



INFORME PRELIMINAR MARCO JURIDICO SOBRE ABORTO EN URUGUAY

1. Evolución del marco normativo

El aborto en Uruguay no se encuentra regulado por la Constitución de la República. Fue penalizado en el primer Código Penal Uruguayo de 1889, despenalizado en el Código Penal vigente de 1934 (descriminalizó el aborto con el consentimiento de la mujer), y vuelto a penalizar por Ley Nº 9763¹ en 1938. De manera que esta Ley incorporó los actuales **artículos 325 a 328 del Código Penal**. Estas disposiciones se ubican en el Título XII - “De Los Delitos Contra La Personalidad Física Y Moral Del Hombre”².

En octubre de 2012 se aprobó la **Ley Nº 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**³, reglamentada por el Decreto 375/012⁴ y puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de enero de 2013. (López-Gómez *et. al*, 2017), generando un estado de excepción a los delitos de aborto, creándose servicios legales para la IVE. Este hecho representó un hito para el país y la región, convirtiéndose así Uruguay en el segundo país de América Latina en legalizar el aborto por plazo (después de Cuba) y el primero de Sudamérica.

En cuanto al reconocimiento del aborto como un derecho en el marco de los DDHH, lo que se encuentra en la normativa es que la Ley IVE sienta como principio general que “...el Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población...”. Si se ubica el enfoque del abordaje de la salud reproductiva, según los distintos tipos que Cook, Dickens y Fathalla (2005) identifican, se puede decir que el abordaje en Uruguay es mixto, al coexistir la aplicación de leyes sobre delitos y penas (control punitivo de la sexualidad y la reproducción) con leyes sobre salud y bienestar (basadas en el interés individual observando la disfuncionalidad de las leyes penales), y no un pleno enfoque de aplicación de leyes sobre derechos humanos con énfasis en la justicia social.

Respecto al delito de aborto, el art. 325 del Código Penal regula los casos con consentimiento de la mujer, estableciendo que “La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión, de tres a nueve meses”. El art. 325 bis regula el aborto efectuado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer fijando que “El que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento con actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión”. Por otra parte, el art. 325-TER trata sobre el aborto sin consentimiento de la mujer: “El que causare el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría”; mientras que el art. 326 establece que si a consecuencia del delito del art.

¹ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9763-1938>

² <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>

³ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

⁴ <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>

325 bis (aborto efectuado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer) *“sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de dos a cinco años de penitenciaría, y si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría”* y si a consecuencia del delito 325 ter. (aborto sin consentimiento de la mujer) *“sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría y si ocurriese la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría”*. Por último, los artículos 327 y 328 regulan atenuantes, agravantes y eximientes.

Previo a la aprobación de la ley IVE, el país avanzó en normativa regulatoria de la práctica. En 2004 se aprobó la Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública⁵ denominada *“Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”*. En esta se establecen objetivos frente a una consulta pre- aborto (*“preservar y controlar el embarazo; informar, prevenir y asesorar; analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de someterse a un aborto provocado”*) y una consulta post aborto (*“detectar precozmente y prevenir las complicaciones, rehabilitar a la paciente de manera integral, desarrollar medidas de anticoncepción inmediata”*). El principal propósito es la **estrategia de reducción de riesgos y daños** frente a una situación de embarazo no intencional, procurando una intervención integral que evite situaciones riesgosas con consecuencias de morbilidad y mortalidad.

La Ley 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva⁶, aprobada en 2008, menciona en su art. 4 que corresponde al Ministerio de Salud Pública implementar la Ordenanza 364/04 y *“promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla”*. Por su parte, el Decreto 293/010⁷, reglamentario de la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva, menciona en su art. 6 que los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán la *“Prevención de la morbimortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto”* (inc. i) y reitera el asesoramiento y adopción de las medidas que dispone la Ordenanza 369/04 (inc. n).

2. Requisitos y procedimientos

La Ley IVE establece en su art. 2 que *“...no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal”* la interrupción si la mujer la realiza dentro del **plazo de doce semanas de gestación y cumpliendo con los requisitos del art. 3**. Es legal entonces interrumpir el embarazo hasta las 12 semanas de gestación siguiendo la Ley 18.987 (situación general). Asimismo, la Ley establece en su artículo 6 que también podrá realizarse la interrupción en **situaciones excepcionales tales como violación** (hasta la semana 14), **grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina** (sin determinar plazos). Por ello, el tipo de modelo es mixto, ya que el sistema es de plazos y causales.

En cuanto a los requisitos establecidos para la situación general de IVE, el art. 3 explicita: dentro del **plazo de doce semanas** la mujer debe concurrir a consulta médica **ante una**

⁵ <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/Ordenanza-N%C2%BA-369.pdf>

⁶ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

⁷ <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>

Institución del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) "a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso". Luego, el médico dispone **consulta con un equipo interdisciplinario** integrado al menos por tres profesionales ("de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social"). Posterior a esta reunión, debe pasar un **período de reflexión mínimo de cinco días**, "transcurrido el cual, si la mujer ratificara su voluntad de interrumpir su embarazo ante el médico ginecólogo tratante, se coordinará de inmediato el procedimiento". Otro requisito se encuentra en el art. 13 de la Ley 18987: **ser ciudadanas uruguayas naturales o legales o extranjeras "...que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año"**.

De esta manera, la Ley IVE establece distintos tiempos, que se desarrollan en el Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la IVE (actualizado por Resolución 469/17)⁸, trazando un mapa de ruta para cada situación.

IVE 1 es la primera consulta médica en la que se recepciona la voluntad de la mujer de interrumpir su embarazo. El médico en esta primera consulta tiene que verificar los requisitos y solicitar: "*...ecografía ginecológica para evaluar vitalidad, estimar la edad gestacional y el lugar de implantación del embrión (...); clasificación de grupo sanguíneo y Rh*" (MSP, 2016: 13). En cuanto a los registros debe iniciar el **formulario específico IVE**, entregárselo a la mujer para ser presentado ante el equipo interdisciplinario.

IVE 2 es la consulta con equipo interdisciplinario (integrado por ginecobstetra, especialistas del área de la salud mental y del área social) que asesora sobre sus derechos, evalúa la paraclínica, explica los procedimientos y coordina la tercera consulta luego de los 5 días de reflexión que establece la Ley.

En cuanto a los registros en esta etapa se debe abrir o continuar el registro en el Formulario IVE, agregando dos documentos médico- legales: la **Constancia de Asesoramiento y el Consentimiento informado**. La constancia de asesoramiento "*...recaba la confirmación por parte de la usuaria de que se ha iniciado el proceso y ha sido asesorada sobre el mismo*" así como "*...la consulta sobre la voluntad de entrevistar al progenitor*" (MSP, 2016: 28). Esta constancia aplica para las situaciones generales. El consentimiento informado⁹ es recogido por ginecobstetra actuante y da cuenta de: "*...la comprensión del procedimiento, los plazos legales, la solicitud de IVE, el consentimiento del proceso IVE, la importancia del control posterior, y de la posibilidad de una llamada confidencial para conocer su evolución en caso de no concurrir*" (MSP, 2016: 28) Aplica para las situaciones generales y en las excepcionales cuando se indique tratamiento farmacológico. Se debe registrar todo lo actuado en la historia clínica.

8

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-469017-manual-procedimientos-para-manejo-sanitario-ive>

⁹ Regulado en forma general por la Ley 18335 en el art. 11.

En la normativa específica IVE solo se contempla la discapacidad y las particularidades de la atención de NNA al tiempo de regular el consentimiento informado. Se encuentra establecido en general para todos “los pacientes y usuarios” el derecho a recibir trato igualitario y no discriminatorio por ninguna razón (“ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica”) en la Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los servicios de salud¹⁰ (art. 2).

En **caso de adolescentes** (así es referido en el texto normativo) el art. 7 de la Ley IVE remite al art. 11 bis del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Allí se establece que las decisiones se adoptan en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza. El Decreto Reglamentario de la Ley IVE establece en su art. 37 que el ginecólogo o el equipo interdisciplinario, de acuerdo a la edad, “propenderá” a que la decisión de IVE se tome en concurrencia con padres u otros referentes adultos de confianza de la “menor”, respetando la autonomía progresiva. Si el o los profesionales consideran que puede prestar un consentimiento válido solo notifican a padres o representantes legales si ella los libera formalmente del deber de guardar secreto profesional. Si consideran que la “ausencia de madurez de la menor le impide otorgar un consentimiento válido para la interrupción del embarazo”, pueden notificar a “padres, tutores, guardador o adulto responsable” para que den su asentimiento. Si se niega el asentimiento o es imposible obtenerlo, se le debe brindar a la adolescente la información para accionar. El art. 7 inc. 2 de la Ley IVE establece que podrá presentarse la adolescente con los antecedentes del equipo médico ante juez competente, quien deberá resolver si el consentimiento ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente, en un plazo máximo de tres días corridos.

Para el caso de **mujeres declaradas incapaces** la Ley IVE establece en su art. 8 que se requiere consentimiento informado de su curador y venia judicial del juez competente. El juez, previa vista al Ministerio Público, “...evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia”

IVE 3 es la consulta con ginecólogo en la que la mujer da su expresión final de voluntad y allí se indica la medicación y su adecuada utilización. La Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (actualizada por Resolución 469/17)) da cuenta de que el método recomendado es el farmacológico, mediante el uso de Mifepristona seguida de Misoprostol. El uso solo de misoprostol (sin mifepristona) no es el método recomendado. Se plantea en caso de no contar con Mifepristona por razones de fuerza mayor. El uso del régimen quirúrgico se justifica solo ante la imposibilidad del uso del método farmacológico. Si se necesita optar, por razones médicas, por la interrupción quirúrgica, las técnicas recomendadas son “...la aspiración de vacío (AMEU) o la aspiración con sistema central (...) En caso de no contar técnicamente con la opción de legrado aspirativo se optará por el método de legrado con dilatación y curetaje” (MSP, 2016: 11)

Sobre el procedimiento, en el art. 3 la Ley IVE establece que se coordinará el que “...en atención a la evidencia científica disponible, se oriente a la disminución de riesgos y daños”

¹⁰ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

IVE 4 es la consulta post IVE. Se realiza de preferencia ante el ginecobstetra que indicó la IVE.

Si se exceden los plazos legales el personal de salud debe asesorar a la mujer sobre cómo disminuir riesgos y daños, tal como lo establece la Ordenanza 369/2004 del MSP. Esta estrategia, ratificada por Ley 18.426 de 2008 y su reglamentación, sigue vigente.

3. Objeción de conciencia

La **objeción de conciencia y la objeción de ideario** son previstas por la normativa específica de IVE¹¹. El art. 11 de la Ley IVE expresa que *“los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos [de IVE] (...) deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen”,* estableciendo que ésta *“podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña.”* La revocación será tácita *“(...) si el profesional participa en los procedimientos”,* y los/as profesionales deberán tener *“idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que (...) preste[n] servicios”,* mientras que aquellos que no hayan explicitado objeciones, no podrán negarse a realizar abortos. Este recurso no se admite en casos de grave riesgo de salud o vida de la mujer, tal y como lo establece el artículo 11 en su inciso final.

El Decreto Reglamentario de la Ley IVE determinó que podían objetar el personal médico y técnico con intervención directa en la realización de la IVE y que debía manifestarse por escrito ante las direcciones técnicas de los prestadores en que trabaja el/la profesional.

Sobre el Decreto Reglamentario de la Ley IVE se accionó en dos ocasiones. Por sentencia 297/14 del TCA se suspendieron varios de sus artículos¹². Luego, veinte ginecólogos objetores (entre ellos dos de los tres jefes de cátedras de ginecotología – UdelaR) presentan un recurso ante el TCA solicitando la nulidad de 11 artículos del texto reglamentario, seis de los cuales regulaban la objeción de conciencia. (Abracinskas y Puyol, 2022). Por sentencia 585/15 del TCA se anula en forma total un artículo, en forma parcial seis, y desestimando la solicitud de nulidad para los cuatro restantes¹³. El Ministerio de Salud Pública resolvió atender al vacío dejado por los artículos anulados por el TCA mediante la publicación de tres ordenanzas (Nº 243/016, Nº 247/016 y Nº 366/016), en lugar de elaborar un nuevo decreto. Entre las modificaciones administrativas que se realizaron, se destaca la incorporación de la posibilidad de objeción parcial o total, habilitando la objeción en todo el proceso o en cualquiera de las etapas del proceso IVE, incluyendo brindar información sobre el mismo (Abracinskas y Puyol, 2022).

Por otra parte, la Ley IVE introduce la figura de la “objeción de ideario” en su artículo 10, generando un precedente en la jurisprudencia, otorgando nociones de “conciencia” a personas jurídicas como lo son las instituciones de salud, permitiéndoles un estado de excepción a la ley, no teniendo que proveer los servicios de aborto si en sus cartas

¹¹ Artículos 10 y 11 de la Ley 18987 y artículos 21, 22, 26, 28 a 35 del Decreto 375/012.

¹² Artículos 7, 8, 12,13 (b), 16, 28, 29, 31, 32 y 35 del Decreto Reglamentario 375/012

¹³ Se anulan inc 2 del art. 7; inc.1, 2 y 3 del art. 8; último inciso del art. 12; inc.2 del literal b del art. 13; art.16; inc.1 del art. 28; inc. 1 del art. 29 y se desestima la demanda respecto de los artículos 30, 31, 32 y 35 del Decreto.

fundacionales u otros documentos de política interna se manifiestan abiertamente en contra de la realización de abortos.

4. Causales

En cuanto a **las causales**, las situaciones excepcionales vinculadas a violación, condición de salud de la mujer o procesos patológicos que provoquen malformaciones del feto no requieren la entrevista con equipo interdisciplinario ni el período de reflexión. El Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la IVE del MSP (2016) desarrolla las particularidades del procedimiento para cada causal.

En **caso de violación** la IVE podrá realizarse hasta 14 semanas inclusive. En la primera consulta, ante cualquier profesional, se recoge la expresión de voluntad de interrumpir, presentando la denuncia judicial de violación ante juez, con sello del juzgado. Si la expresión de voluntad es realizada ante médico no ginecobstetra, debe derivarla en forma personal, identificando quien le brindará asistencia inmediata. Si no presenta la denuncia judicial se la debe asesorar sobre su derecho a presentarse ante sede judicial para tramitarla. Como no se requiere asesoramiento de equipo interdisciplinario, no se pide firma de la constancia de asesoramiento. No obstante, se le debe ofrecer abordaje sanitario integral por parte de equipo de salud mental y trabajo social y deben llevarse adelante las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para las situaciones de agresión sexual. Se debe recabar el consentimiento informado en la historia clínica. La intervención para la interrupción debe seguir las recomendaciones de la Guía Técnica para la IVE¹⁴, teniendo las consideraciones técnicas necesarias ante gestaciones de mayor edad gestacional. Se establece que se debe coordinar y realizar un control post interrupción, con apoyo psicológico y seguimiento tanto para superar la situación de abuso como para asegurar que el proceso se haya completado. Si es una adolescente, quien es víctima de violación, se establece el actuar según principio de autonomía progresiva con iguales consideraciones que para el caso de situación general de IVE. Si es una mujer declarada incapaz y su curador se presenta a solicitar la interrupción presentando denuncia judicial de violación, deberá presentarse además venia judicial y actuar como se establece para el consentimiento informado en mujeres declaradas incapaces según la situación general IVE. Se establece en el Manual que en ningún caso la voluntad de madre y/o padre/adulto/curador podrá imponerse a la voluntad contraria de la mujer (MSP, 2016)

En **caso de causal grave riesgo de salud de la mujer** este riesgo debe ser valorado en su gravedad por profesionales solicitando las interconsultas correspondientes. Se debe registrar en la Historia Clínica la situación clínica, el consentimiento informado y el procedimiento realizado. Se prevé que, si por estar en situación de gravedad la mujer se ve imposibilitada de proporcionar la firma, quien firma es un referente familiar. En caso de que la causal esté vinculada a condiciones de salud mental, se debe realizar una evaluación integral con el equipo especializado en salud mental junto al equipo de ginecología. Si es adolescente se evalúa su autonomía y en caso positivo se procede a solicitar el consentimiento. Si la valoración de la autonomía es negativa se debe contar con el consentimiento de padre,

14

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/resolucion-n-469017-manual-procedimientos-para-manejo-sanitario-ive>

madre o adulto referente (firma el consentimiento la adolescente y el/los adultos). (MSP, 2016)

En caso de causal de proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina esta definición es competencia de la Comisión Asesora del MSP. La solicitud de consideración de la causal debe ser elevada por la dirección técnica institucional y por los responsables del servicio de obstetricia. Se establece en el Manual para el Manejo Sanitario de la IVE que el pedido *“Deberá contar con: la solicitud de interrupción del embarazo por esta causa firmada por la mujer o por ella y su pareja; el consentimiento informado firmado por la mujer que incluya descripción del procedimiento a llevar, sus riesgos y consecuencias para la salud o la fertilidad; un resumen del caso clínico... donde conste el diagnóstico que justifica la interrupción; una nota de aval de la dirección técnica institucional firmada por la misma; copia de estudios paraclínicos...”* (MSP, 2016: 24) La mujer tiene el derecho a solicitar la consideración del caso ante la Comisión Asesora aunque haya sido desestimada por el equipo médico tratante. En caso de resolución positiva de la Comisión, se procede a la interrupción. Si se trata de adolescente se debe evaluar su autonomía y en caso positivo se procede a solicitar el consentimiento. Si la valoración de autonomía es negativa se debe contar con el consentimiento de padres o adulto referente, firmando el mismo la adolescente y el/los adultos (MSP, 2016)

La Ley 19.580 establece en su art. 7 que las mujeres víctimas de violencia basada en género tienen derecho al respeto y protección de los DSR, ejerciendo los derechos de la Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva y de la Ley IVE, agregando que esto será así *“...cualquiera sea su nacionalidad y aunque no haya alcanzado el año de residencia en el país, siempre que los hechos de violencia hayan ocurrido en el territorio nacional, lo que constituye una excepción al artículo 13 de la Ley N° 18.987, de 22 de octubre de 2012”*

La Ley 19.643 de Prevención y combate de la trata de personas en su art. 5 establece que, *“Todas las personas víctimas de trata de personas, aun cuando no hayan realizado la denuncia judicial o administrativa de los hechos”* tienen el derecho *“...a acceder a los servicios para la interrupción voluntaria del embarazo (Ley N° 18.987, de 22 de octubre de 2012), aun cuando no alcancen el año de residencia en el país, siempre que el mismo haya ocurrido durante la situación de trata”*.

5. Deberes de los/as profesionales en materia de aborto

La revelación del **secreto profesional** se encuentra penalizada por el art. 302 del Código Penal: *“El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con 100 U.R. (cien unidades reajustables) a 600 U.R. (seiscientas unidades reajustables) de multa”*. El Código de Proceso Penal en su art. 151 alude a que, a no ser por las salvedades establecidas, quienes deban guardar secreto profesional deben abstenerse de declarar. El Código de Ética Médica establece que el deber de guardar secreto se extiende *“...a todo aquello que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente”* (art. 20). El médico sólo queda liberado de la responsabilidad de secreto si el paciente lo consiente explícitamente (art. 21) o en los casos establecidos por una ley de interés general o cuando exista justa causa de revelación. Se entienden como justa causa de revelación: el peligro vital

inminente para el paciente (ej. riesgo de suicidio), la negativa del paciente de advertir a un tercero acerca de un riesgo grave para la salud (ej. contagio de enfermedades transmisibles), la amenaza concreta para la vida de terceros, la defensa legal contra una acusación de un paciente (art. 22). El art. 117 del Código Penal, establece el delito de "Omisión de los funcionarios en proceder a denunciar los delitos": si el funcionario omite o retarda la denuncia "...de los delitos que se cometieren en su repartición o cuyos efectos la repartición experimentara particularmente" tendrá pena de tres a dieciocho meses de prisión.

El Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (UdelaR) ha declarado que: *"1- Los médicos no estamos obligados a denunciar delitos, salvo que se tratara de funcionarios públicos y el delito se cometiera en su repartición o en su perjuicio. 2- Los médicos estamos obligados a respetar el secreto profesional y la confidencialidad del acto médico. El incumplimiento de esta obligación nos expondría a eventuales acciones penales, civiles, administrativas y éticas. 3. La Medicina es una profesión socialmente reconocida y legalmente regulada, por lo que su ejercicio enmarcado en los principios que la rigen, excluye la antijuridicidad de su accionar"*¹⁵. La declaración fue a propósito del procesamiento de un médico por haber asistido al autor de una rapiña y no haber efectuado la denuncia, pero derivó en diversos artículos en los que integrantes de la cátedra han explicitado que en nombre de la creencia de que el médico tiene la obligación de denunciar "...en el hospital materno infantil de referencia nacional se denunciaba policialmente a las mujeres que consultaban por las complicaciones de un aborto clandestino" (Rodríguez, 2017). Sobre el punto, la Ley 9763 (que incorpora los artículos del delito de aborto en el Código Penal) establece: *"El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente informes al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido" (art. 3)*

6. Brechas de implementación, barreras y obstáculos

Entre las restricciones de la normativa, además de requisitos del art. 3 como el plazo de reflexión, cabe mencionar que en la causal violación el plazo de 14 semanas resulta muy acotado y la denuncia judicial a presentar constituye una limitante. Otra restricción de la Ley, es la no habilitación a que las mujeres migrantes con menos de un año de residencia en el país hagan uso de los servicios IVE salvo que el embarazo sea producto de una violación y/o se encuentren en situación de trata o explotación sexual.

A las restricciones de la propia Ley se suman **fallas en la implementación**: demoras en los servicios para iniciar el proceso IVE, acceder a los estudios y a los equipos multidisciplinares lo que las expone a quedar fuera del plazo legal: profesionales que enseñan imágenes y sonido sin consultar a las mujeres, durante la ecografía confirmatoria de embarazo e incluso en consultas posteriores, si el aborto no se ha completado; falta de información adecuada y precisa; prácticas estigmatizadoras y discriminatorias tanto hacia las mujeres que abortan como, en muchos casos, hacia los profesionales que lo realizan.

¹⁵ <https://medicinalegal.edu.uy/sobre-secreto-medico-y-denuncia-de-los-delitos/>

El **uso abusivo de la OC** es uno de los principales obstáculos para la correcta implementación de los servicios legales de aborto. El control y registro de las objeciones totales y parciales no está definido. Ninguna instancia del MSP releva la información sobre número total de objetores ni tiene los mecanismos para conocer el porcentaje que representan en la totalidad de profesionales por departamento o a nivel nacional, dado que la nómina es confidencial siguiendo las indicaciones del TCA. No hay posibilidad de conocer si un profesional es objetor en una institución y no en otra, tal y como lo prohíbe la Ley (Abracinskas y Puyol, 2022).

El alto porcentaje de profesionales que no realiza IVE genera obstáculos y demoras en el acceso a la prestación (Abracinskas y Puyol, 2022). Los traslados de quienes se encuentran en situación de IVE hacia otros departamentos o a Montevideo por no disponer de profesionales y las derivaciones representan una barrera geográfica y de tiempo para acceder a la atención que puede llevar a quedar fuera del plazo legal. Las que viven en ciudades de menor número de habitantes, más lejos de las ciudades capitales donde en general está el servicio de IVE, las que estén en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, las que están en situación de violencia sexual y de género, o cuentan con trabajos precarios o inflexibles ante la inasistencia laboral, o son adolescentes sin el correspondiente respaldo de los adultos a su cargo, son las más afectadas.

Esto se agrava cuando se pone a profesionales que rechazan brindar servicios en base a razones de conciencia a cargo de equipos profesionales que implementan esos mismos servicios, además, *“el mensaje para los profesionales que sí cumplen con su deber es también desalentador y preocupante”* (MYSU, 2021). El accionar con sesgo en la práctica profesional estaría minando la naturaleza de la OC ya que su función no es modificar la ley sino otorgar una excepción a la misma (Juvenal, 2013). *“Muchas instituciones invocan la “objeción de conciencia”, cuando los jefes de departamento, los directores de hospitales o los responsables políticos invocan sus creencias personales en nombre de quienes trabajan en esa institución”* (IWHC-MYSU, 2018, pág. 8)

En Uruguay se registra el caso concreto de una profesional que fue denunciada por una usuaria de ASSE ante esta situación, que posterior a su accionar sesgado fue designada como responsable de estos servicios en la Red de Atención Primaria de ASSE. Este hecho es de público conocimiento¹⁶ y fue denunciado por MYSU en conferencia de prensa¹⁷.

Hay muy poca difusión de los servicios de IVE y de SSR tanto desde las instituciones de salud como desde los ejecutivos nacionales y departamentales.

Los múltiples obstáculos se convierten en motivos de fuga hacia el circuito no legal de provisión de medicamentos abortivos o hacia formas inseguras de interrupción del embarazo, a lo que se suman prácticas sesgadas que impactan directamente en la atención recibida por las mujeres y personas gestantes. Las consecuencias más dramáticas de las debilidades, barreras e irregularidades en el funcionamiento de los servicios las siguen

¹⁶

<https://www.teledoce.com/telemundo/nacionales/usuaria-de-asse-denuncio-a-ginecologa-por-no-permitir-terminar-con-el-proceso-de-interrupcion-del-embarazo/>

¹⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=XlbdLtp68-E>

pagando las mujeres con sus vidas, teniendo que lamentar la muerte de 5 mujeres por aborto desde la aprobación de la ley, dos de ellas por abortos inseguros en 2013 y 2016, y dos de ellas en marco de procesos legales de IVE en 2018 y 2020 (caso de una adolescente de 14 años).

Siguen registrándose casos de mujeres y personas que les acompañaron procesadas por abortar en el país, dado que continúa siendo delito en el Código Penal cuando no se cumplen las condiciones y plazos que establece la ley. Pese a las consideraciones realizadas sobre el **secreto profesional**, hay profesionales que continúan adoptando el rol de la autoridad judicial o policial y denuncian a las mujeres que llegan a los prestadores de salud para ser atendidas por emergencias obstétricas, propiciando su inmediata criminalización. En algunas ocasiones, incluso, se viola el secreto profesional, proporcionando datos identitarios de las pacientes, a los medios de prensa. A la vez, en estos casos, se observa la **falta de aplicación de la estrategia de reducción de riesgos y daños de la Ordenanza 369/04**.

7. Alertas de retroceso

En el Parlamento uruguayo fueron presentados dos proyectos de Ley durante la actual legislatura (2020-2025), que podrían significar retrocesos para el aborto legal, enmarcados además en una estrategia parlamentaria que abarca otras dimensiones de la SSR, en muchos casos con una vocación pro-natalista.

Por un lado, el **proyecto “Nacidos sin vida”**¹⁸ establece “el derecho de los progenitores” a ver y despedir “a su hijo nacido sin vida” definiendo a este como “..*toda vida humana en etapa de gestación que cesa en sus funciones vitales*” (art. 1). Habilita a expedir certificado de defunción del “nacido sin vida”, sin importar su edad gestacional o peso, para inhumar o cremar. Esto último es a solicitud de cualquiera de los progenitores por lo que puede implicar contravenir la decisión de la mujer, que es la que gesta, respecto a cómo atravesar la situación y hasta se podría ver enfrentada a reclamos del co-progenitor. Supone un peligro también para aquellas mujeres que interrumpen voluntariamente el embarazo constituyendo un claro retroceso en la autonomía reproductiva de las mujeres. Significa una personificación del feto ya que también se prevé la inscripción en el Registro de Estado Civil con la asignación de un nombre (atributo de la persona física). El proyecto presupone que todos los embarazos son deseados y que por tanto es necesario un duelo. A la vez, parte de una generalización ya que, aun teniendo la necesidad, no todas las personas tienen la misma forma de procesar una pérdida. En definitiva, se busca reabrir el debate sobre el comienzo de la vida y el comienzo de la personalidad jurídica, generando un avance de la teoría de la concepción, en detrimento de los DSR. De hecho, los sectores impulsores del proyecto son parte de quienes impulsan la maternidad como destino ineludible de toda mujer, que reniegan de los embarazos no deseados y que cuestionan la autonomía del derecho a decidir sobre la capacidad reproductiva.

Por su parte, el **proyecto “Mortinatos”**¹⁹ reitera la definición de muerte fetal que proporciona el Decreto reglamentario 276/019 de la Ley 19.628 promulgada en 2018 en la

¹⁸ <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/150970>

¹⁹ <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/151383>

gestión de Tabaré Vázquez. Esta iniciativa reafirma la habilitación de certificados de defunción fetal “...cuando el producto de la gestación es mayor de veinte semanas y/o con un peso superior a 500 gramos” (art.1). A los efectos de la inscripción en el Registro de Estado Civil se asigna al producto de la gestación un atributo de la personalidad como lo es el nombre civil lo que significa también una personificación del feto. En la exposición de motivos se expresa que el objetivo de asignar nombre es que “en su sepultura luzca” (p.16). Se establece que la inscripción puede ser retroactiva y se concede licencia por maternidad y paternidad por hijos mortinatos equiparando en derechos a padres y madres que efectivamente lo son. En la exposición de motivos se categoriza sin sustento científico que la pérdida de un embarazo es “El dolor más profundo que un ser humano pueda experimentar” (p.8) y se referencia legislación comparada como la ley 21.171 impulsada por Piñera en Chile que crea un catastro nacional de mortinatos para los nacidos sin vida durante cualquier momento del embarazo. La argumentación en la que se sustentan estas iniciativas contribuye a profundizar el estigma sobre el aborto como requerimiento de salud y lo ubican como una experiencia indefectiblemente traumática desconociendo la dimensión de alivio que significa interrumpir un embarazo no deseado o eludir una maternidad forzada.

8. Reflexiones finales

Las nuevas directrices en aborto de la OMS forman un marco de avanzada para la implementación de políticas públicas en este campo, sin embargo, la normativa uruguaya incumple muchas de ellas, destacándose el hecho de que no se ha despenalizado de forma total el aborto, al continuar figurando como delito en el código penal y no reconocerse la posibilidad de aborto autogestionado en caso que una mujer o persona gestante no cumple con los requisitos y pasos que la norma prevé, incluyendo el pasaje por una institución del SNIS y la consulta con el equipo multidisciplinario.

La normativa uruguaya mantiene que solo ginecobotetra puede proveer para la práctica y mantiene requisitos que no resultan clínicamente necesarios para la seguridad de la práctica del aborto (por ejemplo, el plazo de “cinco días de reflexión”). Profesionales de la medicina familiar y comunitaria en la atención de IVE, a través de su asociación profesional (SUMEFAC)²⁰, han manifestado la disposición de brindar la atención IVE en la tarea que realizan, expresando una forma de subsanar la falta de profesionales por escasez de recursos humanos y/o altos porcentajes de objetores de conciencia.

No se ha incorporado una perspectiva integral ni interseccional en el diseño de la normativa o de los servicios a implementar, con un claro sesgo respecto a las personas migrantes, en situación de discapacidad, niñas y adolescentes. La concepción de salud detrás de la misma no contempla sus múltiples componentes bajo una definición biopsicosocial, sino que se concentra en la salud física y mental, ambas asociadas exclusivamente a la causal de riesgo de salud/vida. A nivel normativo, es difícil hablar incluso de una perspectiva de género o de derechos humanos, cuando existe un espíritu más centrado en el tutelaje de la práctica que en el reconocimiento pleno de la autonomía reproductiva de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, siendo estas últimas invisibilizadas por el lenguaje de la normativa.

20

<http://www.sermedico.com.uy/noticias/sociedades-cientificas/sociedad-de-medicina-familiar-y-comunitaria-pide-que-medicos-de-familia-actuen-en-procesos-de-interrupcion-del-embarazo>

La transparencia activa, tal y como se entiende en el sistema interamericano de derechos humanos (CIDH, 2011), no ha sido una prioridad en el marco normativo uruguayo, atendiéndose pura y exclusivamente al registro de cifras con criterios epidemiológicos y de registro estadístico, y no con un enfoque de derecho a la información y rendición de cuentas por parte de las autoridades sanitarias y los prestadores de salud, en tanto derecho ciudadano y de usuarias/os del sistema de salud. El sistema de información uruguayo en materia de aborto, y de SSR en general, es débil, registrando inconsistencias en el relevamiento de ciertas informaciones y sin instancias claras de diálogo con la sociedad civil organizada u otros medios de denuncia pública ciudadana como para subsanar las dificultades presentes en la implementación de los servicios y las propias debilidades de los registros oficiales (MYSU, 2017; MYSU, 2020).

Vinculado al punto anterior, la difusión ha sido una debilidad importante en la implementación de los servicios de aborto desde 2013 y no se han desarrollado estrategias para subsanarlo, por una parte, por la persistencia del estigma y la discriminación asociada a la práctica, en particular en las regiones más conservadoras del país (MYSU, 2017). Por otra parte, la falta de una obligatoriedad explícita en la norma de difundir estas prestaciones, genera vacíos en que no existe responsabilidad institucional clara ni capacidad de rectoría de las autoridades sanitarias para asegurarse que los prestadores de salud informen a la población de la existencia y el funcionamiento de los servicios.

La obligatoriedad del pasaje por el sistema de salud para acceder a un aborto se traduce en la imposibilidad de autogestión o gestión comunitaria de los mismos en el marco de la legalidad. Aunque el acompañamiento en aborto no es una práctica prohibida como tal, está severamente limitada ya que no se puede brindar servicios de aborto sin ser una institución prestadora de salud con habilitación legal²¹, por tanto, organizaciones feministas, de mujeres o de personas gestantes, no pueden proveer servicios propios, limitando la práctica al SNIS, o condenándola a la clandestinidad si decidiera optarse por esa vía.

9. Bibliografía

Abracinskas, L.; Puyol, S. (2022) Los dilemas de la objeción de conciencia en el campo de la salud sexual y reproductiva. Montevideo, MYSU.

CIDH (2011). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, *OEA/Ser.L/V/II., Doc. 61*, 22 noviembre 2011; OEA.

Cook, R., Dickens, B., Fathalla, M. (2005) *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá, Colombia: Oxford- Profamilia.

IWHC-MSYU (2018). *No es conciencia. Cuando los proveedores niegan la atención del aborto*. Nueva York, NY: International Women's Health Coalition.

²¹ Esto implica, entre otras cosas, proveer todos los servicios que por ley se consideran prestaciones obligatorias, en todas las dimensiones de la salud, más allá del aborto o la SSR en general.

Juvenal, MJ. (2013) "Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473". *Revista de Derecho Público* - Año 22 - Número 43 - Agosto 2013 - pp. 33-56.

López, A., Couto, M., Píriz, G., Monza, A., Abracinskas, L. (2017) *Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención* en *Revista Salud Pública de México* Vol. 59 Núm. 5, Sep-Oct (2017).

MYSU (2017). *Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal en 10 de los 19 departamentos del país. Sistematización de resultados*. Estudios Observatorio MYSU 2013-2017. Montevideo: MYSU.

MYSU (2020). *Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 y acciones de incidencia a nivel nacional para fortalecer el acceso a servicios esenciales de salud reproductiva a nivel nacional*. Noviembre, 2020. Montevideo: MYSU. Accesible en:

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2021/02/Monitoreo-Informe-nacional-Uruguay.pdf>

Rodríguez, H. (2017) *Comentarios sobre el secreto médico en Rev. Méd. Urug. vol.33 no.1 Montevideo mar. 2017*. Accesible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100001