

ABORTO EN CIFRAS

Datos de Uruguay al 2021

mYSU MUJER Y SALUD EN URUGUAY

Hoja Informativa / Setiembre 2021

Durante 2021, desde el Observatorio de MYSU, se continuó dando seguimiento a la implementación de los servicios de aborto. Entre otras acciones, hicimos un relevamiento de información, con fundamento en la Ley 18.381 que establece el derecho de cualquier persona física o jurídica a acceder a información en poder de los organismos públicos.

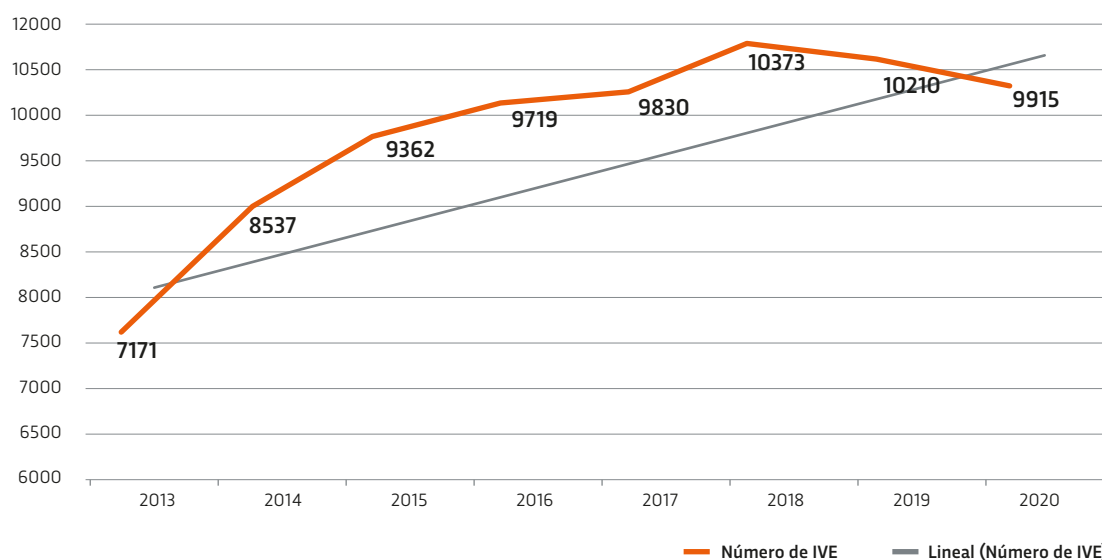
La información obtenida al MSP da cuenta de la evolución de las cifras de aborto a nivel general para el período 2013-2020, por subsector del SNIS, por tramo de edad y por causales.

En 2020 se contabilizaron 9.915 abortos legales, 295 menos que el año anterior, lo que representa un descenso del 2,9 por ciento. Es el segundo año consecutivo en que las cifras de aborto se reducen.

El 24 de marzo de 2020, el Área Programática de SSR del Ministerio de Salud Pública emitió comunicado a las instituciones de salud donde se determina que las consultas por interrupción voluntaria del embarazo (IVE) son de carácter urgente y deben realizarse con regularidad en contexto de emergencia sanitaria¹.

Esta comunicación fue a las instituciones proveedoras de servicios pero no hubo difusión abierta para el conocimiento de la población usuaria.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE IVE REALIZADAS POR AÑO PARA EL PERÍODO 2013-2020



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

75.117

Total de abortos legales desde que se instalaron los servicios.

36.998

se realizaron en los servicios públicos con un promedio de 4.625 abortos anuales.

38.119

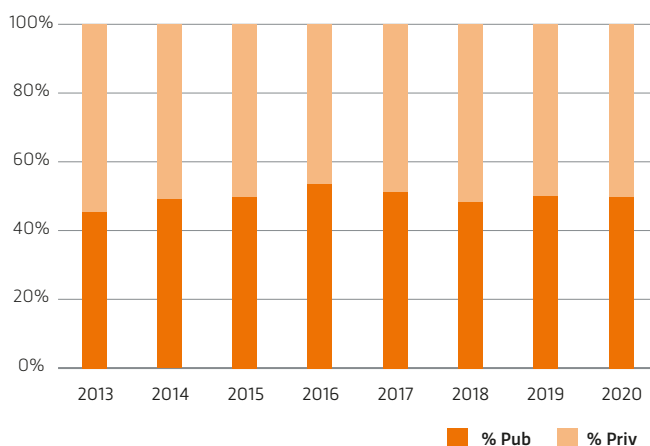
en el subsistema mutual, con promedio anual de 4.765.

1. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2021/08/MSP-Procesos-IVE-en-pandemia-COVID-19.pdf>

Desde iniciada la pandemia y en el contexto de crisis económica y social derivada de ella, **más de 100.000 personas cambiaron su afiliación de salud para ASSE²**, sin embargo el porcentaje de abortos públicos **se ha mantenido estable en los últimos dos años** y la tendencia de predominancia de los servicios privados también.

Estas cifras ponen en duda si están llegando todas las mujeres que así lo requieren a los servicios de aborto legal, siendo de alarma ya que **los servicios podrían no estar atendiendo o, incluso expulsando del sistema, a muchas de las mujeres en situación de aborto y, en particular, a las que están en mayor vulnerabilidad socioeconómica.**

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE IVE REALIZADAS POR SUBSECTOR PARA EL PERÍODO 2013-2020, POR AÑO



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

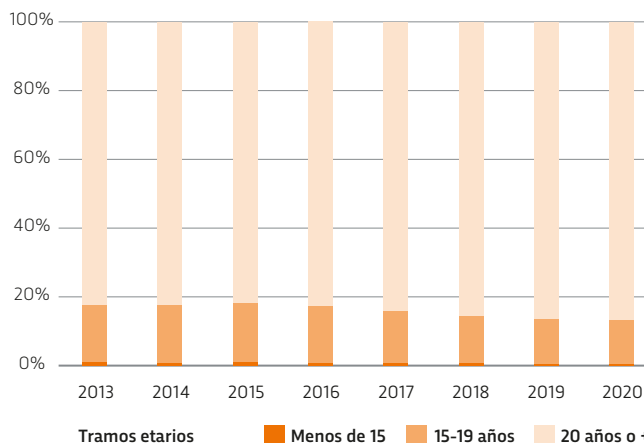
Respecto a la distribución por tramo de edad, en 2020 hubo 47 interrupciones en menores de 15 años, con una importante disminución del pico de 94 casos registrado en 2015, pero con un aumento respecto a 2019 cuando fueron 35 los abortos en niñas y adolescentes embarazadas.

Entre las jóvenes de 15 a 19 años se realizaron 1.258 abortos, y en mujeres de 20 años y más hubo 8.610 interrupciones voluntarias del embarazo en ámbitos legales seguros.

Se puede observar que se reduce proporcionalmente el número de **IVE en mujeres menores de 20 años en el total de abortos**. Como recogió el "informe Embarazo Infantil en Uruguay - Aporte para la agenda" de Amnistía Internacional Uruguay³, según cifras del MSP, **98 niñas menores de 14 años fueron madres en 2017**, mientras que para ese mismo año el Programa de Acompañamiento Territorial de Uruguay Crece Contigo atendió a 107 niñas y adolescentes

menores de 14 años. En este contexto, la reducción de cifras de IVE **pone en cuestionamiento si se está brindando la atención requerida a todas las niñas y adolescentes que están transitando por embarazos producto de relaciones abusivas.**

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE IVE REALIZADAS POR TRAMO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

La amplia mayoría de IVE del periodo fue dentro de las 12 semanas de gestación. Para las otras causales habilitadas⁴ por la ley 18.987, los registros son muy bajos y predomina el motivo de "grave riesgo de salud de la mujer", seguida por "anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina" y finalmente la causal de violación que, sorprendentemente, sólo registra 21 casos en ocho años. De acuerdo a la alta incidencia de la violencia sexual y de género en el país⁵, agravada en el contexto de la pandemia por COVID-19, preocupan estos datos.

La causal violación tiene un plazo acotado a las 14 semanas y requiere de constancia de la denuncia judicial previamente presentada⁶. Es posible que haya situaciones de embarazo en víctimas de violencia sexual que resuelvan la interrupción dentro de las 12 semanas para no tener que explicitar la causa. La denuncia por violación produce temor al estigma asociado a toda la compleja situación de violencia a la que se le suma la condena social vinculada al aborto que aún prevalece en diversos ámbitos. Esto podría explicar algo del bajo registro pero no lo explica totalmente. Pero también las 14 semanas sería un plazo insuficiente, particularmente en adolescentes, porque los embarazos producto de relaciones sexuales forzadas suelen confirmarse de forma tardía el embarazo por el trauma que lo produjo o por la falta de apoyo familiar o del entorno. Las probabilidades de quedar fuera del amparo de la ley son altas y, por lo tanto, la posibilidad de resolverlo fuera del amparo legal, también. Es válido plantearse la interrogante de si el sistema legal está atendiendo a todas quienes lo necesitan así como cuántos de los abortos que se producen en el país no se registran en las cifras oficiales.

2. <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2021/7/asse-tuvo-un-incremento-de-mas-de-100000-usuarios-desde-2019-que-no-se-refleja-en-el-pedido-presupuestal/>

3. <https://www.amnistia.org.uy/files/pdf/Embarazo-infantil-en-Uruguay-Aportes-para-la-agenda.pdf>

4. Ley 18.987, artículo 6.

5. <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/resultados-finales-de-la-segunda-encuesta-nacional-de-prevalencia-sobre>

6. Ley 18.987, artículo 6, inciso C).

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE IVE REALIZADAS POR CAUSALES

Causal	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	PROMEDIO ANUAL
Propia voluntad	7144	8515	9351	9709	9814	10370	10195	9889	674987	9300
Violación	9	2	4	1	1	0	2	2	21	3
Riesgo de salud de la mujer	10	12	5	5	6	3	12	5	58	8
Anomalías fetales incompatibles con la vida	8	8	2	4	9	0	1	19	51	5
TOTAL	7171	8537	9362	9719	9830	10373	10210	9915	75117	9315

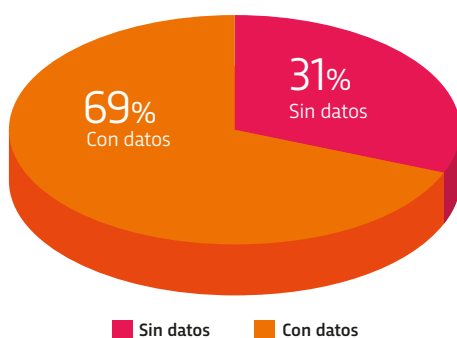
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

Objeción de conciencia y aborto

A pesar que en solicitudes de información previas el MSP había reportado que **no existían datos oficiales sobre la CANTIDAD DE PROFESIONALES OBJETORES**, en 2021, el Observatorio de MYSU volvió solicitar información al MSP (Ref. Exp. 12/001/102/2021) sobre número y porcentaje de ginecólogos que, por declararse objetores de conciencia, no realizan los procedimientos previstos en la ley de IVE. Se solicitaron datos de 2019 y 2020, sin embargo, en la respuesta recibida "Se informan los porcentajes de objetores de conciencia, discriminados por prestador de salud, correspondientes al 2019, según la información brindada por los referidos prestadores". Desde el MSP no se sistematizaron los del último año, a pesar que cada institución proveedora del SNIS, por declaración jurada, debe elevar esta información anualmente a la autoridad sanitaria. De los 81 servicios sobre los que el MSP ha reportado, **no hay datos sobre ginecólogos objetores en 25 de ellos, 31% del total**. De estos 25 servicios de aborto, 21 son de ASSE, o sea, públicos.

No se cuenta con información oficial sobre objeción de conciencia para 1 de cada 3 servicios.

DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO LEGAL SEGÚN SI SE CUENTA O NO CON DATOS OFICIALES DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA. AÑO 2019 (N=81)



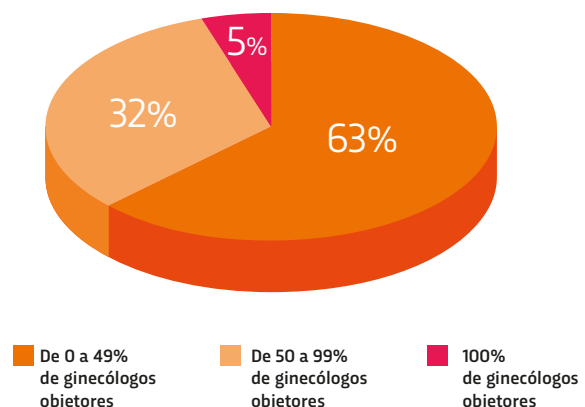
Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

Las cifras oficiales sobre objeción de conciencia son muy preocupantes, incluso siendo incompletas y desactualizadas. Cerca del 5% (3) de los servicios de aborto tienen un 100% de objetores, es decir, las mujeres deben ser derivadas a otros centros para poder recibir el servicio. En el 32% (18) de ellos, o sea 1 de cada 3, hay entre 50% y 99% de ginecólogos objetores. Sólo el 63% de los servicios tiene menos del 50% de objetores de conciencia. Cabe destacar que en muchos casos, esto supone uno o dos profesionales sosteniendo servicios para todo un departamento, como es el caso de Rivera.

De los 81 servicios legales de aborto (públicos o privados), sólo 56 tienen información reportada y sistematizada por el MSP, y solamente 35 cuentan con menos del 50% de profesionales objetores.

Los servicios que presentan el 100% de los profesionales objetores de conciencia son los hospitales de ASSE en Cerro Largo (Melo), Colonia (Carmelo) y Soriano (Mercedes).

DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJES DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS DE ABORTO LEGAL. AÑO 2019 (N=56)



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

La ley 18.987 creó los servicios con la obligación de que las autoridades responsables dieran información periódica sobre la implementación de la norma, incluyendo el dato imprescindible para el sistema de salud de saber cuántos profesionales disponibles existen para cumplir con la implementación, funcionamiento y garantías para la población usuaria que los requiere. Sin embargo, la **Junta Nacional de la Salud** declaró en respuesta a MYSU que: **“No existe posibilidad metodológica de chequear si un profesional es objetor en una institución y no lo es en otra”**. No se cumple entonces con aquello que la ley impone y el Poder Legislativo no realiza el contralor que corresponde, lo que debilita las garantías que el Estado debería asegurar para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo de la población más vulnerada en sus derechos.

Mortalidad materna, aborto y COVID-19

El contexto de pandemia, sumado a un funcionamiento irregular de los servicios y la escasa difusión de los mismos, a pesar de haberlos declarado esenciales, contribuyó al aumento de la mortalidad materna en el país. Según cifras del MSP, la tasa de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos en 2020, se ubicó en 30,7, duplicando las tasas de 2018 y 2019.

11 mujeres fallecieron por razones vinculadas al embarazo, parto, cesáreas y/o aborto en 2020 y en los primeros seis meses de 2021, se registraron 10 muertes de mujeres por esta causa.

En diciembre de 2020 se produjo la muerte de una adolescente del interior del país, convirtiéndose en el **segundo fallecimiento en marco de un proceso de interrupción voluntaria del embarazo**. El primero sucedió en 2018, y no

fue de público conocimiento, registrándose únicamente en solicitudes de acceso a información que distintos actores han realizado al MSP. Las autoridades sanitarias negaron, además, que se registraran muertes en procesos legales de aborto durante 2019⁷.

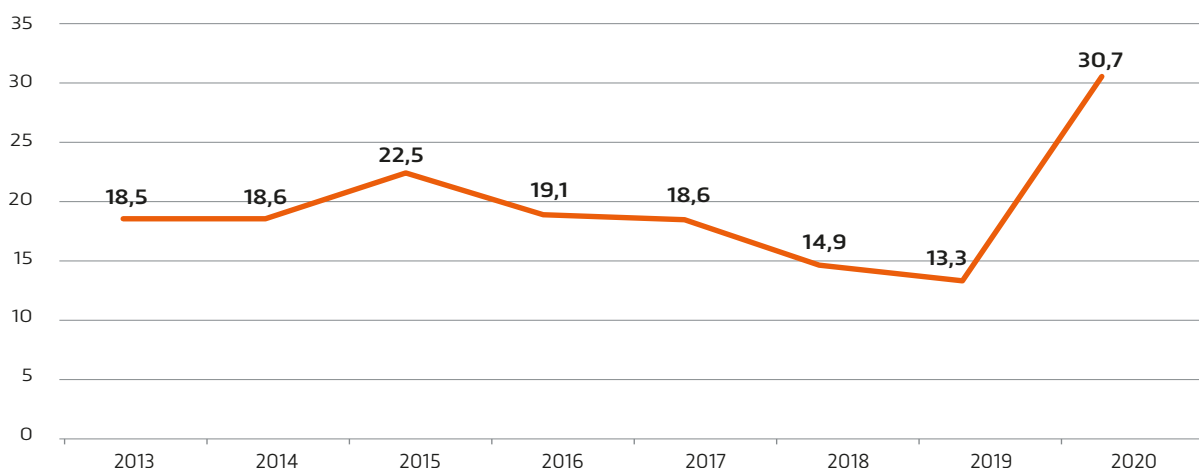
Si bien la mortalidad por aborto ha disminuido en el período 2013-2020 en comparación a lo ocurrido antes de aprobada la ley IVE, **5 mujeres han fallecido por abortos en este período**, 3 de ellas por fuera de los servicios legales de aborto sumándose a las 2 antes mencionadas. **Es inadmisibles que las mujeres sigan muriendo por causas evitables, fallas de los servicios o negligencia de profesionales de la salud.**

Sólo desde el prestador público ASSE hubo medidas adoptadas ante el fallecimiento de la adolescente por aborto legal, separando del cargo a 4 profesionales de la medicina para una investigación administrativa de la que a la fecha no se conocen sus resultados. La otra acción fue realizar talleres sobre los protocolos y guías clínicas para la atención de aborto en adolescentes a los integrantes de los equipos vinculados a estos servicios.

A nivel del MSP, el caso de la muerte por aborto ingresó a la *Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres* por causa de embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto, entidad responsable de las auditorías de muerte materna. Sin embargo no se conoce aún el fallo, en la web ministerial no figura y la comisión no tiene un sitio web propio, por lo tanto sus informes no se difunden ni son de acceso público. El propio MSP no cuenta con informes de esta comisión posteriores a 2018, según respondió en la solicitud de información realizada por MYSU.

No priorizar la atención en SSR en contexto de pandemia ha tenido consecuencias graves. Las dificultades de los servicios de SSR antes de la pandemia se han agudizado y han surgido nuevas barreras.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA CADA 100.000 NACIDOS VIVOS PARA EL PERÍODO 2013-2020



Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, a través de solicitud de acceso a la información realizada por MYSU en junio de 2021.

7. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/uruguay-lidera-america-baja-indicadores-mortalidad-materna-embarazo>

¿Los servicios están brindando atención a todos los casos?

A finales de 2019 se constituyó la Red de Acompañamiento Feminista en Aborto LAS LILAS, una articulación de colectivas y activistas del Uruguay que brinda información -siguiendo las normativas existentes en el país-. Su cometido es apoyar a mujeres y a personas con capacidad de gestar que deciden abortar, con el propósito de que lo hagan de manera segura y acompañada. LAS LILAS está integrada por feministas de diferentes localidades del país con el objetivo de brindar apoyo de manera solidaria y empática a quienes deciden interrumpir sus embarazos.

Durante 2020, se brindó asesoramiento a más de 150 mujeres y personas con capacidad de gestar. De enero a agosto de 2021, se realizaron más de 120 asesoramientos y acompañamientos, y se identificaron los problemas y obstáculos que muchas han tenido que sortear a pesar de estar amparadas por la ley.

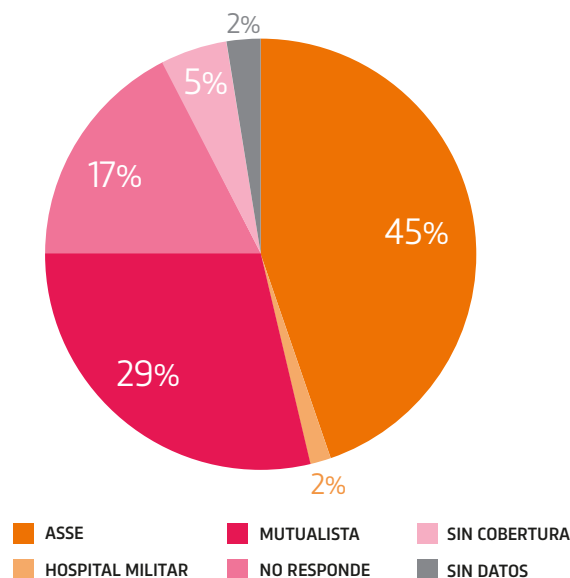
Las consultas que hemos recibido evidencian que no se obtuvo **la información necesaria sobre la disponibilidad y funcionamiento de los servicios en pandemia**, lo que se sumó al problema, ya denunciado por MYSU en estudios anteriores, de **la falta de conocimiento en gran parte de la población sobre los servicios legales de aborto, tiempos y condiciones que estipula la ley**. Hay mujeres que no saben lo que está permitido y llegan a quedar fuera del plazo legal por no contar con dicha información generando sufrimiento, angustia y desamparo.

45% de las mujeres cuentan con cobertura de ASSE

29% con cobertura mutual

5% no contaban con cobertura al momento de comunicarse con la red

COBERTURA DE LAS MUJERES ASESORADAS Y/O ACOMPAÑADAS POR LAS LILAS. PERÍODO ENE-AGO 2021



Fuente: elaboración propia en base a fichas de registro.

De los 121 casos de consulta, **34 requirieron de acompañamiento específico en aborto** por enfrentarse a barreras en los servicios. De cada 10 mujeres que recibieron acompañamiento, **6 no estaban cubiertas por la ley** (extranjeras con menos de un año en el país, casos de más de 12 semanas), **1 de cada 4 consultó acerca del funcionamiento y uso de los servicios de aborto debido a barreras o irregularidades**, mientras que 1 de cada 5 solicitó información sobre el uso de la medicación abortiva. Una mujer consultó por otras razones, referidas a dudas sobre el procedimiento una vez finalizado.

Hay casos de abortos fuera del sistema porque:

1. la ley en sus plazos y condiciones deja por fuera muchas situaciones.
2. las mujeres y personas con capacidad de gestar migrantes sólo cuentan con habilitación para abortar cuando tienen un año de residencia o el embarazo es producto de una violación y/o se encuentran en situación de trata y explotación sexual.
3. existe miedo a que se conozca y divulgue el motivo de la consulta, quedando expuestas al estigma y a la sanción social particularmente en ciudades pequeñas y/o con fuerte influencia de fuerzas religiosas o políticas ultraconservadoras.

Es importante llamar la atención que en no todos los servicios se está cumpliendo con **la estrategia de reducción de riesgos y daños** (ordenanza 369/04) que sigue vigente, lo que ha significado para muchas mujeres quedar por fuera del amparo de la ley. Se constató, además, que se ha brindado **información errónea o desactualizada sobre uso de la medicación para abortar y han habido retrasos innecesarios** en la ruta que dispone la norma.

Han habido demoras e irregularidades en la confirmación de los embarazos, en las fechas para realizar las **ecografías**, profesionales que enseñan imágenes y sonidos cuando está explícitamente indicado lo contrario en las guías clínicas. Hay casos en los que **no se entrega el resultado de la ecografía ni se incluye en la historia clínica** haciendo imposible constatar las semanas de gestación.

En consultas recibidas y por denuncias públicas de sindicatos y otras organizaciones sociales las dificultades por el incumplimiento de los tiempos para asegurar la ruta IVE genera angustia y desesperación por la imposición de maternidades forzadas. No siempre se ha iniciado el formulario IVE como lo estipula la normativa generando inconvenientes y desatención por negligencia institucional o discrecionalidad en la intervención de profesionales opositores a la práctica del aborto. Se modificaron los horarios de atención de los SSR sin que hubiese una adecuada comunicación a la población usuaria perdiendo el turno en las consultas que exige la ruta IVE, generando demoras que, en algunos casos, hicieron que fueran expulsadas del sistema. Tampoco se permitió en varias instituciones el asistir a las consultas con acompañante y se detectó sesgo en el asesoramiento brindado por profesionales de los equipos interdisciplinarios, incentivando la alternativa de la adopción cuando explícitamente la ley establece que no se debe interferir en la decisión. Hubo situaciones de trato estigmatizante por parte de integrantes del personal de salud e interpretaciones restrictivas o discrecionales sobre los alcances de la ley dejando arbitrariamente por fuera de la atención a quienes aún estaban en los plazos.

A PESAR DE TODAS ESTAS IRREGULARIDADES EN EL MSP NO SE REGISTRAN DENUNCIAS sobre la atención en LOS SERVICIOS IVE y esto es interpretado por las autoridades como que “NO HAY PROBLEMAS”.

En el relato de las mujeres que enfrentaron dificultades, la razón más esgrimida por la que no denuncian es que luego que solucionaron el problema no quieren más complicaciones. Existe la percepción que denunciarlo no servirá de nada, que puede generarles más problemas que soluciones y/o que podrían padecer la “condena” desde las instituciones denunciadas en las que se atiende toda la familia.



Reflexiones finales

Uruguay ha sido de avanzada en reconocer y garantizar condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pero aún está lejos de alcanzar los estándares requeridos para asegurar la universalidad en el acceso, la calidad de la atención y organizar un sistema de información y evaluación que permita superar los problemas y mejorar la respuesta. Problemas de funcionamiento y barreras que se han agudizado durante la pandemia.

La investigación realizada sistemáticamente por MYSU muestra que los recurrentes problemas de información y comunicación presentes en el sistema nacional de salud representan un serio obstáculo en el acceso a condiciones que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo que respecta a la interrupción voluntaria del embarazo. No existe una campaña de comunicación para informar a la población sobre los servicios y por lo tanto se ha incrementado la brecha entre oferta y requerimientos en este campo de la salud. En el contexto de crisis sanitaria, este problema se agudizó hasta el punto de que no se mantuvieron los horarios habituales de consultas y se suspendieron algunos servicios, sin que las mujeres tuvieran medios para acceder a esta información.

Además, existen dificultades en el relevamiento y sistematización de información de los servicios de IVE del país, incluyendo el número de ginecólogos objetores de conciencia en cada servicio. A mediados de 2021, los datos oficiales disponibles sobre objeción de conciencia son deficientes, corresponden al año 2019 y muestran un alto porcentaje de incidencia a pesar de la precariedad de los datos. Sin un sistema de información consistente, evaluar las políticas públicas aplicadas a los servicios de aborto legal tiene sesgo y no permite identificar claramente las respuestas que busquen superar los obstáculos. El acceso universal y la calidad de los servicios no pueden garantizarse y no podrá hacerse a futuro con esta deficiencia.

Preocupa particularmente la falta de reacción de las autoridades y la ausencia de comunicación a la ciudadanía sobre las causas que determinaron el fallecimiento por aborto legal en 2020 así como preocupa constatar que hubo decesos que no fueron debidamente informados y/o registrados, como el ocurrido en 2018. Ambos casos se conocieron por investigaciones y denuncias de organizaciones de la sociedad civil.

El elevado número de profesionales de la ginecología que son objetores de conciencia sigue siendo un obstáculo en el acceso, quienes viven en localidades con altos porcentajes de profesionales que rechazan brindar la atención, tienen que pagar el costo sometidas a largos traslados, incertidumbres o expulsadas hacia fuera del sistema.

La propia ley IVE debería ser revisada dado que se sustentó en supuestos erróneos en base a la evidencia acumulada en estos años de implementación. No hubo el aumento descontrolado de abortos que fue pronosticado, todo lo contrario, se registra una disminución en los últimos años. Tampoco se cumplió con el cometido del legislador de desestimular la práctica imponiendo una serie de condicionantes para acceder al aborto legal, el 95% de quienes comenzaron la ruta IVE la finalizaron. La brevedad de los plazos, los 5 días de reflexión obligatoria, la imposición de la intervención de un equipo multidisciplinario, la habilitación sin condiciones a la objeción de conciencia y la objeción de ideario, generan obstáculos de implementación que tienen particular impacto en las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad.

En algún momento nuestro país debería hacer la revisión e incorporar los cambios que mejoren normas y servicios en base a la propia experiencia y a los buenos resultados logrados en la región como son los casos de Argentina y México.

Para contribuir a mejorar las condiciones para ejercicio real de la población a los derechos sexuales y reproductivos, MYSU recomienda:

- Mejorar los mecanismos para informar a la población sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo campañas informativas y de sensibilización, sostenidas en el tiempo.
- Garantizar presupuesto debidamente etiquetado que asegure insumos en anticoncepción, medicación abortiva, tratamiento para ITS/VIH, atención integral a adolescentes y a diversidad sexual así como otros insumos necesarios para requerimientos en salud sexual y reproductiva, evitando el desabastecimiento.
- Revisar la ley IVE con el propósito de mejorar las condiciones para el acceso y la cobertura universal de estos servicios (controlar el uso abusivo de la objeción de conciencia, habilitar la prescripción de la medicación para abortar a otros profesionales debidamente capacitados y erradicar la restricción a mujeres migrantes para acceder al aborto legal, como mínimo).
- Fortalecer las capacidades de fiscalización y rectoría de las autoridades sanitarias para garantizar el efectivo cumplimiento de las guías y protocolos en SSR y el funcionamiento de los servicios estipulados por ley, con adecuados mecanismos de sanción para los prestadores y profesionales que no cumplen con lo que establece la ley. Mejorar también el sistema de información y cumplir con la periodicidad y exigencia estipulados en la norma para asegurar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.
- Realizar campañas de comunicación para combatir el estigma en torno al aborto dado que la interrupción voluntaria del embarazo es otro requerimiento en salud que debe estar cubierto por el sistema sanitario. Esto también contribuiría a que existan denuncias cuando la atención es deficiente o se violentan los derechos consagrados.
- Reinstalar espacios de diálogo donde las organizaciones sociales que hemos impulsado esta agenda podamos participar en la definición de contenidos, prioridades y resultados de estas políticas públicas.

28 de setiembre de 2021