



**Facultad de
Psicología**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**

**Trabajo final de grado
Proyecto de investigación**

**Trayectorias de interrupciones voluntarias del embarazo por fuera de los servicios
legales de aborto en Uruguay**

Estudiante: Emilia Muller

C.I: 5.410.657-7

Tutora: Alejandra López

Revisora: Carolina Farías

Instituto de Psicología de la Salud

Facultad de Psicología- Universidad de la República

Montevideo, Octubre 2025

Agradecimientos

A mi familia, mis amigas y todos los que fueron parte de este proceso.

Índice

Resumen.....	3
Presentación.....	4
Introducción.....	4
Fundamentación.....	5
Antecedentes y marco teórico.....	7
Problema de investigación.....	14
Hipótesis de trabajo, preguntas de investigación y objetivos.....	18
Diseño metodológico.....	19
Consideraciones éticas.....	21
Resultados esperados.....	23
Referencias.....	24

Resumen

Este estudio aborda las trayectorias de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) por fuera de los servicios legales que se ofrecen en Uruguay. A nivel internacional, existe amplia literatura sobre la temática y sus diferentes expresiones según el marco legal de cada país, sus condiciones socio-económicas y culturales. En lo que corresponde a nuestro país, no se encontraron antecedentes que traten esta temática, aunque sí se han realizado estudios sobre las barreras que se identifican a la hora de acceder a los servicios IVE dentro del servicio de salud que, sumado a lo anterior, funcionan como indicios para pensar las expresiones de esta problemática en el territorio. El objetivo de esta investigación es conocer estas trayectorias, poder describirlas e indagar sobre los motivos que llevan a tomar la decisión de realizarse un aborto por fuera del sistema de salud formal. Para ello se optó por un abordaje cualitativo, con un diseño transversal y observacional, de alcance exploratorio y descriptivo. Su muestra es intencional y heterogénea, conformada por mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios por fuera del sistema de salud e informantes clave como profesionales de la salud parte de los equipos IVE e integrantes de grupos de acompañamiento. Se recabarán datos mediante entrevistas y grupos focales. La investigación pretende abarcar desde el año 2020 hasta la actualidad, ya que este período permite observar el escenario de la pandemia por COVID-19 y los efectos que pudo haber tenido en el acceso a IVE en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El proyecto contempla las consideraciones éticas para la investigación con seres humanos. Se pretende contribuir a la construcción de conocimiento sobre la temática y la reflexión sobre la misma.

Palabras clave: aborto legal, aborto en el sector informal, mujeres, marco legal, sistema de salud, barreras.

Presentación

Este proyecto de investigación ha sido elaborado para la obtención del título de Licenciatura en Psicología que otorga la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Se ha explorado una temática de relevancia social como lo son las experiencias de interrupciones del embarazo que quedan por fuera de los servicios legales que ofrece nuestro país. Con un diseño transversal y observacional y un alcance exploratorio buscará conocer estas trayectorias, describirlas, indagar sobre los motivos que llevan a tomar esta decisión y conocer las apreciaciones de actores clave desde el año 2020 hasta la actualidad, incorporando a la pandemia de COVID-19 como escenario para pensar el acceso al IVE en el SNIS.

Introducción

El aborto ha ocupado un lugar en la agenda pública en Uruguay desde el retorno a la democracia en 1985. Las organizaciones feministas lucharon por ponerlo sobre la mesa a nivel social y político. Inicialmente, previo a la aprobación de la ley apareció en relación a la mortalidad materna por aborto provocado como problema de salud pública, implementándose estrategias de reducción de riesgos y daños por aborto inseguro para dar respuesta al mismo (López-Gómez & Couto, 2017).

Tras varios proyectos de ley, el veto del artículo referente al aborto de la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, largas negociaciones y discusiones políticas, sociales, jurídicas y médicas sobre la autonomía de las mujeres, se alcanzó la promulgación de la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2012. Su promulgación y posterior aplicación significaron un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos (DSR), posicionando a Uruguay como pionero en la región en ese momento histórico-social, junto con Cuba y Guyana (López-Gómez & Couto, 2017; Correa & Pecheny, 2016; Giudice, 2023).

Sin embargo, en la actualidad se han identificado múltiples barreras en el acceso al IVE en el sistema de salud formal (Berro Pizzarossa, 2018; López-Gómez, Couto & Abracinskas, 2021; Stifani, Couto, López-Gómez, 2018) que, sumados a los materiales producidos a nivel internacional sobre trayectorias de abortos en el sector informal (Chemlal & Russo, 2019) funcionan como indicios que permiten plantear la pregunta sobre la existencia de trayectorias de abortos por fuera del sistema de salud formal en nuestro país.

Fundamentación

Este proyecto se focaliza en el estudio de las experiencias de abortos en el sector informal en Uruguay, cuyo marco jurídico reconoce y legaliza el aborto voluntario en condiciones determinadas (Ley N° 18.987 sobre interrupción voluntaria del embarazo, 2012).

En América Latina en los años 90, el aborto fue instalándose en el discurso público a partir de la discusión sobre el aborto inseguro, movilizaciones y acciones de denuncia. A ello contribuyó la generación de conocimiento acerca de las causas y consecuencias de abortos realizados en la clandestinidad y de forma insegura. La agenda feminista como impulsora de este esfuerzo por poner el aborto en debate, generó aportes decisivos en los argumentos sobre la despenalización y regulación del aborto voluntario y su práctica (Abracinskas & López, 2007).

Como bien lo contextualizan Correa & Pecheny (2016), la promulgación de la ley sobre IVE en Uruguay fue una construcción de alianzas entre grupos activistas feministas, profesionales de la salud y otros actores. La ley vigente define IVE como un procedimiento legal bajo ciertas condiciones: a solicitud de la mujer, si se realiza durante las 12 semanas de gestación, en el marco de los servicios del sistema nacional de salud, con una ruta de tres consultas (IVE1, IVE2, IVE3). En caso de violación acreditada con la denuncia judicial, el plazo se extiende hasta las catorce semanas; en caso de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina y en caso de grave riesgo para la salud de la mujer, los límites no aplican. En lo que refiere a mujeres migrantes, pueden acceder a ella únicamente quienes acrediten su residencia en el país durante un período no menor a un año. Fuera de estas condiciones y plazos el aborto sigue siendo considerado un delito, ilegal y punible. Además, la ley incluye un artículo que posibilita la objeción de conciencia al personal de salud y la objeción por ideario institucional, para los servicios de salud cuya visión no sea compatible con lo que establece la norma, en cuyo caso deben asegurar el acceso al derecho de sus usuarias coordinando con otro prestador de salud (Correa & Pecheny, 2016; Giudice, 2023).

Aunque pionera en su momento, actualmente se reconoce que la ley uruguaya es limitante del derecho que pretende garantizar en la medida que busca desestimular la práctica. Esta afirmación se fundamenta en las Directrices sobre la atención para aborto elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), cuyo cometido es proteger el derecho al acceso al aborto y mitigar prácticas que puedan obstaculizarlo. Entre

sus recomendaciones desestima prácticas nocivas como por ejemplo, los plazos de espera obligatorios, las ecografías previas, tampoco recomienda regular quien puede practicar y gestionar un aborto, al contrario que la ley 18.987 que dispone que son los ginecólogos únicamente los que pueden realizar la entrega de medicación; y con respecto a la objeción de conciencia recomienda la protección del acceso a la atención integral para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la misma.

También se cuestiona la posición que se le asigna a las mujeres a partir de la ley IVE, por su lenguaje marcadamente tutelar, el cual pone en duda la capacidad ética de las mujeres para decidir por sí solas sobre su vida reproductiva al requerir obligatoriamente de consultas médicas, días de reflexión establecidos por ley previo al acceso al procedimiento, entre otras (Correa & Pecheny, 2016). Así, se presenta a las mujeres como sujetos subordinados al servicio de la familia patriarcal heteronormativa, de sus futuros hijos y de las políticas de crecimiento demográfico, y no como agentes autónomos (Giudice, 2023).

El interés por desarrollar este proyecto surge de la necesidad de visibilizar una problemática poco estudiada hasta el momento en nuestro país, pues en el imaginario social aún reside la idea de que toda situación asociada al aborto fue resuelta con la promulgación de la ley 18.987. Este proyecto busca analizar experiencias de interrupciones voluntarias del embarazo que suceden por fuera de los servicios legales de aborto. De esta forma se pretende contribuir a la producción de conocimiento, reconociendo que, aunque la ley es una herramienta necesaria, cuenta con limitaciones que requieren de una revisión y reelaboración a la luz del contexto social actual.

En el marco de los servicios de IVE del sistema de salud, entre el 2013 y el 2024 se realizaron un total de 117.863 procedimientos según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024). En los últimos 11 años, desde el comienzo de la aplicación de la ley IVE, se realizaron en total 750 abortos en menores de 15 años, 16.181 en mujeres de entre 15 y 19 años y 100.932 abortos en mujeres mayores de 20 años. En lo que refiere a causales, 46 fueron realizados apelando por la causal violación, 62 por la causal riesgo de salud para la mujer y 65 por la causal anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina. En total son 117.724, queda una diferencia de 139 abortos que se explica porque las interrupciones por malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y las ocurridas por causal salud de la mujer no requieren realizar el proceso IVE con los registros en los cuales se basa la estadística del MSP. Solo se registran aquí los casos que, pese a ello, completaron un proceso con los pasos de la IVE por sola voluntad. En los prestados de salud públicos fueron realizados 59.059 abortos y 59.537 se realizaron en los prestadores privados. El

promedio de mujeres que no concurrió a la consulta IVE3 fue de aproximadamente 5.8% (MSP, 2024). Los datos exhibidos fueron recabados por el MSP a partir de reportes mensuales recibidos de los prestadores de salud. En los casos en que detectaron inconsistencias, estas fueron informadas a los prestadores para ser corregidas, pero hasta el momento de publicación del informe no habían recibido la totalidad de las respuestas, lo que significa que los datos presentados pueden sostener alguna inconsistencia aún no corregida (MSP, 2024).

En lo que refiere a la mortalidad materna, el aborto provocado en condiciones de riesgo fue la principal causa de muerte en Uruguay entre los años 1996 y 2003, constituyendo así un grave problema de salud pública. Como respuesta a él surgió la asociación de profesionales con la propuesta “Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo”, que generaron una normativa de atención sanitaria con medidas de gestión de riesgos y daños por aborto inseguro, incorporando el tema en el marco del derecho a la atención en salud (Briozzo, 2002). A partir de esta experiencia, el MSP adoptó esta intervención mediante la ordenanza N° 369 del 2004 que la incorporó como orientación a los centros de salud pública del país, para finalmente, ser incluida en la ley N° 18. 426 de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva (Stapff, C. & Rieppi, L. 2019).

Actualmente, la mortalidad materna es baja en el país. MYSU (2021) toma la emergencia sanitaria de COVID-19 como variable para pensar esta problemática, afirmando que si bien la mortalidad por aborto ha disminuido entre 2013-2020 en comparación con lo ocurrido antes de la aprobación de la ley IVE, cinco mujeres fallecieron en este período. Dos de ellas fallecieron en el marco de un proceso de IVE y tres por fuera de los servicios legales de aborto (MYSU, 2021). Estos hechos pueden sugerir que el contexto de pandemia y factores asociados podrían haber incidido en el aumento de este índice.

Antecedentes y marco teórico

Una revisión sistemática agrupó 16 artículos provenientes de doce países, entre ellos África subsahariana, Irlanda del Norte, Gran Bretaña, Hong Kong (China) y Estados Unidos. En la misma Chemlal & Russo (2019) introducen un concepto clave que denominan “informal sector abortion” (ISA) o en español “aborto en el sector informal” que hace referencia a los abortos que son realizados por fuera del sistema de salud formal. En esta línea, las autoras realizan algunas distinciones que es pertinente mencionar. Un ISA es un

aborts por fuera del sistema formal y por lo tanto ilegal, pero no necesariamente equivale a un aborto inseguro. En la última actualización de las Directrices sobre atención para aborto, la OMS (2022) utilizó la denominación “aborto peligroso” para referirse un aborto que “se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias” (p. XIX). En este sentido, las autoras plantean que un ISA puede ser seguro en la medida en que siga las Directrices sobre la atención para aborto de la OMS. De igual manera, un aborto puede ser realizado en el servicio de salud, por ende legal, y ser inseguro si no se actúa en concordancia con mencionadas directrices (Chemlal & Russo, 2019).

Las autoras identifican 10 principales razones por las que las mujeres pueden optar por practicarse un aborto en el sector informal. Entre ellas, las más frecuentes fueron por razones de privacidad, de costos, falta de información sobre el marco legal concerniente al aborto, el entorno afectivo y su rol en informar y acompañar la trayectoria. También señalan el marco regulatorio como barrera de acceso, miedo a ser maltratadas por parte de los equipos de salud, o equipos que se niegan a proveer el servicio y fallan en derivar a otra institución o equipo, una preferencia por autogestionar su aborto en su casa, demoras en el acceso y listas de espera y por último, tener que viajar largas distancias, esta a veces combinada con la ausencia de un vehículo o transporte para hacerlo y los costos que esta implica (Chemlal & Russo, 2019).

En la misma línea, un artículo llevado adelante en Estados Unidos denota que, tras un aumento de las restricciones en el acceso al aborto en los últimos tiempos, se han reportado informes de IVE autoinducidos con misoprostol, sin receta y sin prestador de servicios (Kerestes et al. 2019). El aborto autoinducido o autogestionado es aquel que implica la autogestión de todo el proceso de aborto médico o de uno o varios de sus pasos, como la autoevaluación de la idoneidad para el aborto médico, la autoadministración de medicamentos sin la supervisión directa de un trabajador de la salud y la autoevaluación de la efectividad del proceso de aborto (OMS, 2022). Kerestes et al. (2019) realizaron una encuesta en la que participaron un total de 276 mujeres, de las cuales 74.6% había buscado previamente opciones de aborto en línea, y de ellas, 30.9% buscó el misoprostol para uso domiciliario. El 1.6% de las mujeres encuestadas compraron misoprostol y 1.2% efectivamente lo usó. En esta línea, 163 de 251 (64.9%) de las mujeres reportaron barreras en el acceso a servicios de atención para aborto, entre ellas identificaron: el costo del procedimiento, el tiempo de espera para acceder a la consulta, el transporte, encontrar una clínica disponible, restricciones legales y otras. Este estudio demuestra la importancia de

reconocer que lo que las autoras llaman “self-induced abortion” o aborto autoinducido en español está comenzando a ser considerado como una opción para mujeres que transitan un embarazo no deseado en un contexto que ofrece servicios legales de aborto pero con barreras en el acceso.

Esta conclusión es reafirmada por un estudio transversal que investiga la prevalencia de “self-managed abortion” o aborto autogestionado en mujeres estadounidenses en edad reproductiva. De 7022 mujeres que participaron de la encuesta, 20% usó misoprostol, el 29.2% usó otra medicación, el 38.4% usó hierbas y el 19.8% utilizó métodos físicos. Entre las razones más comunes para recurrir a un aborto autoinducido o autogestionado, 47.2 % lo percibía como una opción más fácil o rápida y 25.2% pensaba que la clínica era muy costosa. De todos los intentos, 27.8% de quienes respondieron reportaron que realizaron el aborto con éxito, 33.6% lo culminaron en el servicio de salud, 13.4% continuó con el embarazo, 11.4% tuvo un aborto espontáneo y 13.3% no estaban seguras. Un total de 11.0% reportó complicaciones (Ralph L et al. 2020).

Ustá et al. (2008) realizaron una investigación situada en Mozambique para conocer quienes quedaban excluidas de los servicios legales de aborto, que permiten realizar la práctica hasta las doce semanas de gestación. De 1734 mujeres que solicitaron un aborto, el 4,3% lo hizo durante o después de las trece semanas de gestación. Las autoras asocian esta demora a los diferentes requisitos que en ese momento eran necesarios para acceder al servicio: una foto propia y de la pareja, una carta de solicitud y especialmente el costo del procedimiento. Sobre este último agregan que, en el momento que se realizó la investigación, el costo promedio de un aborto inseguro era menor que realizarlo dentro del sistema. De esta forma, podemos intuir que estas condiciones podrían favorecer que algunas mujeres busquen realizarse un aborto por fuera del servicio.

Otro artículo estudia la decisión de personas provenientes de países europeos donde el aborto es legal con marcos regulatorios amplios y que igualmente deciden viajar a Inglaterra y Países Bajos a realizarse un aborto. Wollum et al. (2024) asocian esta decisión a barreras económicas y demoras en el acceso al servicio en países donde está permitido únicamente durante el primer trimestre del embarazo y pasado ese plazo es limitado a circunstancias determinadas.

De igual manera, Esengen (2024) reconoce diversas barreras estructurales en el acceso al aborto legal en Turquía, teniendo en cuenta el rol que el entorno social cercano tiene en las decisiones que se toman a la hora de abortar y en como este muchas veces

funciona como una forma de subsanar o compensar estas barreras, incluso influyendo en decisiones de realizarse abortos parcial o completamente por fuera del sistema de salud. En este sentido, se hace énfasis en los desafíos que enfrentan las mujeres en los servicios de salud en contextos donde el aborto es legal, como la restricciones por límites de edad gestacional, los períodos de espera obligatorios, la criminalización de la partería o la objeción de conciencia. Estas regulaciones potencialmente obstaculicen el acceso a un aborto seguro y costeable, y bloquen el acceso a un aborto a pesar de la existencia de un marco normativo que lo habilita. Cabe destacar que, como fue mencionado anteriormente, varios de estos procedimientos son desalentados por las Directrices de aborto de la OMS (2022) actualmente, pues consideran que obstaculizan el acceso al derecho. En consecuencia, esto puede resultar en que personas que pueden acceder legalmente a un aborto recurran igualmente a un aborto inseguro o clandestino. Esto se puede ver reflejado en el grupo que participó de esta investigación. De un total de 25 personas, 13 habían abortado ellas mismas y 12 eran parte de una red solidaria de acompañantes. Dos personas reportaron haberse realizado dos abortos, resultando en 27 relatos en total. De ellos, solamente 11 fueron descriptos como abortos legales, lo que significa que más de la mitad de los abortos realizados fueron ilegales o parcialmente legales. Es importante destacar que en Turquía el aborto fue legalizado en el año 1983 y los abortos ocurrieron entre los años 2002 y 2020, cuando la ley ya estaba vigente (Esengen, 2024). Los obstáculos no son solamente prácticos, sino que la dimensión de los discursivos también genera repercusiones en el acceso, como en este caso donde, aunque el aborto es legal en Turquía los sectores conservadores han difundido un discurso que promueve la formación de una familia numerosa, comparando al aborto con una masacre y a la anticoncepción con una forma de traición. Aunque no se han hecho cambios a nivel de la legislación, activistas feministas reconocen el impacto y daño que este tipo de narrativas generan, especialmente en grupos más vulnerables (Esengen, 2024).

En América Latina, Veldhuis, S et al. (2022) identificaron las barreras que se enfrentan en el acceso al aborto en contextos clínicos (clandestinos o legales) en tres regiones de México: Baja California y Chiapas, ambos contextos restrictivos, y Ciudad de México, donde el aborto es legal hasta las 12 semanas. Para ello realizaron 14 entrevistas a acompañantes de mujeres que abortan con medicamentos fuera de contextos clínicos. A partir de ellas identificaron los siguientes obstáculos: vulnerabilidades sociales de las mujeres (falta de apoyo, dificultades económicas, no contar con documentación, ser menor de edad, entre otras), la falta de información, persistencia del estigma asociado al aborto, la influencia de marco legal, los fallos en la atención del aborto incluso en clínicas de interrupción legal del embarazo (ILE) y mala calidad de los servicios prestados, los grupos

anti-derechos y sus estrategias. Por estas razones, las autoras afirman que en las tres regiones el acceso a abortos clínicos continúa siendo un privilegio para quienes tienen recursos económicos, lógisticos y sociales para realizarlos en estos contextos. Expresan que durante décadas la mayor barrera de acceso era la falta de opciones legales para obtener un aborto, pero que actualmente pueden reconocer que la existencia de servicios legales no garantiza automáticamente el acceso. Por otro lado, argumentan que la ausencia de servicios legales de aborto en México promovió la introducción del aborto con medicamentos o aborto médico, que dentro de los métodos de aborto, implica el uso de agentes farmacológicos para interrumpir el embarazo (OMS, 2022). A partir de esto se ha visto un aumento en la autogestión del aborto. En este sentido, la OMS reconoce que un aborto médico autogestionado, realizado fuera de contextos clínicos, puede ser seguro.

Ortíz (2010) considera el acompañamiento a mujeres en situación de aborto como un proceso de fortalecimiento del poder personal para tomar decisiones y ejercer derechos que implica, mediante un protocolo, dar respuesta a las múltiples necesidades relacionadas a los aspectos que confluyen durante los momentos particulares que transita una mujer cuando decide realizarse un aborto.

También en Ciudad de México, Hernandez-Rosete & Estrada Hipólito (2018) exploran la decisión de interrumpir un embarazo no deseado de manera clandestina en adolescentes menores de edad, a pesar de la ley de interrupción legal del embarazo (ILE). Al igual que en el estudio anterior, las autoras identifican que, aunque exista un marco normativo que ampare la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, quienes desean acceder enfrentan barreras morales que se lo impiden. Uno de ellos es que la ILE requiere consentimiento informado de un tutor legal para practicarse un aborto si se trata de una menor de edad. Asimismo, asocian la decisión de recurrir a la clandestinidad a una fuerte influencia cultural religiosa, correlacionando el placer sexual con sentimientos de culpa, atribuyendo al cigoto estatus de persona y paradójicamente excluyendo a la figura de la mujer embarazada como sujeto de derecho. Otras razones son el miedo a la sanción moral de la comunidad en general, la intención de evadir el estigma, el miedo al no respeto de la confidencialidad por parte de trabajadores del servicio de salud, dificultades económicas para acceder a los estudios necesarios como acceso temprano tests/pruebas de embarazo, falta de información, (ej, una entrevistada no sabía que necesitaba la firma de uno de sus padres).

En Colombia, Ortiz et al. (2024) han obtenido resultados similares. Actualmente el aborto está despenalizado hasta la semana 24 de gestación, sin embargo, este no era el

caso cuando se realizaron las entrevistas que fundamentaron esta investigación en 2018. En ese momento el aborto estaba parcialmente despenalizado por las causales: violación, riesgo de vida y salud para la mujer y malformaciones fetales incompatibles con la vida intrauterina. Examinaron las motivaciones de las mujeres para usar misoprostol por fuera del sistema de salud formal y encontraron que esta opción les ofrecía una forma más accesible y atractiva para las mujeres debido al estigma y al miedo a vivir repercusiones legales por desconocimiento del marco legal. Otra razón tiene que ver con repercusiones a nivel social, y temor al maltrato y no respeto de la privacidad durante la atención en el servicio. Además consideraban al misoprostol como una opción accesible y efectiva porque, sumado a evitar todo lo mencionado anteriormente, lo consideraban más rentable para las mujeres que no tenían cobertura médica y le evitaba costos a quienes vivían lejos y debían trasladarse para acceder a la atención.

Luchetti et al. (2024) exploran la autogestión del aborto en Argentina y como esto ha posibilitado, en sus palabras, el acceso a un aborto “más temprano, más accesible, más seguro, menos traumático, menos medicalizado y más económico” (p.1) . Al igual que los estudios anteriores, este reconoce que la existencia de medicamentos para abortar permitió a la mujeres hacerlo de forma segura fuera del sistema formal de salud, transformando así las prácticas abortivas. Incluso cuando el Código Penal argentino contaba, desde 1921, con tres excepciones para considerar legal un aborto (violación y riesgo para la salud o la vida de la mujer) los abortos igualmente ocurrían en el circuito clandestino y fue la introducción del aborto medico sumado al fallo “F.A.L” de la Corte Suprema de Justicia lo que permitió convertirlo en una práctica más segura para las mujeres.

Por último, López-Gómez (2015) realiza una revisión para el período 2009- 2014 de investigaciones que exploran las experiencias de mujeres frente al aborto inducido en América Latina y el Caribe. Se relevaron 55 artículos mayoritariamente de Brasil, México y Cuba pero también incluyendo países como Uruguay, Argentina, Chile, Perú y Colombia. Entre las temáticas estudiadas se destacan aspectos emocionales relacionados al aborto, las realidades de los adolescentes y jóvenes, el impacto de la clandestinidad e ilegalidad de la práctica, el uso del aborto con medicamentos y la relación de las mujeres con los servicios de salud en diferentes contextos legales. Agrupa los resultados en cuatro categorías: a) condiciones sociales y factores relacionados, b) la decisión de abortar, c) el acceso al aborto y el método y d) los aspectos emocionales asociados. Realiza una exploración de los diferentes perfiles sociodemográficos de quienes han vivido experiencias de aborto. También analiza el proceso de toma de decisiones, condiciones, motivos, circunstancias y recursos disponibles.

El contexto de ilegalidad y penalización del aborto es un factor determinante de la experiencia de toma de decisiones para las mujeres, asociado a sentimientos de culpa y temor a repercusiones legales, angustia, riesgo al recurrir al mercado clandestino. Otros artículos lo relacionaron con una obstaculización en el acceso al aborto, que no desestimula la práctica pero genera barreras en la implementación del mismo. Asimismo, se ponen en juego las condiciones económicas desfavorables para la crianza de un (nuevo) hijo y deseo de continuar con su proyecto de vida. La situación de la pareja así como los recursos afectivos y de apoyo social juegan un papel significativo en la vivencia del proceso. El peso del estigma como barrera en el apoyo (López-Gómez, 2015).

En lo que refiere al método, el aborto médico funciona como contributor a la disminución de riesgos en el aborto pero que no mitiga las vulnerabilidades a las que pueden enfrentarse las mujeres para acceder al método. Los contextos sociales de las mujeres determinan las trayectorias que podrán hacer, obstaculizando o favoreciendo el acceso a un aborto seguro. Las experiencias son diversas y varían según condiciones socioeconómicas, edad, contexto, circunstancias físicas y emocionales, historia reproductiva, etc. Las valoraciones positivas se relacionan con las condiciones en que fue realizado el aborto. Aspectos emocionales asociados a las experiencias de aborto, los resultados muestran que la realización de un aborto no es en sí mismo causa suficiente para la aparición de efectos psicológicos traumáticos o problemas en la salud mental de las mujeres. Establecen una relación entre origen del embarazo, condiciones para la toma de decisión, acceso a un aborto seguro y los sentimientos post evento, entre ellos puede encontrarse: temor y angustia relacionados con la penalización e ilegalidad de la práctica, alivio por resolver la situación y en casos de clandestinidad por sobrevivir al proceso. Sobre el aborto durante la adolescencia, aparecen factores como el inicio sexual temprano, la actividad sexual sin protección y el uso no regular de métodos anticonceptivos. Las razones para abortar se relacionan con la edad, la falta de condiciones para asumir la maternidad, el temor a que interfiera en su desarrollo personal, deseo de continuar los estudios, no tener pareja estable y razones asociadas a las condiciones económicas. Es relevante destacar que las autoras reconocen la existencia de efectos negativos por los contextos restrictivos para la vida y salud de las mujeres (López-Gómez, 2015).

Problema de investigación

En Uruguay no existen estudios que exploren las experiencias de abortos en el sector informal desde la promulgación y comienzo de la aplicación de la Ley IVE en enero de 2013. Si se cuenta con numerosas investigaciones que exploran diversas dimensiones del aborto y del acceso a los servicios de IVE en el país. Sin embargo, las evidencias recogidas en otros países donde se registran abortos en el sector informal en contextos de aborto legal son indicios para examinar ese fenómeno en nuestro país.

El país cuenta con un sistema de registro de IVE en el SNIS que se comunica oficialmente cada año en sus resultados. Dada las limitaciones de la ley (plazos de 12 semanas, ruta de consultas, plazo de espera obligatorio de cinco días, exclusión de población migrante con menos de 1 año de residencia en el país, objeción de conciencia, entre otros), es posible que haya situaciones de IVE que no transcurran por los servicios del SNIS. En estos casos se trata de IVE clandestinos y penalizados por la ley vigente.

Se reconocen numerosas barreras en el acceso al servicio IVE en los centros de salud. Berro Pizzarossa (2018) afirma que los requerimientos prescriptos por la ley uruguaya constituyen una violación del deber de los Estados de respetar los derechos relacionados a la SSR, según lo establecido por la Observación General 22 (2016) de Naciones Unidas. Bajo éstos derechos, los Estados deben evitar generar leyes y políticas que actúen como barreras para el acceso a los servicios y reformar aquellas que lo hagan. El límite gestacional, los períodos de espera, la consulta obligatoria con el equipo interdisciplinario y los problemas asociados a la objeción de conciencia son algunas de ellas. La objeción de conciencia fue identificada como la barrera más grande con un 52.9% de objetores de conciencia entre los profesionales en ginecología disponibles en Montevideo y el Área Metropolitana, mientras que el promedio nacional era del 30% (López-Gómez, Couto, Píriz, Monza, Abracinskas, Ituarte, 2017). Este hecho se hace visible en el departamento de Salto que tuvo un 100% de objetores durante el primer año de implementación de la ley (López-Gómez, Couto & Abracinskas, 2021; Stifani, Couto, López-Gómez, 2018).

Con referencia al método de aborto, la decisión de realizar abortos médicos y no quirúrgicos no fue casual, sino que fue una decisión estratégica considerando las limitaciones de recursos humanos. Aún así, enfocarse solamente en abortos médicos no fue suficiente para prevenir altas tasas de objetores de conciencia y terminó generando otras dificultades. El aborto quirúrgico prácticamente no se realiza en Uruguay, lo que significa que

no hay diversidad de opciones disponibles para las mujeres que buscan practicarse un aborto, que los profesionales no necesariamente están capacitados para realizar este procedimiento, y que los que si lo están igualmente no lo consideran como una opción, enviando a las mujeres a realizarlo en servicios de tercer nivel de atención (Stifani, Couto, López-Gómez, 2018).

La necesidad de un equipo interdisciplinario de tres profesionales limita y demora el proceso en ciudades donde los recursos humanos son escasos (Berro Pizzarossa, 2018; Stifani, Couto, López-Gómez, 2018). Los profesionales de la salud juegan un rol crucial en la trayectoria del aborto de una mujer, pudiendo facilitar el proceso o favoreciendo la expulsión del sistema de salud. En este sentido, pueden ser considerados como pieza clave en la reproducción de las lógicas institucionales o como capital simbólico en la construcción de nuevas prácticas que cuestionen el habitus que produce, organiza y reproduce el campo sanitario (Lopez-Gómez & Couto, 2017). Las investigaciones revelan que los profesionales de salud suelen tener actitudes paternalistas cuando se trata de una mujer que busca abortar. El equipo multidisciplinario ha sido percibido como realizador de un esfuerzo para abordar las necesidades de las mujeres, pero no consultó sobre sus preferencias, como el deseo de recibir asesoramiento previo al aborto. Incluso cuando las mujeres logran acceder al aborto, el proceso no está necesariamente exento de violencias estructurales y simbólicas (Berro Pizzarossa et al. 2025).

Con respecto al período de espera obligatorio, las mujeres entrevistadas señalaron que el mismo solo aumentó su ansiedad y no incidió en desestimar su decisión previa, de la que expresaron sentirse seguras. Compartieron la sensación de lentitud en el paso del tiempo de espera, el cual fue vivenciado como una experiencia negativa por algunas de ellas. Los cinco días de reflexión pueden operar negativamente en la salud mental de las mujeres, generando angustia, incertidumbre, ansiedad y temor o ser experimentados como un trámite administrativo que deben cumplir para poder acceder al procedimiento, sobre todo cuando la decisión ya estaba tomada con anterioridad, lo que suele ser la mayoría de los casos (López-Gómez & Couto, 2017; López-Gómez, Couto & Abracinskas, 2021). Cabe destacar que, como se mencionó anteriormente, el porcentaje de mujeres que no vuelven a la consulta de IVE3 es de aprox 5,8% (MSP, 2024) representando un número muy bajo de mujeres que no continúan el proceso de IVE dentro del servicio de salud, de quienes no podemos afirmar con certeza que continuaron el embarazo. La hipótesis de que se practican abortos por fuera de la ley se fortalece al contemplar los tres casos registrados de mujeres que fallecieron tras practicarse un aborto clandestino en los últimos años (MYSU, 2021).

Por otro lado, el aborto sigue estando en el Código Penal y por lo tanto sigue siendo un crimen si no se da dentro de los parámetros establecidos en la Ley 18.987. Por ende, la voluntad de terminar un embarazo sigue siendo penalizada. Esto representa un impedimento para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos (Berro Pizzarossa, 2018). Tras indagar sobre los casos de criminalización por aborto en el período 2012-2022, Abracinskas, L et al. (2025) identificaron cuatro causas penales por delitos de aborto, resultando en siete personas imputadas: 4 mujeres y 3 varones. Entre ellos gestantes, familiares, acompañantes y profesionales de la salud. Los resultados muestran que estas cuatro mujeres sobre las que recayó la persecución abortaron por fuera de la ley por tener embarazos en tiempos gestacionales mayores a los habilitados en la misma. Las autoras reconocen que, aunque la persecución del delito de aborto es baja, cuando se condena la pena recae sobre mujeres en situación de vulnerabilidad y pobreza. Exponen una contradicción entre el Código Penal y la ley e invitan a reflexionar sobre las repercusiones que implica perseguir un delito que se ha convertido en una práctica social aceptada, que resulta en una condena selectiva porque continúa siendo una figura penal (Abracinskas, L et al. 2025). La criminalización de la práctica tiene implicaciones no solo a nivel jurídico, sino en las dimensiones de lo simbólico y lo discursivo, contribuyendo a la perpetuación del estigma que constituye otra barrera. Este estigma tiene como base la desviación de los estereotipos de género en torno a la maternidad y refuerza normas restrictivas que limitan la autonomía reproductiva de las mujeres. En esta línea, la ley no es solamente una regulación normativa, sino que influye en las percepciones sociales sobre la autonomía, la salud reproductiva y la moral que construye subjetividades e identidades en el ámbito jurídico (Berro Pizzarossa et al. 2025).

Otra de las razones se relaciona con el miedo al no respeto de la confidencialidad, a la divulgación del motivo de consulta y la consecuente exposición a la sanción social que este trae aparejado, especialmente en ciudades pequeñas y/o con fuerte presencia de organizaciones religiosas o políticas ultraconservadoras (MYSU, 2021). A esto se suma la falta de difusión de los servicios y procedimientos que se corresponde con la cantidad de mujeres que acuden a los servicios de salud con escasa información acerca de la normativa vigente y sus requerimientos. Consecuentemente limitando la exigibilidad de las mujeres en caso de que se vulneren sus derechos (López-Gómez, Couto & Abracinskas, 2021).

En cuanto a la consulta IVE4 algunas mujeres manifestaron no haber concurrido a la misma ya que no querían alargar el cierre del proceso, sumándole una nueva consulta (la consulta postaborts) en el servicio de salud. Otras prefirieron acudir a la emergencia del

hospital público a realizarse una ecografía de control, alternativa más rápida en comparación con la consulta IVE4 en su centro de salud que demoraba semanas. Para la gran mayoría la consulta IVE4 no tuvo relevancia como espacio para procesar emocionalmente la experiencia ni fue valorada como un espacio de apoyo psicoemocional, pues no es ofrecido así por los servicios de salud. Esto lleva a que las mujeres la perciban como innecesaria, inofensiva o a veces, amenazante (López-Gómez, Couto & Abracinskas, 2021). Profesionales de la salud también consideran que es baja la asistencia de las mujeres a la cuarta consulta, lo que dificulta la implementación de métodos anticonceptivos post aborto (Stifani, Couto & López-Gómez, 2018).

También han sido contemplados los obstáculos que imponen los límites gestacionales y otras determinaciones de la ley lo que implica que algunas mujeres quedan por fuera de la normativa, como las migrantes con menos de un año de residencia y mujeres con edades gestacionales mayores a 12 semanas y 6 días que no entran en las causales definidas. En este sentido, aunque los datos disponibles sobre el tema son limitados, reconocen una urgente necesidad de mejorar las estimaciones de abortos clandestinos y potencialmente inseguros y de reducir las barreras en el acceso al aborto legal y seguro (MYSU, 2021; Stifani, Couto, López-Gómez, 2018).

Todos estos indicios permiten plantear la interrogante de si en Uruguay se realizan lo que Chemlal & Russo (2019) llaman abortos en el sector informal. Este hace referencia a los abortos que son realizados por fuera del sistema formal de salud. En nuestro país, el sector informal podría incluir la compra de medicación en los mercado ilegal, a nivel internacional o en farmacias del medio local sin receta, acudir a centros de IVE no respaldados por la ley, la autogestión del aborto y/o acudir a información a través de redes de acompañamiento en aborto como la Red de Acompañamiento Feminista en Aborto “Las Lilas”. La misma fue conformada en 2020, es integrada por feministas de diversas localidades del país y su cometido es apoyar a mujeres y personas con capacidad de gestar para el acceso a IVE seguros y acompañadas, brindando apoyo de manera solidaria, empática y gratuita (MYSU, 2021). Entre las tareas que realizan, las integrantes de cada localidad relevan información crucial para el acceso al IVE como los servicios disponibles en el departamento, sus horarios de funcionamiento, profesionales a cargo y la integración de los equipos multidisciplinarios de las instituciones públicas y privadas existentes, para difundirla en sus territorios. Informan sobre la Ruta IVE, lo estipulado en la ley y sus limitaciones, estimulando la utilización de los servicios legales de aborto y promoviendo el acceso a un derecho que tienen las personas que lo requieran. A su vez, asesoran sobre

formas seguras de abortar y buscan promover un diálogo abierto sobre el aborto para combatir el estigma y la discriminación asociada a esta práctica (MYSU, 2020).

Hipótesis de trabajo, preguntas de investigación y objetivos

Hipótesis: A pesar de contar con un marco legal que habilita el aborto voluntario en determinadas circunstancias y que se han implementado servicios legales de aborto en el sistema de salud en Uruguay, se mantienen prácticas de aborto en el sector informal.	
Objetivo general: Describir las trayectorias de interrupción voluntaria del embarazo en el sector informal en un contexto de servicios legales de IVE en Uruguay.	
Pregunta principal: ¿Cómo son vivenciadas las trayectorias de interrupción voluntaria del embarazo en el sector informal en un país que ofrece servicios legales de IVE?	
Objetivos específicos	Preguntas específicas
1- Identificar los factores que determinan que se practiquen abortos en el sector informal cuando existen servicios legales de IVE	¿Qué factores determinan que se practiquen abortos en el sector informal cuando existen servicios legales de IVE?
2- Indagar sobre los motivos por los que mujeres deciden abortar por fuera del sistema de salud	¿Cuáles son los motivos por los que las mujeres deciden abortar fuera del sistema de salud y del marco legal?
3- Describir las experiencias emocionales con respecto al tránsito por un aborto en el sector informal en Uruguay	¿Cómo vivencian las mujeres el tránsito por un aborto en el sector informal en Uruguay?
4- Examinar apreciaciones de actores relevantes sobre esta temática	¿Cuáles son las apreciaciones que realizan actores relevantes asociados a la temática?
5- Explorar las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención de IVE en servicios de salud	¿Cuáles fueron las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención de IVE en los servicios de salud?

Diseño metodológico

Este estudio es de corte cualitativo, con un diseño transversal y observacional descriptivo. La investigación cualitativa se interesa por las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido y genera datos sensibles al contexto social en el que se producen, abarcando la comprensión de la complejidad del mismo (Mason, 1996 como se citó en Vasilachis, 2006). Su alcance es exploratorio y descriptivo, teniendo en cuenta que este tipo de estudios se llevan adelante cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes (Hernández Sampieri et al., 1997), como lo es en este caso.

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de entrevistas semi-estructuradas a mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios por fuera del sistema de salud desde 2020, cuando ya se había consolidado la implementación de la ley en los servicios de SNIS. A su vez, ello permite observar el escenario de la pandemia por COVID-19 y los efectos que pudo haber tenido en el acceso a IVE en el SNIS. Se diseñará una muestra intencional de mujeres con distintos perfiles socioeconómicos, lugares de residencia y edades. Para contactar a las mujeres se buscará conectar con redes de acompañantes y organizaciones de mujeres (sociales, de profesionales, comunitarias, culturales) que puedan referir mujeres con perfil para ser incluidas en el estudio. Se las contactará a través de estas organizaciones. Las entrevistas serán individuales, de aproximadamente 60 minutos cada una, manteniendo un margen de flexibilidad en la extensión de las mismas si fuera necesario. Podrán ser presenciales o virtuales vía zoom según la disponibilidad y preferencia de los entrevistados/as. Se elaborarán pautas para su realización que apuntarán a indagar sobre el problema de investigación. Se les informará a las participantes sobre el contenido de la investigación, su cometido, la duración y cantidad de encuentros en los que participarán previo al comienzo de la entrevista. Se realizará una única entrevista con cada participante donde se indagarán los objetivos del estudio con base a su experiencia.

Para conocer la perspectiva de actores clave se utilizará la técnica de grupo focal. Se tomará una muestra intencional compuesta por informantes clave: profesionales de la salud que integran los equipos IVE (ginecólogos/as, trabajadores/as sociales y psicólogos/as), redes de acompañantes, integrantes de organizaciones de migrantes. Se estima realizar dos grupos focales, uno con profesionales que participan en la atención IVE y otro con actores de sociedad civil que participan de redes de acompañamiento a mujeres en situación de aborto. Se elaborará una guía de preguntas abiertas y flexibles que funcionarán como pauta para indagar sobre los objetivos planteados. Cada reunión tendrá

una duración de 90 minutos. Se espera contar con un mínimo de 8 integrantes en cada grupo focal. Los profesionales e integrantes de redes de acompañamiento serán contactadas a través de las asociaciones profesionales y organizaciones sociales, y se conformará una muestra heterogénea de perfiles de profesionales que participan en las instancias de la atención IVE, mediante técnica de bola de nieve.

La realización de los grupos focales buscará explorar los objetivos N ° OE1, OE4 y OE5 de esta investigación, mientras que las entrevistas buscarán explorar los objetivos N° OE1, OE2, OE3 y OE5. A su vez, se presentará la pauta de entrevista a ser puesta en discusión en los grupos, ajustada, validada y posteriormente utilizada en la realización de las entrevistas a las mujeres que hayan transitado un aborto en el sector informal.

Análisis de información

Se seguirán los procedimientos del análisis de contenido. El análisis de datos consistirá en la transcripción del material recolectado y su conversión en un documento donde los datos están simplificados, serán ordenados y clasificados. Se buscarán dimensiones en común en el material para establecer categorías de análisis y códigos. Las categorías serán definidas con un criterio deductivo-inductivo, a partir del contenido del material recolectado (criterio inductivo) y los objetivos de la investigación definidos previamente (criterio deductivo). Luego se dividirán en unidades temáticas que expresan ideas parecidas relevantes para la investigación. Esto permitirá una atribución de significado a los datos y una posterior redacción de documentos en base a ello (Mejía Navarrete, 2011).

Objetivos	Preguntas	Técnicas	Informantes
1- Identificar los factores que determinan que se practiquen abortos en el sector informal cuando existen servicios legales de IVE	¿Qué factores determinan que se practiquen abortos en el sector informal cuando existen servicios legales de IVE?	Grupos focales y entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios en el sector informal, profesionales de la salud que integran los equipos IVE, redes de acompañantes, integrantes de organizaciones de migrantes

2- Indagar sobre los motivos por los que mujeres deciden abortar fuera del sistema de salud	¿Cuáles son los motivos por los que las mujeres deciden abortar fuera del sistema de salud y del marco legal?	Entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios en el sector informal
3- Describir las experiencias emocionales con respecto al tránsito por un aborto en el sector informal en Uruguay	¿Cómo vivencian las mujeres el tránsito por un aborto en el sector informal en Uruguay?	Entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios en el sector informal
4- Examinar apreciaciones de actores relevantes sobre esta temática	¿Cuáles son las apreciaciones que realizan actores relevantes asociados a la temática?	Grupos focales	Profesionales de la salud que integran los equipos IVE, redes de acompañantes, integrantes de organizaciones de migrantes
5- Explorar las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención de IVE en servicios de salud	¿Cuáles fueron las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el acceso a la atención de IVE en los servicios de salud?	Grupos focales y entrevistas semi-estructuradas	Mujeres que hayan experimentado abortos voluntarios en el sector informal, profesionales de la salud que integran los equipos IVE, redes de acompañantes, integrantes de organizaciones de migrantes

Consideraciones éticas

Esta investigación se rige por lo postulado en el Decreto N°158/019 relativo a la investigación con seres humanos y el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a en Uruguay, aprobado en el año 2001. Ambos documentos velan por la protección de las personas involucradas en proyectos de investigación. Este proyecto deberá contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología y registrada

ante el MSP para ser llevado adelante. Desde la Bioética deben preservarse la dignidad y los Derechos Humanos de todos los participantes en todos los casos. Se actuará según los principios éticos de respeto y autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. La investigación deberá cumplir las obligaciones y responsabilidades acordadas previamente con las personas participantes y deberá ser cuidadosa en el manejo posterior de la información recabada.

Se velará por minimizar los riesgos potenciales para las personas participantes y maximizar los beneficios potenciales para la sociedad, debiendo estos ser proporcionales o exceder los riesgos (Noreña et al. 2012). Se buscará obtener el consentimiento libre e informado de todas las personas que participen de esta investigación, pudiendo retirarlo en cualquier momento de la misma, y por el respeto de la igualdad y dignidad de todos ellos/as. En el reconocimiento de la sensibilidad de la información compartida y sus posibles consecuencias a nivel jurídico y social para quienes la brindan se protegerá la identidad de las personas involucradas en este estudio, resguardando su anonimato y la privacidad de la información que brinden a partir de la asignación un número o pseudónimo para identificarlos. En todos los casos prevalecerá el bienestar de los participantes sobre los fines académicos (Noreña et al. 2012). Se buscarán las vías y mecanismos para que las personas participantes puedan acceder a los resultados del estudio en formatos asequibles. Se contemplará que si la participación en el estudio generase malestar emocional o requerimientos de acompañamiento jurídico en las mujeres participantes que han experimentado las experiencias de aborto en el sector informal estas serán conectadas con los servicios de apoyo que dispone la Universidad de la República en el área jurídica y/o psicosocial.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MES																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Revisión de antecedentes y marco teórico																		
Elaboración de pauta de entrevistas																		
Convocatoria a grupos focales e																		

Realización de grupos focales (2)														
Realización de entrevistas														
Desgrabación de entrevistas														
Análisis de datos														
Redacción de documentos/artículos														
Difusión de resultados en eventos académicos y a participantes														

Resultados esperados

Se espera conocer las trayectorias de interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres en el sector informal en Uruguay, país que ofrece servicios legales de IVE bajo condiciones determinadas, indagando sobre los motivos que las llevan a tomar esta decisión y las experiencias emocionales por las que transitan. Asimismo, se busca conocer las apreciaciones de actores clave asociados a la temática. Se aspira a comprender cómo se vivenció, mediante los diferentes actores, el acceso a la atención en IVE durante la pandemia del COVID-19 y las consecuencias que la misma provocó en las formas de vivir y acceder a la atención. Por último, este estudio buscará contribuir a la producción de conocimiento sobre la temática en Uruguay y funcionar como antecedente de la misma, así como fomentar la reflexión sobre las condiciones legales actuales y en el acceso a los servicios.

Referencias

Abracinskas, L., Morelli, M. & Puyol, S. (2025) Estudio sobre criminalización por aborto en Uruguay. [Informe Nacional]. Mujer y Salud en Uruguay.

https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2025/07/SSM_resumen_ejecutivo_Informe_uruguay-1.pdf

Abracinskas, L. & López-Gómez, A. (coord.) (2007) El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004. MYSU. Montevideo.

Berro Pizzarossa, L. (2018) Legal barriers to access abortion services through a human rights lens: the Uruguayan experience, *Reproductive Health Matters*, 26:52, 151-158, DOI: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1422664>

Berro Pizzarossa, L., Farías Rodríguez, C., Muller Betancor, E. & França Scheffer, O. (2025) (Re)significando el aborto: a 10 años de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay. Descentralizada, 9(2), e266.

<https://doi.org/10.24215/25457284e266>

Briozzo, L. (Coord.) (2002) Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Sindicato Médico del Uruguay. TRADINCO S.A.

Chemlal, S. & Russo, G. (2019) Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Women's Health*, 19 (55). <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0751-0>

Coordinadora de psicólogos del Uruguay., Sociedad de Psicología del Uruguay., Facultad de

Psicología, Universidad de la República y Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. (2001). Código de ética profesional del psicólogo/a.
<https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Correa, S. & Pecheny, M. (2016) *Abortus interruptus: política y reforma legal del aborto en Uruguay*. MYSU, Montevideo

Decreto N° 158/019 de 2019. [Poder ejecutivo]. Decreto N° 158/019. Relativo a la investigación con seres humanos. 12 de junio de 2019.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Esengen, S. (2024) 'We had that abortion together': abortion networks and access to il/legal abortions in Turkey. *Culture, Health & Sexuality*. 26(9) 1119–1133.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2301410>

Giudice, L. (2023) Las condiciones de legalidad del aborto en Uruguay: El poder médico y la autonomía de las mujeres. *REV. IGAL*, I (2), 82-97.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana de México.

Hernández-Rosete, D. & Estrada, R. (2018) Una etnografía del aborto clandestino en contextos de interrupción voluntaria del embarazo. Estudio de caso entre estudiantes de la Ciudad de México. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. (30). pp.79-98. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.04.a>

Kerestes, C., Sheets, K., Stockdale, C.K., & Hardy- Fairbanks, A.J. (2019) Prevalence, attitudes and knowledge of misoprostol for self-induction of abortion in women

presenting for abortion at Midwestern reproductive health clinics, Sexual and Reproductive Health Matters, 27:1, 118-125, DOI:
<https://doi.org/10.1080/09688080.2019.1571311>

López-Gómez, A., Couto, M., Píriz, G., Monza, A., Abracinskas, L. & Ituarte, M.L. (2017) Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay: estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. Salud Pública Mex. 59:577–82.
doi: <https://doi.org/10.21149/7937>

López- Gómez, A. & Couto, M. (2017) Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. Descentralizada 1(2)
<http://orcid.org/0000-0001-9975-7297>

López Gómez, A. (2015) Mujeres y aborto: el papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido. En: Ramos S, editora. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Lima: CLACAI, CEDES, PROMSEX, Population Council. p. 83-110. Disponible en:
<http://clacaidigital.info/handle/123456789/668>

López Gómez, A., Couto, M. & Abracinskas, L. (2021) La legalización del aborto voluntario en Uruguay: nuevas interrogantes a partir de las experiencias de las mujeres. En: Cedeño Peña L, Tena Guerrero O, (Coord). Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. pp. 65-95. Disponible en:
<https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1528/2021%20%20Interrupcion%20embarazo%20desde%20la%20experiencia%20de%20las%20mujeres.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Luchetti, G; Albardonedo, V; Alfonso, M.A (2024) Socorristas en red: Soporte comunitario a la autogestión del aborto en Argentina. *Salud Colectiva* | ISSN 1851-8265.
<https://doi.org/10.18294/sc.2024.4810>

Mejía Navarrete, J. (2011) Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. (ReLMIS), (1), 47-60.

Estudios Sociológicos Editora.

<http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/realmis/article/view/11/13>

Ministerio de Salud Pública. (2024) Informe sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2013- 2024 [Informe].
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe_IVE_2013-2024_Final.pdf

MYSU. (07 de diciembre de 2020) Lanzamiento de “las Lilas” Red de Acompañamiento Feminista en Aborto de Uruguay. Mujer y Salud en Uruguay.
<https://www.mysu.org.uy/multimedia/noticia/lanzamiento-de-las-lilas-red-de-acompanamiento-feminista-en-aborto-de-uruguay/>

MYSU. (2021) *Aborto en Cifras. Datos de Uruguay al 2021*. [Hoja informativa].
<https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2021b-Aborto-en-Cifras.pdf>

Noreña, A.L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J.G. & Rebolledo-Malpica, D. (2012) Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Revista Aquichan* 12(3) 2012 263-274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>

Organización Mundial de la Salud. (2022) Directrices sobre la atención para el aborto. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ortiz, J., Blades, N. & Prada, E. (2024) Motivations for using misoprostol for abortion outside the formal healthcare system in Colombia: a qualitative study of women seeking postabortion care in Bogotá and the Coffee Axis. *Reproductive Health* 21 (76) <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01814-0>

Ortíz, O. (2010). Acompañar para empoderar: Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto. López Uribe, O., López Uribe, E (Coord).<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/613/guia-acompanamiento-aborto-final.pdf>

Ralph, L., Foster, D., Raifman, S., Biggs, A., Samari, G., Upadhyay, U., Gerdts, C., Grossman, D. (2020) Prevalence of Self-Managed Abortion Among Women of Reproductive Age in the United States. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29245>

Stapff, C. & Rieppi, L. (2019) El proceso de despenalización del aborto en Uruguay: Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas- Ministerio de Salud Pública. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa-ive_2020-02-10-webo.pdf

Stifani, B.M., Couto, M., López-Gómez, A. (2018) From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* Oct;143 Suppl 4:45–51. doi: 10.1002/ijgo.12677. PMID: 30374984.

Ustá, M.B., Mitchell, E.M.H., Gebreselassie, H., Brookman-Amissah, E. & Kwizera, A. (2008) Who is Excluded When Abortion Access is Restricted to Twelve Weeks? Evidence from Maputo, Mozambique, *Reproductive Health Matters*, 16:sup31, 14-17, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31386-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31386-X)

Vasilachis de Gialdino, I. (2006) La investigación cualitativa en I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1^a ed., pp. 23-64) Gedisa, S.A.

Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., Darney, B.G. (2022) "Sigue siendo un sistema precario".

Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas. Cad. Saúde Pública; 38(4)

<https://doi.org/10.1590/0102-311XES124221>

Wollum, A., De Zordo, S., Zanini, G., Mishtal, J., Garnsey, C., Gerdts, C. (2024) Barriers and delays in access to abortion care: a cross-sectional study of people traveling to obtain care in England and the Netherlands from European countries where abortion is legal on broad grounds. Reproductive Health (2024) 21:7

<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01729-2>