional más avanzada de manera aceptable. Pero la preparación es imprescindible. A su vez, anteponer el legrado al manejo medicamentoso para evitar abortos incompletos resulta en un gasto para el sistema de salud y una intervención quirúrgica para la mujer, ambos evitables. Una vez más, la guía técnica de la OMS recomienda el tratamiento medicamentoso de abortos incompletos y privilegia la AMEU como método quirúrgico.





# 7. RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio nos llevan a hacer varias recomendaciones sobre el acceso y la calidad del servicio que brindan los actores involucrados en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos del Uruguay.

## 7.1. ACCESO A LOS SERVICIOS

Para mejorar el acceso a los servicios de SSR y la prestación de IVE se recomienda:

- Desarrollar campañas de difusión de los servicios a nivel nacional y local que informen a las mujeres no sólo de su derecho a acceder el servicio, sino adónde se puede acudir para obtener más información y para ser atendidas.
- Desarrollar campañas de educación masivas que aborden el tema del aborto de una manera empática para así combatir el estigma.

## 7.2. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Para mejorar la calidad de los servicios de SSR y la prestación de IVE se recomienda:

- Procurar una nueva ventana de oportunidad de acción política para revisar la ley de IVE con el fin de agilizar el proceso para acceder al servicio. La mejor forma de agilizar el servicio sigue siendo la legalización, la cual no supone ninguna restricción impuesta por la ley.
- Buscar modos de acortar el tiempo que toma a las mujeres tramitar un aborto, agilizando el proceso a través de los servicios. Una posible manera es asegurarse que la primera visita sea hecha con un miembro del equipo interdisciplinario para que los cinco días de reflexión corran a partir de la primera consulta, y no necesariamente a partir de la segunda. Otra sugerencia sería proveer un ecógrafo portátil en los servicios para eliminar la necesidad de agendar otra cita en otro espacio, fuera del servicio de SSR, para realizársela. Esta opción tendría la ventaja añadida de poder asegurar el trato sensible que la situación amerita.
- En caso de no ser posible la inclusión de la ecografía en el servicio SSR, se recomienda continuar capacitando al personal de ecografía en la atención apropiada para pacientes de IVE.
- Desarrollar y difundir guías y protocolos oficiales para mejorar el trato en internación, Imagenología (ecografía) y Emergencia.

Difundir las guías técnicas de aborto con medicamentos y asegurar la capacitación continua de los proveedores de salud para no causar demoras innecesarias para las mujeres.

Para las mujeres con gestación de entre 10 y 12 semanas se recomienda dar la opción entre el aborto con medicamentos y el aborto con AMEU. En caso de hacer aborto medicamentoso, se deberá asegurar que la mujer esté adecuadamente preparada para ver el feto.

Llevar a cabo actividades de clarificación de

valores con el personal hospitalario para asegurar un mejor cuidado a las pacientes de IVE, y asimismo asegurar un mejor acompañamiento en el caso de vivir el aborto medicamentoso en internación.

Realizar la consejería en anticoncepción en consultas anteriores al IVE 3, dado el alto porcentaje de mujeres que no vuelven a la cita de IVE 4.

Mejorar sistémicamente el tiempo de espera para acceder al DIU y esterilización.

## 8. CONCLUSIONES

Dentro de Latinoamérica, y entre los países de renta media y baja, Uruguay está a la vanguardia en el reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos. Las veintiuna mujeres entrevistadas en este estudio tuvieron acceso a un aborto legal que no puso en riesgo su integridad física ni financiera. Las historias de estas mujeres nos muestran que no sólo es importante asegurarnos que las mujeres puedan abortar de una manera segura, sino también nos tenemos que preocupar por el cómo lo hacen. A un año de la despenalización del aborto en este país, es importante seguir desarrollando y mejorando los servicios para que las mujeres y hombres tengan las condiciones para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

# BIBLIOGRAFÍA

Asamblea General de las Naciones Unidas (2002). Sesión especial a favor de la Infancia. Visitado el 10 de mayo: [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/docs\\_new/documents/newsletter-no5-sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/docs_new/documents/newsletter-no5-sp.pdf)

Asamblea General de las Naciones Unidas (2005). Resolución aprobada por la Asamblea General: 2005. Documento final de la Cumbre Mundial. Accesado el 10 de mayo en: <http://www.unfpa.org/about/report/2005/summit.html>

Banfi Vique A, Cabrera OA, Gómez Lugo F, Hevia M (2010). El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: Deconstruyendo sus fundamentos. *Mujer y Salud en Uruguay*.

Bouchon, M (2009). Recogida de datos. Metodologías cualitativas. *Médicos del Mundo*.

Checa, S (2012). Género y sexualidad en América Latina. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*. Visitado el 2 de mayo: <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/157/247>

de Francisco A. Dixon-Mueller R, d'Arcangues C (2007). Aspectos de la Investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Global Forum for Health Research / HRP / OMS. Ginebra, Suiza.

Donabedian A (1980). La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. Ed. Científicas La Prensa Medica Mexicana. Mexico DF.

Gorgoroso M (2013). Implementación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Presentación realizada en la Conferencia Sub-Regional Cono Sur. CLACAI – Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro; 4-5 de noviembre 2013. Buenos Aires, Argentina.

INE. (2011). Censo Nacional 2011. Visitado el 28 de octubre 2012 de: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>

INE (2013). Uruguay en cifras 2013. Instituto Nacional de Estadísticas. Uruguay, Montevideo. Visitado diciembre 18 2013: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2013/capitulos/Uruguay%20en%20cifras%202013.pdf>

Iniciativas Sanitarias (2010). Ser parte de la solución: la experiencia de Iniciativas Sanitarias, Uruguay. Iniciativas Sanitarias, Montevideo, Uruguay.

López Gómez A, Abracinskas L, Furtado M (2009). Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y Retos para el pleno cumplimiento del programa de acción. Cuadernos del UNFPA. Año 3, número 4. Montevideo, Uruguay.

Moscovici, S (2001). Why a theory of social representations? In K. Deaux & G. Philogene (Eds.), Representations of the social (pp. 8–35). Oxford: Blackwell

MSP (sf). Transformar el Futuro: Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Ed. María José Borges. Uruguay Saludable / Ministerio de Salud Pública.

MSP. (2010). Guías para implementar Servicios de atención a la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las Instituciones prestadoras de salud. Montevideo. Ministerio de Salud Pública.

MSP. (2011). Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Según Ley 18.987 del 17.10.2012.

MSP. (2012). Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo, Uruguay.

MSP. (2014). Un año después de la implementación de la ley de despenalización del aborto. Visitado el 13 de marzo 2014: <http://www.medicosdelmundo.org.uy/novedades/article/un-ano-despues-de-la>

MYSU (2012). Mujeres y salud sexual y reproductiva: Vida sexual, acceso a información y a servicios. Observatorio

Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Mujer y Salud Uruguay. Visitado el 20 de marzo 2013: [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/folleto\\_observatorio\\_2012.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/folleto_observatorio_2012.pdf)

OMS (2003). Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

OMS (sf). Uruguay statistics summary. Global Health Observatory Data Repository. Visitado el 20 de marzo 2013: [apps.who.int/gho/data/node.country.country-URY](http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-URY)

OMS (sf2). Framework for developing a health systems research agenda. Visitado el 12 de mayo 2013: [http://www.who.int/rpc/meetings/Framework\\_for\\_developing\\_a\\_health\\_systems\\_research\\_agenda.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/Framework_for_developing_a_health_systems_research_agenda.pdf)

ONU (1994). International Conference on Population and Development. United Nations. Visitado el 20 de marzo 2013 de: [www.unfpa.org/public/icpd](http://www.unfpa.org/public/icpd)

ONU (1995). Fourth World Conference on Women. Beijing Declaration. United Nations. Visitado el 20 de marzo 2013 de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/declar.htm>

Peri A, Pardo I (2008). Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada? Editorial Trilce, Montevideo Uruguay.

Poder Legislativo del Uruguay (2008). Ley No 18.426 – Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Visitado el 20 de marzo 2013 de: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Poder Legislativo del Uruguay (2012). Ley No 18.987 – Interrupción Voluntaria del Embarazo. Visitado el 20 de marzo 2013 de: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Sanseviero R (2003). Condena, tolerancia, negación: el aborto en el Uruguay. Montevideo: Frontera, 2003: 175 p.

Scavone L (1999). Género y salud reproductiva en América Latina. Libro Universitario Regional. Costa Rica.

Thomas D (2003). A general inductive approach for qualitative data analysis. University of Auckland, New Zealand. Visitado mayo 2 2013: <http://www.frankumstein.com/PDF/Psychology/Inductive%20Content%20Analysis.pdf>

Winikoff B, Dzuba I, Chong E, Goldberg A, Lichtenberg S, et al. (2012). Extending Medical Outpatient Abortion Care Through 70 Days of Gestational Age. *Obstetrics and Gynaecology*; 120:1070-76.



# ANEXO I

## GUÍA PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

EDAD:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO DE HIJOS:

NIVEL EDUCATIVO:

1. ¿Cómo conoció la existencia del servicio de IVE?
2. Cuénteme cómo tomó la decisión de asistir al servicio de IVE
  - a. ¿Quién participó de la decisión?
  - b. ¿Cuánto tiempo le tomó tomar la decisión? “Llevó”?
3. ¿Cuál fue el recorrido desde la sospecha de embarazo hasta finalizar el proceso de IVE?
  - a. ¿Cómo dio con el servicio?
  - b. ¿Se sintió segura de tomar el medicamento en casa?
  - c. ¿Tuvo alguna duda o problema una vez que retiró el medicamento?
4. ¿Cómo se sintió con la atención que le brindaron?
5. ¿Encontró algunas dificultades al concurrir al servicio?
6. ¿Hubo algo en particular que le ayudó a transitar por el servicio, o en la experiencia en general?
7. ¿Quién la acompañó en el proceso (amigas, madres, pareja, novio, sola...)?
8. ¿Alguna vez había asistido al servicio de Salud Sexual y Reproductiva antes de esta visita actual por IVE? ¿Por qué motivo? ¿Cómo se sintió en aquella ocasión?
9. ¿Tiene algún conocimiento, ya sea por amistades o familiares, de cómo podían las mujeres procurar un aborto antes de que fuera despenalizado?
  - a. ¿Cómo cree que ha cambiado el proceso desde que se despenalizó el servicio a principios de año?
10. Si no hubiera sido legal, ¿habría usted visto la manera de abortar?
11. ¿Qué impacto tuvo en su vida el poder acceder al servicio de IVE?
12. De no existir el servicio, ¿Qué hubiera sido diferente en la experiencia de interrumpir un embarazo? ¿Cómo se siente ahora que todo pasó?







URUGUAY  
ABRIL 2014