

## Embarazo y migración: vivencias de mujeres migrantes en Uruguay \*

Pregnancy and migration: experiences of migrant women in Uruguay

Gravidez e migração: experiências de mulheres migrantes no Uruguai

Katia Marina Silva<sup>1</sup>

1. Universidad de la República, Uruguay.

Email: [katiamarina.com@gmail.com](mailto:katiamarina.com@gmail.com) / ORCID: 0000-0002-8513-4221

\* Tesis de maestría *Embarazo y migración: vivencias de mujeres migrantes en Uruguay*. Autora: Silva, K. Tutoras: Mugico, M; Hirigoyen, C. Udelar. (2025). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/53060>

### Resumen

Uruguay cuenta, hoy en día, con una presencia significativa de mujeres migrantes en edad reproductiva. Esta investigación tiene como objetivo comprender la vivencia de una gestación cursada en contexto de migración reciente a través del rol desempeñado por las redes de apoyo y la opinión de las mujeres sobre la atención en salud. El enfoque es cualitativo, de tipo fenomenológico; la población son mujeres migrantes residentes en Montevideo y área metropolitana (Uruguay), que culminaron un embarazo durante los primeros dos años consecutivos a su radicación y entre 2008 y 2024. Los resultados destacan el sentimiento de soledad relacionado con

redes de apoyo insuficientes y una valoración positiva de la atención sanitaria. Se identificaron, además, el rol de género, de la cultura de origen y la dificultad para acceder legalmente a la interrupción voluntaria del embarazo. Como conclusiones, se sugiere fomentar redes de apoyo de calidad, abordar la salud mental de las personas migrantes, modificar la normativa relativa a la interrupción voluntaria del embarazo y desarrollar la competencia cultural en profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** Embarazo; Migración Humana; Redes de Apoyo Social; Calidad de la Atención en Salud; Acontecimientos que Cambian la Vida.

## Abstract

Uruguay currently has a significant presence of migrant women of reproductive age. This study aims to understand the experience of pregnancy in the context of recent migration, through the role played in support networks and women's opinions on health care. The approach is qualitative and phenomenological; the study population consists of migrant women residing in Montevideo and the metropolitan area (Uruguay), who completed a pregnancy within the first two years of their settlement, between 2008 and 2024. The results highlight feelings of loneliness related to insufficient support networks and a positive assessment of healthcare. The study also identified gender roles, the influence of culture of origin, and difficulties in legally accessing voluntary termination of pregnancy. The conclusions suggest promoting high-quality support networks, addressing the mental health of migrants, modifying regulations regarding voluntary termination of pregnancy, and developing cultural competence among healthcare professionals.

**Keywords:** Pregnancy; Human Migration; Social Support; Quality of Health Care; Change Events.

## Resumo

O Uruguai apresenta atualmente uma presença significativa de mulheres migrantes em idade reprodutiva. Esta pesquisa visa compreender a experiência da gravidez no contexto da migração recente, através do papel desempenhado pelas redes de apoio e as opiniões das mulheres sobre os cuidados de saúde. A abordagem é qualitativa e fenomenológica; a população do estudo consiste em mulheres migrantes residentes em Montevideu e na região metropolitana (Uruguai) que engravidaram nos primeiros dois anos de sua chegada ao país, entre 2008 e 2024. Os resultados destacam sentimentos de solidão relacionados à insuficiência das redes de apoio e uma avaliação positiva dos cuidados de saúde. O estudo também identificou o papel do gênero, a influência da cultura de origem e a dificuldade de acesso legal à interrupção voluntária da gravidez. As conclusões sugerem a promoção de redes de apoio de alta qualidade, a atenção à saúde mental das migrantes, a modificação das regulamentações relativas à interrupção voluntária da gravidez e o desenvolvimento da competência cultural entre os profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Gravidez; Migração Humana; Redes de Apoio Social; Qualidade da Assistência à Saúde; Acontecimentos que Mudam a Vida.

Recibido: 17/03/2026

Aceptado: 27/05/2026

## Introducción

La coyuntura política y socioeconómica de Sudamérica y del Caribe, así como la relativa estabilidad de Uruguay desde el año 2007, han incidido en los movimientos migratorios regionales. En 2009 se produjo una reversión del saldo migratorio, como consecuencia de la disminución de la presión emigratoria, el retorno de uruguayos y la llegada de inmigrantes latinoamericanos y caribeños.<sup>(1)</sup> Aunque el perfil de estos inmigrantes y sus países de procedencia han evolucionado en función de la situación política y económica de los países emisores, la mayoría todavía consta de adultos jóvenes. Entre ellos, más de la mitad son mujeres en edad reproductiva.<sup>(2)</sup> Sin embargo, en términos cualitativos, es poca la relevancia otorgada a la migración femenina en Uruguay y, de hecho, la búsqueda de antecedentes reveló la escasez de estudios nacionales dedicados a la temática. El presente estudio se basa en los resultados de una investigación original realizada en el marco de una Maestría en Salud Comunitaria entre 2023 y 2025 y apunta a comprender la vivencia de mujeres extranjeras que cursaron un embarazo en Montevideo y área metropolitana de Uruguay en contexto de migración reciente. Se define aquí la vivencia como la elaboración subjetiva de la experiencia de vida constituida por la gestación.<sup>(3)</sup>

El último censo de Uruguay (2023), indicó una población de 61810 personas nacidas en el exterior y radicadas en el país después del 2012, independientemente de su nacionalidad.<sup>(4)</sup> Las estadísticas muestran, por orden decreciente, los siguientes lugares de nacimiento: Venezuela, Argentina, Cuba, Brasil, Colombia, España, Perú, Estados Unidos, Chile y República Dominicana. Si se aplica el criterio de la regularización para cuantificar la evolución del proceso migratorio, 16970 personas tramitaron su residencia permanente en 2024. Entre ellos predominaron argentinos (4499), cubanos (2724), brasileños (2554), venezolanos (1794) y colombianos (906). Estas cifras demuestran la prevalencia del continente americano (91,9%) respecto a Europa (6,4%), Asia (3,5%) y África (0,2%).<sup>(5)</sup> La otra modalidad de ingreso de personas extranjeras es mediante el sistema del refugio. Cifras avanzadas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

indican 21174 solicitantes de asilo en junio de 2023, procedentes de Cuba (16128), Venezuela (3139), República Dominicana (851), Senegal (196), Bangladesh (152), Perú (84), Ecuador (47), Marruecos (46) y Nigeria (37). El número de personas que gozan de la condición de refugiados se eleva a 1245 (venezolanos, colombianos, sirios, salvadoreños, cubanos, nigerianos, ucranianos, angoleños, cameruneses y rusos, por orden decreciente).<sup>(6)</sup> El ACNUR también establece una categoría de personas que necesitan protección internacional (principalmente venezolanos), la cual abarca a 29080 individuos. Si se le suman los 7 apátridas que cuenta el país, el número total de personas que entran en la órbita del ACNUR se eleva a 51502 al primer semestre de 2023. Esta cifra era de 10601 en 2017, lo cual significa un aumento de casi 80% en 6 años. Entre esta población, predominan las mujeres (60%) y la franja etaria entre 18 y 59 años (85%).<sup>(6)</sup>

En el ámbito jurídico, los derechos y deberes de las personas migrantes están establecidos por la Ley N.º 18250 (de Migración),<sup>(7)</sup> mientras que solicitantes de refugio y refugiados son amparados por la Ley N.º 18076 (de Refugio).<sup>(8)</sup> Ambas leyes le garantizan a esta población los mismos derechos que los ciudadanos nacionales en cuanto al acceso a la educación, salud, vivienda y trabajo. Para beneficiarse de la atención sanitaria, la persona extranjera debe demostrar su calidad de residente en trámite o la constancia de solicitud de la condición de refugiado. Con ello, puede afiliarse a la asistencia pública de salud del país (Administración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE), y así gozar de la integralidad de sus prestaciones en forma gratuita, siempre y cuando sus ingresos no superen un monto establecido.<sup>(9)</sup> La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reglamenta el derecho a la protección de la salud y estipula que todo extranjero que demuestre su intención de radicarse en el país será amparado por la ley.<sup>(10)</sup> La ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) constituye la única excepción a esta situación de igualdad, ya que la Ley 18987 (2012), estipula que la mujer extranjera que desee interrumpir su gestación deberá acreditar un período de residencia igual o mayor a un año.<sup>(11)</sup>

## Objetivo

El objetivo del estudio fue comprender la vivencia de mujeres extranjeras que cursaron un embarazo en contexto de migración reciente en Uruguay. Para ello, se identificaron las redes de apoyo con las que contaban y su opinión acerca de la atención en salud recibida.

## Metodología

El estudio se realizó con una metodología cualitativa de tipo fenomenológico, enfocada en la comprensión de la vivencia del embarazo. Con el propósito de abarcar un amplio rango de experiencias y perspectivas, se optó por una muestra de máxima variación.<sup>(12)</sup> Se establecieron como criterios de inclusión la nacionalidad extranjera, la residencia en Montevideo y su área metropolitana y el haber culminado un embarazo durante los primeros dos años consecutivos a la radicación en Uruguay, posteriormente a la implementación del SNIS (2008) y con al menos cinco consultas prenatales. Para la selección de las participantes se contemplaron, además, la diversidad en edad, país de procedencia, idioma dominante y nivel educativo. La estrategia muestral se realizó mediante seis bolas de nieve iniciadas en organizaciones de la sociedad civil (osc), en una escuela pública y en distintos colectivos y comunidades migrantes. La saturación de la muestra se alcanzó con trece entrevistas, al haber logrado respuestas novedosas, que respondieran a los objetivos de la investigación. Finalmente, se incorporaron 13 mujeres, cuyas características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1. Los datos se recolectaron mediante entrevistas individuales presenciales, según la técnica cualitativa conversacional.<sup>(13)</sup> Estas fueron realizadas en el idioma elegido por la entrevistada, dentro de los cuatro dominados por la investigadora (español, francés, inglés y portugués). El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo de 2024 y marzo de 2025 en Montevideo y su área metropolitana. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 a 50 minutos. La guía semiestructurada se diseñó con un orden progresivo, desde preguntas generales sobre la experiencia migratoria hacia otras más específicas, vinculadas con la vivencia del embarazo. El análisis del contenido se desarrolló según el esquema propuesto por Minayo: ordenación, clasificación y análisis propiamente dicho.<sup>(3)</sup> Mediante lecturas sucesivas, se identificaron los fragmentos significativos de las transcripciones. Se asignaron los códigos correspondientes a cada categoría analítica, en base a descriptores expresados en los relatos. Se optó por una codificación mixta, basada en conceptos preestablecidos y en datos novedosos aportados por la investigación. La codificación teórica, con enfoque deductivo, se sustentó en conceptos procedentes de la literatura existente y en el conocimiento de la investigadora en el campo de la migración. La codificación abierta, de índole inductiva, fue generada a partir de la información brindada por las entrevistas (Tabla 2).

## Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta los parámetros éticos establecidos por el Decreto N.º 158/019 relativo a la investigación en seres humanos<sup>(14)</sup> y los principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos, así como la Ley N.º 18331 de protección de datos personales.<sup>(15)</sup> Se obtuvo el aval del Comité Ética de la Facultad de Enfermería de la Udelar en base al protocolo de investigación. La pauta de entrevista, la nota explicativa del estudio y el consentimiento informado fueron elaborados en los cuatro idiomas abarcados por la investigación. El consentimiento fue firmado por cada participante luego de la lectura de la nota explicativa y su anonimato fue garantizado mediante la anonimización de sus datos personales.

## Resultados

Se entrevistaron a trece mujeres de ocho países distintos, cuatro idiomas, niveles socio educativos desde primaria a formación universitaria y un rango etario comprendido entre los 22 y los 41 años. Diez entrevistadas llevaban menos de un año en el país cuando quedaron embarazadas y tres llegaron con su gestación en curso. Tanto la situación de pareja, la edad, el nivel socio educativo como la cobertura de salud correspondieron al momento en que cursaron el embarazo.

**Tabla 1.** Perfil sociodemográfico de la muestra Montevideo, Uruguay (mayo 2024-febrero 2025)

| Identificación de caso | Nacionalidad             | Idioma               | Nivel educativo culminado | Año de gestación | Edad | Cobertura salud                                   | Pareja |
|------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|------------------|------|---------------------------------------------------|--------|
| M1                     | África sur occidental    | Portugués<br>Francés | Terciario                 | 2019             | 37   | Pública                                           | Sí     |
| M2                     | Rep. Dominicana          | Español              | Primario                  | 2019             | 34   | Pública                                           | Sí     |
| M3                     | África centro occidental | Francés              | Universitario             | 2022             | 37   | Pública                                           | No     |
| M4                     | Cuba                     | Español              | Terciario                 | 2024             | 28   | Pública                                           | Sí     |
| M5                     | Cuba                     | Español              | Universitario             | 2020             | 30   | Pública                                           | Sí     |
| M6                     | Cuba                     | Español              | Universitario             | 2020             | 30   | Privada                                           | Sí     |
| M7                     | Cuba                     | Español              | Terciario                 | 2023             | 22   | Pública                                           | Sí     |
| M8                     | Cuba                     | Español              | Universitario             | 2023             | 41   | Pública y Privada<br>(Cambio durante el embarazo) | Sí     |
| M9                     | Venezuela                | Español              | Universitario             | 2019             | 35   | Privada                                           | Sí     |
| M10                    | África central           | Inglés<br>Francés    | Secundaria                | 2013             | 23   | Privada                                           | Sí     |
| M11                    | Rep. Dominicana          | Español              | Primaria                  | 2017             | 20   | Privada                                           | Sí     |
| M12                    | Chile                    | Español              | Terciaria                 | 2021             | 33   | Pública                                           | Sí     |
| M13                    | México                   | Español              | Universitaria             | 2020             | 34   | Privada                                           | Sí     |

Fuente: Entrevistas  
Elaboración propia

Tabla 2. Proceso de codificación

| Códigos iniciales                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Subcategoría                                     | Categoría analítica                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Organizaciones no Gubernamentales<br>Servicios e instituciones estatales                                                                                                                                                                                                                                                | Redes formales                                   | Redes de apoyo                          |
| Familiares de 1° grado: cónyuge, padres, hijos/as, hermanos/as<br>Familiares de 2° grado: tíos/as, abuelos/as, primos/as hermanos/as<br>Familiares de 3er grado: tíos/as y primos/as lejanos/as, familiares políticos<br>Integrantes de la comunidad de origen<br>Integrantes de la comunidad de acogida (uruguayos/as) | Redes informales                                 |                                         |
| Gratuidad<br>Calidad de las infraestructuras, abundancia de insumos<br>Autonomía y respeto en el manejo del embarazo<br>Cordialidad, calidez en el trato<br>Profesionalismo                                                                                                                                             | Valoraciones positivas                           | Valoración de la atención salud         |
| Burocracia, sistema poco adaptado a extranjeros/as<br>Inseguridad generada por escasos controles<br>Discriminación / racismo<br>Falta de interés en atender personas de otras culturas<br>Barrera legal para el IVE                                                                                                     | Valoraciones negativas                           |                                         |
| Presiones para continuar el embarazo                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Influencia de la pareja o de familiares cercanos | Rol de género y de la cultura de origen |
| Tabú de la IVE<br>Deseo de ser madre de varios hijos                                                                                                                                                                                                                                                                    | Autopercepción del rol y deber ser de la mujer   |                                         |
| Desconocimiento previo de la normativa<br>Limitación económica para comprar la medicación en el mercado negro<br>Miedo a transitar un procedimiento ilegal                                                                                                                                                              |                                                  | Acceso a la IVE                         |

Fuente: Entrevistas  
Elaboración propia

### Redes de apoyo

Se definen las redes de apoyo como el cúmulo de vínculos conformados por personas, colectivos y organismos públicos o privados que conforman el conjunto de eventuales recursos a movilizar en situaciones de necesidad.<sup>(16)</sup> En términos operativos, se consideraron, por un lado, las redes informales (pareja, familiares o conocidos) y, por el otro, redes formales constituidas por organismos estatales o privados, organizaciones internacionales y OSC.

Fueron pocas las entrevistadas que mencionaron redes de apoyo formales como sostén importante. De hecho, solo una se refirió a los equipos de salud y a otras instituciones públicas en respuesta a la pregunta “¿con quién/es pudo contar para apoyarla durante su embarazo?”:

[J'ai pu compter] beaucoup sur les équipes de soins. Autant du côté brésilien que du côté uruguayen. Et avec les gens du MIDES et de la Fenf (Traducción: Pude contar mucho con los equipos de salud, tanto del lado brasilero como uruguayo. Y con la gente del MIDES y de la Facultad de Enfermería). (M3, África centro occidental)

En los demás casos, este tipo de redes (profesionales sanitarias y osc), aparecieron espontánea y aleatoriamente:

Recuerdo cuando conocí a una enfermera que no tenía hijos y salió embarazada al mismo tiempo que yo, tuvo una nena. [...] A veces paso por el [Hospital] Pereira [Rossell] y la voy a visitar. Se hizo muy amiga mía. (M2, Rep. Dominicana)

Uma vez que eu fui ao hospital [grávida] porque estava sangrando, veio alguém de Idas y Voltas e falou com os médicos, porque eu não conseguia entender se era grave ou não. (Traducción: Una vez fui al hospital [embarazada] porque estaba sangrando y vino alguien de [la osc] Idas y Vueltas y habló con los médicos, porque yo no entendía si era grave o no). (M1, África sur occidental)

En cuanto a redes informales, su importancia sobresale a través de su escasez o, muchas veces, de su ausencia: en cuatro de los relatos, la palabra “nadie” fue la respuesta a la pregunta “¿Con quién pudo contar para apoyarla durante su embarazo?

Para me acompanhar?... Não, realmente não tinha ninguém. (Traducción: ¿Para acompañarme? ... No, no tenía realmente a nadie). (M1, África sur occidental)

Casi nadie me apoyó, estábamos solos con mi pareja, como quien dice. (M2, Rep. Dominicana)

Pour m'aider au jour le jour, [il n'y avait] personne. (Traducción: Para ayudarme en el día a día, no había nadie). (M3, África centro occidental)

El tema del embarazo, el llegar acá y no tener a nadie, de verse sin un apoyo, con tantas cosas nuevas para uno. Que es difícil, sí. Difícil, es. (M8, Cuba)

Estas situaciones de aislamiento acontecen en el marco de procesos de ruptura familiar con hijos, padres y/u otros familiares dejados en el país de origen, lo que agudiza los sentimientos de tristeza y añoranza:

Extrañé a mi hija y a mi madre. A mi familia, como quien dice, porque acá estaba sola con mi pareja. (M2, Rep. Dominicana)

Ma famille. Ma mère, ma sœur [me manquaient]. (Traducción: [Extrañaba a] mi familia. Mi madre, mi hermana. (M3, África centro occidental)

Extraño a mi familia. Realmente, a mi familia [...]. Yo creo que cuando tenga a mi hija aquí y a mi mamá va a ser otra cosa, no me voy a sentir tan sola. Porque acá me siento muy sola. (M4, Cuba)

Echaba [de] menos, dejé a mi hijo. Mi mamá, mi familia, todo el mundo [...] cuando llegó el frío, me quería morir, yo decía, voy para atrás. (M8, Cuba)

Para aquellas mujeres que pudieron contar con redes de apoyo, las que estaban en pareja destacan el rol predominante del cónyuge:

[Mi esposo] y yo lo asumimos como uno, o sea, los dos estábamos ahí. (M5, Cuba)

Igual el papá me ayudó bastante, no me puedo quejar. (M11, Rep. Dominicana)

Mi pareja igual siempre preocupado [...] con todos los temas relacionados a la alimentación, a las idas al médico, controles, organizarse. (M12, Chile)

En segundo lugar, sobresalen los familiares directos previamente radicados en Uruguay:

[Pude contar] con mi familia acá primero, mi hermana, mi cuñado. Mi hermana es... la mejor hermana del mundo. (M9, Venezuela)

[Pude contar] con mi mamá, mi tía [...] Sí, me sentí acompañada. (M11, Rep. Dominicana)

Luego, familiares políticos:

Acá he contado mucho con los primos de mi esposo, que han sido un apoyo. Ellos son los vecinos también, porque nos han conseguido esta renta, por suerte para que saliéramos de la pensión, donde tenía que estar subiendo y bajando escaleras y era un poco complicado con el embarazo. Y con los más que hemos contado es con ellos ha sido con ellos, la verdad. (M4, Cuba)

Y acá está la familia de mi pareja que, bueno, es mi suegra y su hermana, esa es toda la familia, que dentro de todo es un gran respaldo igual. (M12, Chile)

También se mencionan integrantes de la comunidad nacional de origen:

Y ahí me ayudaron las muchachas cubanas que conocí en esa pensión. Me querían cantidad [...]

En el embarazo, estuvieron las cinco y me cuidaron ellas. (M7, Cuba)

Y en menor medida, uruguayos:

También la que me ayudó fue la encargada de la pensión, una uruguaya. Me facilitó muchas cosas, estaba pendiente de mí, si estaba bien. (M7, Cuba)

### *Atención en salud*

Se define la atención en salud como el conjunto de servicios y recursos brindados por el sistema sanitario y sus profesionales mediante la prevención de enfermedades, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.<sup>(17)</sup> En cuanto a su definición operativa, se consideró la valoración de estos servicios por parte de las participantes durante el embarazo.

En términos generales, se destaca la buena calidad de la atención y del trato recibidos. Las mujeres hacen particular hincapié en la libertad que les otorgaron el sistema de salud uruguayo y sus profesionales en la conducción del embarazo:

Acá tú eres dueña de tu vida. Si quieres ingresar por algo específico, te dicen bueno, quieres hacértelo, como me dijeron a mí para el PAP [...] te lo podemos hacer si tú lo deseas [...] O sea que no es nada impuesto. [...] Acá respetan tus decisiones. (M4, Cuba)

Yo me sentí muy bien, muy segura y respetada en todo el proceso que tuvo que ver con el embarazo, muy bien. (M5, Cuba)

También insisten en la humanización de la atención y su influencia positiva sobre el estado emocional durante la gestación y el parto:

El proceso de parto fue hermoso, las parteras un amor, increíble, porque mi fuente [de] comparación es Cuba, donde es una carnicería, la verdad, el proceso del parto «si tú abriste las piernas, ábre las ahora», una cosa así y aquí que si la lucecita, que, si tú cómo te quieres poner, un respeto increíble, entonces, hermoso. (M5, Cuba)

Rien à voir avec mon pays, autant au Brésil qu'en Uruguay. Là-bas tout le monde te maltraite, si tu cries pendant l'accouchement ou quand on te fait le toucher ils te disent « Ah, mais quand

tu étais là-bas tu ne criais pas, alors ne crie pas ici non plus. (Traducción: Nada que ver acá con mi país, tanto en Brasil como en Uruguay. Allí todos te tratan mal, si gritas en el parto o cuando te hacen el tacto, te dicen «Ah, pero cuando estabas allá no gritabas, entonces tampoco grites acá. Acá todo el mundo te habla bajito, te dicen por favor súbase acá, por favor gírese a la derecha, a la izquierda»). (M3, África centro occidental)

Prefiro dar à luz aqui do que no meu país. Aqui eu me senti muito confortável, eles me deixaram livre de fazer o que eu queria. No meu país não é assim, vão começar a te incomodar, como se você fosse uma menina. Aqui eles estavam eles, me protegiam, cuidavam muito de mim. (Traducción: Prefiero dar a luz acá que en mi país. Acá me sentí muy cómoda, me dejaban hacer lo que quería. En mi país [...] van a empezar a rezongarte, como si fueras una niña. Aquí estaban conmigo, me protegían, me cuidaban). (M1, África occidental)

Me recibió una ginecóloga que nunca le vi la cara, por el barbijo, pero que me acompañó desde que ingresé, hasta que me fui. [...] Y cuando nació mi hijo le di la mano y le digo «decime tu nombre», me lo dijo y le agradecí porque fue así como... me sentí muy acompañada de ella, vos sabés, fue como muy importante su presencia. (M12, Chile)

En comparación con el país de origen, se observa una valoración positiva de la atención médica quirúrgica, en el caso de haber sido sometida a una cesárea:

Nada que ver con Dominicana, acá es mucho mejor. Solo mira la cesárea que me hicieron allá, ¿cómo vas a hacer una cesárea así? [Muestra una cicatriz vertical mediana infra umbilical]. Acá los tuve por parto natural, allá son muy brutos. (M2, Rep. Dominicana)

La gratuidad de la atención fue un argumento positivo destacado en una de las entrevistas:

La suerte es que acá tienes la opción de la salud pública, que no es que te van a cobrar el parto, que tienes que reunir dinero para pagar el parto, que esa es una preocupación grandísima, acá te dan tus beneficios, te dan tu seguridad. (M4, Cuba)

La cantidad de insumos a disposición fue motivo de sorpresa para usuarias cubanas:

Nosotros tenemos muy buenos médicos [...] Pero lo que es el sistema, los insumos, las condiciones son desastrosas. Entonces cuando yo llegué y vi que había jeringuillas, test de embarazo, ¡yo salí de ahí y dije mamá! ¡Jeringuillas! ¡Y test de embarazo! Había de todo, yo

me quedé fría. Porque allá para hacer un análisis tienes que llevar jeringuillas, y nunca hay test de embarazo, eso no existe. (M4, Cuba)

La atención acá es mejor. [...] En Cuba no hay materiales, todo está escaso. Pero por la parte profesional, todo super bien, atienden bien también. (M7, Cuba)

En cuanto a críticas, emerge la complejidad administrativa del sistema de salud uruguayo:

Lo que me llamó la atención es el tiempo que pierdes para conseguir una hora, para que te den fecha para un estudio y luego pedir fecha de vuelta con el médico para que te lo revise. ¡Ya! ¡Como que si tienes algo grave, te mueres! (M9, Venezuela)

Respecto a la atención en sí misma, M11 relata las reticencias de su ginecóloga, cuando le expresó su deseo de tener otro hijo:

Yo estaba en la pública, con una ginecóloga muy buena también, pero no quería que me sacara los tubitos [el implante]. Ella me decía «no, tú estás joven, todavía», pero ya yo sentía que yo quería y el papá también me decía «vamos a tener otro, ¿cuándo vamos a tener otro?» [...] La médica de salud pública entendía que quizás yo estaba muy joven todavía y que estaba bien con una sola. (M11, Rep. Dominicana)

La usuaria M13 comenta la falta de entendimiento con su primer ginecólogo tratante, aunque no logra discernir si era atribuible a factores culturales o simplemente humanos:

Yo fui y me atendí con el primer médico que estaba cerca. Y no sé, tuve como tres prenatales con él y me caía mal. Pero es de esas situaciones donde no sabes si es la cultura o es el médico y yo me sentía, ahí sí... no vulnerada, pero veía que era fácil vulnerarme en mi situación de extranjera. Además, en ese tiempo no podía entrar la pareja, por el covid. Entonces yo iba sola a las consultas y, siendo extranjera, sentía que no entendía lo que yo decía, capaz el 40 % de lo que yo preguntaba, yo creo que, por el acento, vamos a darle el beneficio de la duda. (M13, México)

Dos mujeres, ambas de origen africano, relatan el racismo que percibieron en algunas situaciones:

En Uruguay il y avait plus de rejet à cause de ma couleur de peau. Parce qu'il y a moins de noirs. Par exemple, au Brésil, le gynécologue qui m'a touchée, et ben elle était noire, mais noire hein. En Uruguay, ce n'est pas comme ça, donc il y a plus de racisme. Par exemple, une fois la

gynécologue, pour me palper le ventre, il a mis des gants. Juste le ventre hein, il n'a rien palpé à l'intérieur. Je pense que si j'avais été blanche, il n'aurait pas mis de gants. (Traducción: En Uruguay había más rechazo por mi color de piel. Porque hay menos negros. En Brasil, la ginecóloga que me tocó, era negra. Pero negra mismo. En Uruguay no es así, entonces hay más racismo. Por ejemplo, una vez el ginecólogo para palparme la panza se puso guantes. Solo la panza, no hizo ningún tacto por dentro. Pienso que, si hubiera sido blanca, no se habría puesto guantes). (M3, África centro occidental)

I felt a little racism, yes, sometimes, because of my skin color. It's a feeling, I can't say anything in particular, but I felt that they treated me different, yes. (Traducción: Sentí un poco de racismo, a veces, por mi color de piel. Es una sensación, no puedo decir nada en particular, pero sentía que me trataban diferente, sí). (M11, África central)

Finalmente, dos mujeres cubanas expresaron el mismo sentimiento de inseguridad respecto a una atención considerada demasiado laxa, en el caso de embarazos de riesgo:

Me toman la presión, tengo 15/9 y me mandan para mi casa muy normal. Yo sé que eso no es normal. En Cuba no hubiese pasado, en Cuba yo hubiese estado todo mi embarazo, prácticamente, internada. (M8, Cuba).

Mi hija nació con una malformación congénita que nunca se la habían descubierto durante el embarazo, un meningocele. No sé si decirlo de este modo, pero no sé si tenía todas las competencias o es que trabajan muy rápido o es que no le ponen atención a todo, no sé [...]

Hubo cosas que se pasaron por alto. (M6, Cuba).

### *Rol de género y de la cultura de origen*

El género es el conjunto de normas, valores y roles relativos a la cultura y a un deber ser social, que dictan las formas en que deben comportarse varones y mujeres.<sup>(18)</sup> En cuanto a definición operativa, se consideraron los elementos relacionados al deber ser de la mujer —ya fueran propios de las entrevistadas o procedentes de terceros—, que incidieron en decisiones vinculadas con el embarazo. Como sistema simbólico propio de una comunidad, la cultura expresa determinada realidad física y social, conformada por códigos, tradiciones, valores sociales y creencias religiosas comunes.<sup>(19)</sup> En términos operativos, se tomaron en cuenta los aspectos de la cultura de origen que repercutieron en la conducción y vivencia de la gestación.

Para M7, la opinión de su madre fue determinante para seguir adelante con el embarazo:

Y mi mamá no quiso que me lo sacara porque me dijo que ella estaba muy lejos. Porque si a mí me pasaba algo a mí, porque yo ya había tenido tres interrupciones en Cuba. (M7, Cuba)

En el caso de M8, pesó el deseo de su esposo:

Pero luego bueno, mi esposo no tiene hijos, en Cuba nosotros llevábamos 5 años casados y yo nunca salí embarazada, entonces él me dijo no, vamos a tenerlo, hay que tenerlo. (M8, Cuba)

En el caso de M2, afloran convicciones producto de su cultura y/o religión de origen, por las cuales no llegó a considerar la IVE como una opción viable:

Lo de abortar lo pensé, pero nunca pregunté. Seguí adelante con mi embarazo. En Dominicana, no se usa eso, yo nunca tuve un aborto, ni nada de eso. (M2, Rep. Dominicana)

Sin embargo, M11 reivindica su deseo de ser madre de varios hijos:

Porque... qué pasa, aquí, por lo que yo tengo entendido, no hay muchas mujeres que paren. Muy pocas quieren parir. Entonces yo lo que tengo es... no que me molestará, pero yo... ¡quiero parir! ¡Mientras otras no quieren yo quiero, aprovéchenme! [risas] Que crezca la generación. (M11, Rep. Dominicana)

### *Barrera legal para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*

La IVE es un procedimiento (quirúrgico o farmacológico), mediante el cual se interrumpe un embarazo en curso.<sup>(11)</sup> En cuanto a aspectos operativos, se tuvo en cuenta el factor legal como obstáculo para recurrir a esta opción. De las cinco entrevistadas que se plantearon la posibilidad de una IVE, tres no lo concretaron por esta limitación, ya fuera por desconocimiento de la ley, limitaciones económicas o reticencias ante un procedimiento ilegal:

Je me suis sentie complètement dépassée. Qu'est-ce que je vais faire maintenant, qu'est-ce que je vais devenir ? Si j'avais pu avorter, je l'aurais fait. Mais j'avais aucune idée. (Traducción: Me sentí totalmente superada. Qué voy a hacer ahora, ¿qué va a ser de mí? Si hubiera podido abortar, lo habría hecho. Pero no tenía idea). (M3, África centro occidental)

Yo le había dicho [a mi esposo] pues si estoy embarazada voy a hacerme un aborto porque no es el momento indicado. Pero bueno, después averigüé y me dijeron hay personas que se compran las pastillas y lo hacen ellas mismas. Le pregunté a una muchacha que conocía y me dijo te voy averiguar, pero me parece que no se puede. [...] Entonces busqué en Google, en las

leyes y eso y decía que tenías que llevar más de un año de residencia ahí, para poder hacer el aborto. Ahí dije bueno, cuando me toque el primer control, preguntaré ahí. Y entonces ellas me dijeron que no se podía, que tenía que pasar por una comisión y ahí me di cuenta. Yo por el mercado negro no me atreví a pasar. (M4, Cuba)

Estaba trabajando y bueno, no lo estaba buscando [...] Fui de hecho a sacármelo y todo, pero no pude sacármelo, me dijeron que tenía que llevar un año en el país, tener la residencia, no sé cómo era. Y después me dijeron que de unas pastillas... Pero nos costaban mucho las pastillas, nos costaban 14000 pesos, teníamos justo esos 14000 pesos para pagar la renta. Nos costaba 14000 pesos la renta y no teníamos para la comida. Y era o sacármelo, pero si me lo sacaba no teníamos dónde vivir porque la renta sí o sí había que pagarla. (M7, Cuba)

## Discusión

### *Embarazo y migración: un doble desafío*

La migración genera experiencias emocionales vinculadas a la pérdida repentina de cierta identidad individual y a la privación de conexiones familiares y comunitarias, combinadas con la necesidad de adaptarse a una nueva realidad sociocultural. Estas emociones conforman el duelo migratorio, inherente, en mayor o menor grado, a todo desplazamiento.<sup>(20)</sup> A su vez, la maternidad, representa un acontecimiento generador de grandes cambios físicos y psicológicos en la mujer.<sup>(21)</sup> El cúmulo de la migración y del embarazo es susceptible, por lo tanto, de generar condiciones de mayor incertidumbre y, en algunos casos, un duelo migratorio complicado.<sup>(20, 22-23)</sup> En este sentido, cabe destacar que ninguna de las entrevistadas se benefició de una primera atención en salud mental capaz de detectar semejante cuadro, cuanto menos de un acompañamiento en la etapa del embarazo.

Por otro lado, el acceso al mercado laboral y a una vivienda particular son los elementos materiales más cruciales en cualquier proceso de radicación. En la primera etapa de su estadía, las personas migrantes suelen acceder a trabajos informales, que les obligan a vivir en pensiones. Casi todas las entrevistadas se encontraban en esta situación de precariedad material durante su gestación y se vieron expuestas a desigualdades vinculadas con el género que incidieron negativamente en su proceso de salud y enfermedad (PSE), tanto físico como mental.<sup>(24)</sup> A su vez, el tópico de la mujer migrante como sustento económico de su familia es revelador de patrones de trabajo y consumo propios del sistema capitalista, acumulados aquí

con los mandatos de la sociedad patriarcal.<sup>(25-27)</sup> Ambos fomentan dinámicas de poder generadoras de inequidades, que afectan principalmente a poblaciones vulnerables como en este caso, las mujeres migrantes.<sup>(24, 28-30)</sup>

### *Importancia de las redes apoyo*

El factor esencial para una vivencia positiva del embarazo es la presencia y calidad de las redes de apoyo, en particular las definidas como informales. En contexto de migración reciente, las redes de primera elección están conformadas por la pareja, familiares directos o, en menor medida, por familiares alejados o políticos, previamente radicados. En efecto, el poco tiempo de estadía limita la existencia de redes locales, constituidas por integrantes de la comunidad de origen o de otras nacionalidades, incluida la uruguaya. En situaciones en que las mujeres migran exclusivamente con su pareja, varias rescatan el papel preponderante y, de cierta forma, inesperado del varón, ya que no cuentan con el apoyo tradicionalmente brindado por las mujeres de su círculo familiar.

Estas redes de apoyo informales no solamente representan un sostén esencial en términos de afinidad vincular, sino también cultural. En contexto de desplazamiento y más aún si es reciente, esta doble proximidad constituye un elemento altamente protector. Sin embargo, aquellas mujeres que deben enfrentar solas un sistema de valores desconocido, con códigos conductuales y de comunicación que no dominan, se verán expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad.<sup>(29)</sup>

### *Valoración de la atención en salud*

La mayoría de los relatos transmiten una valoración muy positiva de la atención en salud. Las mujeres aprecian en particular la gratuidad y el amplio alcance de las prestaciones, el buen trato por parte de los profesionales, la libertad y el respeto en la atención y la calidad de las infraestructuras sanitarias.

Si se consideran los aspectos negativos, conviene distinguir entre, por un lado, los inherentes a limitaciones estructurales de la idiosincrasia y condiciones sanitarias de Uruguay y, por otro, los relacionados con expectativas de las mujeres que proceden, en buena medida, de su contexto de origen.

Dos mujeres procedentes de países africanos refieren haber percibido actitudes racistas por parte de profesionales sanitarios. La entrevistada mexicana interpreta las carencias de la atención como representativas de la falta de curiosidad de los profesionales sanitarios (y de los uruguayos en general), por las distintas culturas, creencias y sensibilidades de la

población migrante. Estudios dedicados a la competencia cultural en salud confirman que este tipo de actitudes de rechazo o falta de empatía se deben, principalmente, al desconocimiento de los profesionales sanitarios respecto a cómo abordar poblaciones culturalmente diversas.<sup>(31-33)</sup> Ese espacio vacío se carga, entonces, de estereotipos en torno a la cultura de origen, que corre el riesgo de ser estigmatizada. Sayad recuerda que semejantes actitudes alimentan mecanismos invisibles de exclusión sociocultural, independientes de las medidas de regularización formal implementadas por el Estado, como la concesión de un documento de identidad o la integración al sistema de salud.<sup>(30)</sup> El trato diferencial percibido por algunas entrevistadas remite también al concepto de interseccionalidad, según el cual la mujer tiende a sufrir múltiples exclusiones debidas a la diferencia de género, a las cuales pueden sumarse otras de índole racial, étnica, socioeconómica o pertenencia a subculturas marginales.<sup>(31)</sup> Ese trato distintivo también puede analizarse a través del prisma de la Determinación Social de la Salud (DDS-b), que señala el rol esencial de las relaciones de poder en la forma diferenciada en que las personas transitan su proceso de salud-enfermedad según la clase social, el género o la etnia a la que pertenecen.<sup>(30-31)</sup> Esta clave de interpretación cobra particular sentido en el caso de las entrevistadas, pues todas reúnen la triple característica de ser mujeres, extranjeras y cursar un embarazo en un ámbito sociocultural desconocido, con escasas redes de apoyo. Varias suman, además, un fenotipo africano o afrodescendiente, un nivel socioeducativo bajo y su corolario más frecuente, una situación económica precaria.

En cuanto a expectativas, las entrevistadas cubanas se sorprenden de la libertad otorgada por el sistema de salud uruguayo, que contrasta con el control estricto ejercido por el Estado cubano sobre todos los aspectos de la vida ciudadana, incluido el embarazo. Las que cursaron una gestación de bajo riesgo valoraron esa autonomía, mientras que las dos entrevistadas que se enfrentaron a un embarazo de riesgo habrían preferido un control más estricto. Este es otro ejemplo de la influencia de la cultura de origen en aspectos relacionados con (in)seguridad percibida durante el embarazo, en relación a las condiciones brindadas por el sistema sanitario.<sup>(32)</sup> El caso de la ginecóloga reticente a la hora de retirar un implante anticonceptivo, recuerda que los profesionales tienden a actuar en base a pautas procedentes del paradigma de salud vigente en su propia cultura, en contradicción con los valores de la interculturalidad, que aboga por la aceptación recíproca y el respeto de decisiones vinculadas con la identidad cultural de cada individuo.<sup>(33)</sup> Un abordaje intercultural implicaría, por lo tanto, que el profesional sanitario pueda replantearse el paradigma de la salud sexual y salud reproductiva (SSYSR), según el cual la anticoncepción es el camino privilegiado para la auto realización de la mujer joven.<sup>(34)</sup>

Ahora bien, el abordaje intercultural implica, en primer lugar, la asimilación de un conjunto de conocimientos, herramientas y prácticas reunidas bajo el concepto de competencia cultural.<sup>(33)</sup> En Uruguay no existe un programa formativo específico dirigido a profesionales de la salud. Antecedentes internacionales exponen los contenidos de una formación en competencia cultural en salud, desarrollada en el posgrado: la adquisición de conocimientos acerca de la cultura de origen y problemas de salud prevalentes, el aprendizaje del inglés como principal idioma de interfaz y la incorporación de herramientas de la comunicación intercultural, la elaboración de mecanismos participativos, que habiliten a la población atendida expresar su demanda, el acercamiento con los distintos colectivos migrantes y sus referentes comunitarios, susceptibles de actuar como mediadores culturales en el marco de la atención en salud y la construcción de estrategias de trabajo interdisciplinario e interprofesional (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, relaciones internacionales, antropología).<sup>(35-38)</sup>

### *Género y cultura*

Como hallazgo se identificó la vigencia de roles y valores estructurantes asociados a la cultura de origen y al género, que incidieron en decisiones importantes respecto a la conducción y vivencia del embarazo. Se asume aquí que las expectativas vinculadas al género forman parte de la gran dimensión denominada «cultura», que cada individuo trae consigo, como resultado de su educación y de las pautas vigentes en cuanto a relaciones familiares, códigos y valores sociales.<sup>(19)</sup> Este conjunto objetivado de referencias -mentales y corporales- determina no sólo la percepción individual, sino también la organización concreta y simbólica de lo colectivo.<sup>(39-41)</sup> El orden social, producto de estas referencias, está tan profundamente arraigado que no requiere justificación, sino que se impone como una evidencia para quienes están sujetos a él.<sup>(39)</sup> A escala macro, resulta llamativo que, a pesar de contar con una normativa precursora en términos de acceso a derechos, el Estado uruguayo no haya desarrollado políticas o estrategias públicas con perspectiva de género específicamente dirigidas a mujeres migrantes. Uno de los motivos plausibles es la percepción de que estas mujeres tienen prioridades más importantes que la de atender sus SSYSR como, por ejemplo, la de insertarse en el mercado laboral u obtener condiciones habitacionales dignas. De esta manera, se genera una especie de jerarquización, en la cual los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSYDR) son considerados como un asunto secundario.<sup>(38)</sup>

Por otra parte, los relatos revelan la incidencia de esquemas mentales, sociales, culturales y/o religiosos procedentes de la comunidad de origen, que inciden en las representaciones del rol de la mujer, de la madre y en la noción de familia.<sup>(18, 39-40)</sup> La vigencia de estos mandatos se expresa a través de las presiones ejercidas en el seno de la pareja o del núcleo familiar que, muchas veces, dictan la decisión de seguir adelante o no con un embarazo, más allá del deseo de la mujer o de sus convicciones. En este sentido, se comprueba que, más allá del empoderamiento relativo que les confieren los procesos migratorios contemporáneos, las mujeres siguen siendo sujetas a determinadas expectativas sociales y familiares vinculadas al género<sup>(43)</sup> y a mandatos procedentes de los estratos más profundos de su cultura original <sup>(28,40)</sup>. En este contexto, las representaciones de género introducen una distinción importante, relativa a un deber ser social y cultural,<sup>(18)</sup> cuya influencia en el (des)encuentro con la realidad del país de acogida no debe ser subestimada.

### *Embarazo no deseado*

Finalmente, la barrera legal para acceder a la IVE en el caso de mujeres con menos de un año de residencia resultó ser un tema frecuente, reflejado en investigaciones anteriores.<sup>(38, 41)</sup> Este requisito adicional al artículo 13 de la Ley N.º 18987 pretende evitar que mujeres de países limítrofes acudan a Uruguay para interrumpir su gestación. Sin embargo, termina excluyendo de la prestación a mujeres efectivamente radicadas en el país, pero que no cumplen con el año de permanencia. Las que desean interrumpir un embarazo se ven obligadas, entonces, a transitar un proceso clandestino, al no considerarlas como residentes *de facto* y negarles el acceso a una IVE segura, el Estado alimenta situaciones de vulneración de derechos cristalizadas, en este caso, en una atención en salud diferenciada.<sup>(29)</sup> Esta disposición contradice los DSYDR planteados por la normativa internacional de *adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación*.<sup>(42)</sup> En cierta medida, también se opone a la normativa nacional: en primer lugar a las leyes de refugio y migración, que estipulan que la población migrante solicitante de refugio y refugiada gozará de los mismos derechos que los nacionales;<sup>(7-8)</sup> en segunda instancia, a la ley sobre el SNIS, cuya definición de salud destaca el enfoque de derechos inherente a la ley y la obligación del Estado de asegurar el acceso a los servicios sanitarios para todos aquellos que residen en territorio uruguayo, independientemente de su nacionalidad;<sup>(10)</sup> finalmente, la limitación del acceso a la IVE constituye un incumplimiento de la propia ley sobre SSYSR, que inviste el Estado de la responsabilidad de garantizar *condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población*.<sup>(43)</sup>

## **Limitaciones del estudio**

Se identificó que, a mayor nivel de estudios, mayor era la participación de la entrevistada, más elaboradas sus respuestas y mayor la interacción con la investigadora. Este punto puede significar que la pauta de entrevista se adaptó mejor a mujeres con alto nivel de estudios, —aunque no fuera la voluntad de la investigadora—, o cabe la posibilidad de que la propuesta general de conversar acerca de una vivencia tiene mejor cabida en una población con mayor nivel de estudios, independientemente del abordaje metodológico. A favor de esta última hipótesis, existe bibliografía que confirma que el nivel de estudios procedente de la educación formal incide en la capacidad de elaboración mental del entrevistado, que le permite compartir ciertos códigos intelectuales y de lenguaje con el entrevistador.<sup>(44)</sup> Otra clave de interpretación lleva a considerar que, cuando el investigador procede de la cultura receptora, éste es quien construye, en gran medida, el tipo de relacionamiento, el proceso de investigación y los resultados obtenidos.<sup>(45)</sup>

## **Conclusiones y sugerencias**

Los resultados de la investigación confirman la importancia de las redes de apoyo, en particular las informales. En cuanto a la atención en salud, predomina una valoración positiva de la calidad de las prestaciones y del trato recibidos. El hallazgo más llamativo fue la dificultad para acceder a la IVE en condiciones regulares, para aquellas mujeres que no cuentan con el año de residencia obligatorio. Estos testimonios son reveladores de un tabú que invisibiliza situaciones de extrema vulnerabilidad e impide que se generen precedentes y conocimiento científicamente avalado, susceptibles de modificar un estado de situación discriminatorio. La segunda dimensión hallada fue la importancia del rol de género y de la cultura de origen. En este sentido, la cultura trasciende las aspiraciones individuales y condiciona no solamente decisiones concretas como la de seguir o interrumpir un embarazo, sino también la propia vivencia, relacionada con la (no) maternidad y sus consecuencias.

La primera sugerencia es la de favorecer el desarrollo de las redes de apoyo: las conformadas por familiares directos deben ser fomentadas a través de los mecanismos oficiales existentes, como la reunificación familiar. Para aquellas que no disponen de tales recursos, deben incentivarse las osc y colectivos existentes en territorio que desarrollan actividades de

inclusión sociocultural y apoyo emocional (grupos de mujeres, esencialmente), sumamente valiosos. Por otro lado, debe mejorarse la captación temprana de situaciones de vulnerabilidad socioeconómica e implementar los mecanismos de apoyo formales a disposición: asignación familiar, subsidio para el alquiler de vivienda o exoneración de costos para los trámites de regularización migratoria.

Otra sugerencia es la de otorgar mayor importancia a la dimensión de la salud mental en contexto de migración reciente. El estrés que implica un embarazo en condiciones de precariedad —económica, habitacional y afectiva—, incrementa, además, el riesgo para la salud mental de la mujer. Sin embargo, es escasa la relevancia otorgada a esta problemática y no existen dispositivos formales (públicos o privados) dedicados a una primera atención.

En tercera instancia, se sugiere contribuir a la mejora del abordaje terapéutico e investigativo, mediante la adquisición y profundización de la competencia cultural. Por su dimensión, a la vez específica y de amplio alcance, esta formación debería realizarse a través de una especialización interdisciplinaria en posgrado, que abarque conocimientos teóricos (clínicos y epidemiológicos), herramientas comunicacionales y experiencias prácticas.

Finalmente, resulta necesario revisar el artículo 13 de la Ley N.º 18987 relativo al acceso a la IVE para extranjeras. Este requisito deja desprotegidas física y psicológicamente a mujeres en la etapa más vulnerable de su proceso migratorio. Deberían, por ende, elegirse criterios más pertinentes para demostrar la radicación, como la constancia de una solicitud de refugio o un trámite de residencia iniciado.

En definitiva, el estudio abre perspectivas para futuras líneas de investigación, que permitirán profundizar en la comprensión de la vivencia migratoria. Este conocimiento contribuirá a construir un marco jurídico más equitativo, a enriquecer la formación de los profesionales sanitarios y, así, a implementar estrategias de apoyo y cuidado mejor adaptadas a la población migrante en general y a las mujeres en particular.

## **Referencias bibliográficas**

1. Koolhaas M. Migración internacional de retorno en el Uruguay y reinserción laboral en tiempos de crisis económica internacional, 2011-2013. Notas Poblac [Internet] 2016; 43 (103):123-47. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/44993b37-32bd-496e-bbfb-697b4e0dc b10/content> [consulta:12 ene 2026].
2. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Caracterización de las nuevas corrientes migratorias en Uruguay: nuevos orígenes latinoamericanos. [Internet]. 2016. Disponible en:

- <https://monotributo.mides.gub.uy/innovaportal/file/76604/1/caracterizacion-de-las-nuevas-corrientes-migratorias-en-uruguay.pdf> [consulta: 12 ene 2026].
3. Minayo de Souza MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva* [Internet] 2010; 6(3):251-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002> [consulta: 12 ene 2026].
  4. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2023: Población estimada, crecimiento intercensal y estructura por sexo y edad de Uruguay. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www5.ine.gub.uy/documents/CENSO%202023/Poblaci%C3%B3n%20estimada,%20crecimiento%20intercensal%20y%20estructura%20por%20sexo%20y%20edad.pdf> [consulta: 12 ene 2026].
  5. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico nacional 2025: residencias concedidas por año de resolución según continente y país. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2025-vol-102/24-residencia/242-residencias> [consulta: 12 ene 2026].
  6. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Hoja informativa estadística Uruguay, junio 2023. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.acnur.org/media/hoja-informativa-estadistica-acnur-uruguay-junio-2023> [consulta: 12 ene 2026].
  7. Migración. Ley N.º 18.250 de 17 enero de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_Migraciones\\_Uruguay.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_Migraciones_Uruguay.pdf) [consulta: 12 ene 2026].
  8. Derecho al refugio y a los refugiados. Ley N.º 18.076 de 5 enero de 2007. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1004522.htm> [consulta: 12 ene 2026].
  9. Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Trámites afiliatorios: requisitos de afiliación para migrantes. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Tramites-afiliatorios-14545https://www.asse.com.uy/contenido/Tramites-afiliatorios-14545> [consulta: 12 ene 2026].
  10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Motivos y proyecto de ley al Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. 2007. Disponible en: [http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_web/proyectos/2007/03/S276\\_15%2009%202006\\_00001.PDF](http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/proyectos/2007/03/S276_15%2009%202006_00001.PDF) [consulta: 12 ene 2026].
  11. Interrupción voluntaria del embarazo. Ley N.º 18.987 del 22 octubre de 2012. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012> [consulta: 12 ene 2026].
  12. Crabtree BF, Miller WL, ed. *Doing qualitative research*. London: SAGE Publications; 1999.
  13. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://josedominguezblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/06/tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigaci3b3n-social1.pdf> [consulta: 12 ene 2026].
  14. Investigación en seres humanos. Decreto N.º 158/019 de 12 de junio de 2019. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019> [consulta: 12 ene 2026].

15. Protección de datos personales. Ley N.º 18.331 del 11 agosto de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008> [consulta:12 ene 2026].
16. Sacconi RC. Redes de apoyo social en contexto migratorio: decisión de emigrar, adaptación y mercado laboral: argentinos en Málaga (2005-2009) [tesis] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.855/te.855.pdf> [consulta:12 ene 2026].
17. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud de calidad. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> [consulta:12 ene 2026].
18. Martínez Benlloch I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. [Internet]. 2005. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo\\_02.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf) [consulta:12 ene 2026].
19. Lévi-Strauss C. Raza y cultura. Madrid: Cátedra; 2015.
20. Castillo Lobos LO, Contreras Vásquez LP, Hermosilla Aldea EY. La supervivencia por sobre el ideal de maternidad: experiencias de duelo migratorio de las madres migrantes en Chile. *Salud Colect* [Internet] 2023;19:e4649. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2023.v19/e4649/> [consulta:12 ene 2026].
21. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Curioso origen de la palabra embarazada. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2015;41(1):90-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog151k.pdf> [consulta:12 ene 2026].
22. Battaglini A, Gravel S, Boucheron L, Fournier M, Brodeur JM, Poulin C, et al. Quand migration et maternité se croisent: perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Serv Soc* [Internet] 2002 ;49(1):35-69. Disponible en: <https://www.erudit.org/en/journals/ss/2002-v49-n1-ss543/006877ar.pdf> [consulta:12 ene 2026].
23. Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel Y, Danet F, Monloubou C, et al. Migration et soins périnataux: une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir* [Internet] 2013; 25:285-307. Disponible en: <https://shs.cairn.info/revue-devenir-2013-4-page-285?lang=fr> [consulta:12 ene 2026].
24. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Publica* [Internet] 2013; 15(6):797-808. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf> [consulta:12 ene 2026].
25. Sassen S. Formación de los condicionantes económicos para las migraciones internacionales. *Ecuador Debate* [Internet] 2004; 63:63-88. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3791/4/RFLACSO-ED63-05-Sassen.pdf> [consulta:12 ene 2026].
26. Garcia M, Paiewonsky D. Género, remesas y desarrollo: el caso de la migración femenina de Vicente Noble, República Dominicana. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/cd0307-11.pdf> [consulta:12 ene 2026].
27. Álvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, et al. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reprod Health*

- [Internet] 2015; 12(1):1–10. Disponible en:  
<https://research-ebsco-com.proxy.timbo.org.uy/linkprocessor/plink?id=b3c662db-c6df-3e9c-b684-4024ae184020> [consulta:12 ene 2026].
28. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet] 2013 ;31(1):13-27. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002) [consulta:12 ene 2026].
29. Eslava Castañeda J. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev Salud Publica* [Internet] 2017;19(3). Disponible en:  
<https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403/> [consulta:12 ene 2026].
30. Sayad A. Estado, nación e inmigración: el orden nacional ante el desafío de la inmigración. *Apuntes Investig CECYP* [Internet] 2008;13:101-16. Disponible en:  
<http://www.apuntescecy.com.ar/index.php/apuntes/article/view/122/107> [consulta:12 ene 2026].
31. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *Univ Chic Legal Forum* [Internet] 1989;140:139-167. Disponible en:  
<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf> [consulta:12 ene 2026].
32. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M. Cultures and organizations: software of the mind. [Internet]. 2010. Disponible en:  
[https://e-edu.nbu.bg/pluginfile.php/900222/mod\\_resource/content/1/G.Hofstede\\_G.J.Hofstede\\_M.Minkov%20-%20Cultures%20and%20Organizations%20-%20Software%20of%20the%20Mind%203rd\\_edition%202010.pdf](https://e-edu.nbu.bg/pluginfile.php/900222/mod_resource/content/1/G.Hofstede_G.J.Hofstede_M.Minkov%20-%20Cultures%20and%20Organizations%20-%20Software%20of%20the%20Mind%203rd_edition%202010.pdf) [consulta:12 ene 2026].
33. Martínez Manuel F, Martínez J, Calzado VI. La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. *Psychosoc Interv* [Internet] 2006; 15(3):331-50. Disponible en:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a07.pdf> [consulta:12 ene 2026].
34. Urrutia Pérez C, Correa-Matus E, Cabieses Valdés B, Obach King A. ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *CUHSO* [Internet] 2022 ; 32(1):493-513. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/cuhsotem/v32n1/2452-610X-cuhsotem-00205.pdf> [consulta:12 ene 2026].
35. Comboni Salinas S, Juárez Núñez JM. Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. *Reencuentro* [Internet] 2013; 66:10-23. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/340/34027019002.pdf> [consulta:12 ene 2026].
36. Université de Genève. Santé et diversités: comprendre et pratiquer les approches transculturelles. Certificat d'Études Avancées (CAS). [Internet]. Disponible en:  
<https://www.unige.ch/formcont/cours/sante-divers> [consulta:12 ene 2026].
37. Marina K, Balado L, Ferreira J. Gestión del cuidado em salud em población migrante: construyendo una práctica interdisciplinaria. *Rev Iberoamericana Bioética* [Internet] 2022 (18): 01-13. Disponible en:

<https://revistas.comillas.edu/bioetica-revista-iberoamericana/es/article/view/17033/15765>  
[consulta:12 ene 2026].

38. Caccia M, Urruzola J. Migramos con nuestras raíces: ¿y con nuestros derechos? En: Uriarte P, Fossatti L, Firpo E. De aquí y de allá: aproximaciones antropológicas a los procesos contemporáneos de movilidad humana en Uruguay. [Internet]. 2024. p.57-68. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47389/1/Uriarte\\_De%20aqui%20y%20de%20alla\\_FHCE.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47389/1/Uriarte_De%20aqui%20y%20de%20alla_FHCE.pdf) [consulta:12 ene 2026].
39. Lamas M. El género es cultura. [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El\\_genero\\_es\\_cultura\\_Martha\\_Lamas.pdf](https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/El_genero_es_cultura_Martha_Lamas.pdf) [consulta:12 ene 2026].
40. Olivera M, Sánchez Trujillo LA. Género: ¿estructura estructurante de la migración? En: Olivera M. Feminismo popular y revolución: entre la militancia y la antropología. [Internet]. 2024. p.293-324. Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2022/08/Mercedes-Olivera-Antologia-Esencial.pdf> [consulta:12 ene 2026].
41. Baizer Cassab S. Situación de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres migrantes de origen venezolano en Bogotá: aportes para una política pública basada en derechos sexuales y reproductivos [tesis de maestría][Internet]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/53408/24365.pdf> [consulta:12 ene 2026].
42. Salud sexual y reproductiva. Ley N.º 18.426 del 1 diciembre de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [consulta:12 ene 2026].
43. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. [Internet]. 1994. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf) [consulta:12 ene 2026].
44. Bourdieu P. La distinction: critique sociale du jugement. Paris: Éditions de Minuit; 1979.
45. Uriarte P. Investigar la movilidad humana desde la antropología y en el presente. En: Uriarte P, Fossatti L, Firpo E. De aquí y de allá: aproximaciones antropológicas a los procesos contemporáneos de movilidad humana en Uruguay. [Internet]. 2024. p.9-28. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47389/1/Uriarte\\_De%20aqui%20y%20de%20alla\\_FHCE.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47389/1/Uriarte_De%20aqui%20y%20de%20alla_FHCE.pdf) [consulta:12 ene 2026].

**Disponibilidad de datos:** El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

**Contribución de autores:** Katia Marina Silva realizó la conceptualización del trabajo.

**Nota editorial:** Este artículo fue aprobado por los editores de la revista Prof. Adj. José Luis Priore y Prof. Asist. Camila Olivera.

