

Susana Rostagnol

Aborto voluntario
y relaciones de género:
políticas del cuerpo
y de la reproducción



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CSIC

bibliotecaplural

ABORTO VOLUNTARIO Y RELACIONES
DE GÉNERO: POLÍTICAS DEL CUERPO
Y DE LA REPRODUCCIÓN

Susana Rostagnol

ABORTO VOLUNTARIO Y RELACIONES
DE GÉNERO: POLÍTICAS DEL CUERPO
Y DE LA REPRODUCCIÓN

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria, en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la CSIC, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2014.

Para facilitar la lectura se optó por usar los ginecólogos, los hijos, para referirse a los y las ginecólogas y los y las hijas. Asimismo, cuando se pretendía generalizar se usó el masculino. Esto no implica discriminación de género.

© Susana Rostagnol, 2014

© Universidad de la República, 2016

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>

<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1365-0

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, *Roberto Markarian*..... 9

INTRODUCCIÓN..... 11

CAPÍTULO 1. ITINERARIO DE UNA INVESTIGACIÓN,
SUBJETIVIDAD Y COMPROMISO INTELECTUAL..... 13

- Confesiones..... 13
- Reflexión sobre la situacionalidad del conocimiento..... 15
- Mi recorrido..... 16
- Los linajes: la antropología feminista..... 18
- Preocupaciones de la antropología feminista..... 21
- Sobre aborto y género: algunos antecedentes..... 23
- Desde los estudios feministas..... 24
- Desde las ciencias sociales..... 26
- Los estudios sobre el aborto en Uruguay..... 26

Parte 1

Aborto voluntario y relaciones de género: aproximación teoricometodológica

CAPÍTULO 1. ANTROPOLOGÍA FEMINISTA, ABORTO VOLUNTARIO Y POLÍTICAS
DEL CUERPO: APROXIMACIONES TEORICOMETODOLÓGICAS..... 33

- Aproximación teoricometodológica..... 33
- Aproximación etnográfica: prácticas y métodos..... 45
- Investigación antropológica, comité de ética
y consentimiento informado..... 54

Parte 2

El aborto en Uruguay

CAPÍTULO 1. PANORAMA LEGAL Y SANITARIO DEL ABORTO EN URUGUAY..... 59

- Situación legal del aborto en Uruguay..... 59
- Magnitud..... 64
- El aborto desde el ámbito de la salud..... 65

CAPÍTULO 2. DISCURSOS EN TORNO AL ABORTO VOLUNTARIO..... 73

- Los discursos..... 73
- Discurso religioso..... 76
- Discurso médico..... 84
- Discurso feminista..... 87
- Discurso juridicolegal..... 93

Parte 3
Mujeres y ginecólogos frente al aborto

CAPÍTULO 1. LAS MUJERES: SUS PRÁCTICAS Y DISCURSOS FRENTE A UN EMBARAZO NO ESPERADO, LA CONSTRUCCIÓN DE LA DECISIÓN DE ABORTAR Y LA REALIZACIÓN DEL ABORTO	107
Identidad de género y sexualidad: entre la obligación conyugal, la ingobernabilidad y el placer.....	107
El embarazo no esperado.....	111
Construcción de la decisión.....	120
¿Quiénes intervienen en la construcción de la decisión?.....	131
Autonomía y agencia en el proceso de tomar la decisión.....	134
Entre la decisión y la concreción del aborto: el miedo.....	143
Abortos medicalizados y abortos practicados mediante saberes populares	145
CAPÍTULO 2. GINECÓLOGOS: SUS PRÁCTICAS Y DISCURSOS EN TORNO AL ABORTO Y A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES.....	147
El fantasma de la denuncia.....	150
Ginecólogos frente a mujeres que quieren abortar, con abortos en curso o con complicaciones post-aborto.....	154
Las voces de los ginecólogos sobre el aborto.....	162
Aborto, derechos sexuales y derechos reproductivos.....	169
CAPÍTULO 3. LA INSTITUCIÓN MÉDICA Y LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO.....	181
Las instituciones médicas.....	181
La consulta de asesoramiento.....	185
Mujeres, pacientes, casos: efecto <i>Rashōmon</i>	196

Parte 4
Las políticas del cuerpo y la reproducción

CAPÍTULO 1. EL CUERPO EN DISPUTA	201
El cuerpo para las mujeres.....	202
El cuerpo de las mujeres para los ginecólogos	215
El cuerpo de <i>zef</i>	221
Disputas sobre el carácter de persona de <i>zef</i>	223
CAPÍTULO 2. LAS POLÍTICAS DEL ABORTO.....	225
Relaciones de género: discursos, sentidos y prácticas desde el aborto ...	225
Las políticas del cuerpo y de la reproducción puestas en acción con el aborto.....	230
Cambios y permanencias	233
CAPÍTULO 3. POSTSCRIPT.....	237
¿Que se mantiene y que se cambió con la ley de IVE?.....	237
Proceso de referéndum	239
La objeción de conciencia de los ginecólogos	241
¿Qué pasa con las mujeres que abortan?	245
BIBLIOGRAFÍA.....	247
ANEXOS	277
Caracterización de los entrevistados	277
Glosario	284
Siglas.....	285

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior Rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de la grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Introducción

El trabajo trata sobre el vínculo entre el aborto voluntario y las relaciones de género. Se considera que la ocurrencia y el significado del aborto voluntario se corresponde con la forma en que los distintos grupos sociales procesan las relaciones de poder, que caracterizan las relaciones de género a través del control del cuerpo y de la reproducción. Son estas relaciones de poder las que están en juego cada vez que una mujer en situación de aborto se encuentra con un ginecólogo, y también las que están presentes en la sociedad en su conjunto cada vez que se discute sobre el aborto, siendo secundarios los argumentos más generalmente esgrimidos en los debates públicos y parlamentarios, los cuales aluden a la moral, a la ética, están basados en pronunciamientos religiosos, entre otros. Esto hace del aborto voluntario —en sus prácticas y discursos— un fenómeno particularmente interesante para develar la dinámica de la dominación masculina.

El libro se organiza en cuatro partes. Una primera parte da cuenta de la discusión teórica sobre el aborto voluntario desde la antropología feminista; asimismo, se presentan las estrategias metodológicas seguidas en la investigación.

La segunda parte presenta la situación general del aborto en Uruguay y el análisis de los discursos públicos políticos en ocasión del tratamiento legislativo de los proyectos de ley que lo legalizaron, y acerca el entorno con el cual dialogará el texto (capítulos siguientes).

La tercera parte muestra el análisis e interpretación de las prácticas y discursos de las mujeres y los ginecólogos, tanto por separado como en la interacción en el consultorio. En estos capítulos, se expone la construcción de la decisión de abortar, los aspectos que entran en juego, las circunstancias, los actores que intervienen, y se analiza el grado de autonomía que puede tener dicha decisión. En cuanto a los ginecólogos, se establecen las instancias en que pueden entrar en contacto con el aborto (cuando la mujer le manifiesta su deseo de abortar, la recibe en emergencia o cuando la trata por complicaciones post-aborto). La mirada se detiene en el análisis de la interacción entre ginecólogos y mujeres como momentos que pueden potenciar u ocluir el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. El estudio también enseña los cambios que acontecen entre los ginecólogos con respecto al aborto voluntario como consecuencia de la implementación de la ordenanza 369/04 —que incluye la normativa de atención pre- y post-aborto— y de la difusión del uso abortivo de misoprostol.

La cuarta parte es sobre las dinámicas de las políticas del cuerpo y de la reproducción. Las narrativas y prácticas observadas se inscriben en el territorio que está en disputa: el cuerpo de la mujer. El tratamiento del cuerpo como lugar de inscripción de mensajes y de la experiencia ejercida en él; cuerpo intervenido, vivido, embarazado y luego no más embarazado. Se discute la noción de persona con relación al conflicto *mujer/zef* (zigoto, embrión y feto).

Finalmente, se retoma el punto central de la argumentación en cuanto al nexo del aborto voluntario con el «control patrimonial de los cuerpos» (Tamayo, 2001); el aborto como práctica que subvierte el orden de los géneros o como «estrategia de subordinación» (Bourdieu, 2000).

Se coloca, entonces, el acto del aborto como acto político que influye (o tiene la capacidad de hacerlo) sobre las relaciones de poder; de ahí, es que el acto íntimo del aborto de una mujer sea un tema público.

Finalmente, se ha agregado un postscript con una puesta a punto de la temática, ya que en los años inmediatos posteriores a la investigación, hubo cambios.

Itinerario de una investigación, subjetividad y compromiso intelectual

Confesiones

Llevar adelante esta investigación fue un desafío para mí. Desde hace muchos años, me dedico a investigar diferentes aspectos de la realidad a partir de una perspectiva de género y, la mayoría de las veces, feminista. Mi trabajo como antropóloga no está escindido de mí en tanto persona, por lo que mis opciones teórico-metodológicas, así como los temas, tienen que ver con el lugar a través del cual vivo y experiencio el mundo. Los mismos años que llevo de antropóloga milito en el feminismo. Me hice feminista al investigar acerca de la condición de la mujer, el mercado laboral y el trabajo doméstico. Aquellas primeras lecturas y discusiones con mis colegas me llenaron de interrogantes y dudas, lo que desembocó en una ruptura epistemológica (Bachelard, 1953): ya no pude volver a ver el mundo desde el punto en que lo hacía previamente. Desde ese entonces siempre intenté articular mi práctica académica con mi accionar político, opción, por cierto, no sencilla, pero tremendamente enriquecedora por sus interrelaciones e interrogantes.

Fue gracias a mis inquietudes como activista que me acerqué a la problemática del aborto. El feminismo como acción política supone la emancipación de las mujeres y promueve que nos construyamos como sujetos políticos. Ello exige ser agentes, y por lo tanto, tomar todas las decisiones que nos atañe como personas, incluidas las de la maternidad: ser o no ser madres en un momento dado. Como feminista, he militado para producir los cambios legales necesarios tendientes a que las mujeres podamos tomar todas las resoluciones que nos incumben sobre nuestro cuerpo, incluido el aborto.

Mi compromiso politicosocial me llevó a interiorizarme sobre la realidad de las mujeres que pasaban por la experiencia del aborto clandestino y a entrar en contacto con médicos que tenían inquietudes al respecto. El mismo compromiso me acercó a parlamentarios cada vez que el tema se trató en las Cámaras y, por supuesto, a organizaciones de la sociedad civil.

Casi sin darme cuenta, comencé a mirar la problemática haciendo uso de mis herramientas antropológicas, de modo que inevitablemente mis interrogantes antropológicos interfirieron en mi accionar político. La preocupación por las relaciones de poder y por las estructuras de desigualdad que caracterizan la antropología feminista pasó a formar parte de mi abordaje del aborto.

Sin dejar de lado mi activismo en pos de su legalización, el aborto se convirtió en un objeto de estudio. Esta posición de activista y académica en más de una oportunidad me resultó perturbadora; sin embargo, «esa bisagra incómoda entre el saber y el actuar» como la llamara Virginia Vargas (2002) me permitió ciertas reflexiones. El feminismo latinoamericano de los ochenta enfatizaba el carácter político de la subordinación de las mujeres. Luego, en los noventa y ahora en el siglo XXI, los acontecimientos globales llevaron al feminismo a profundizar en otras dimensiones. Sin embargo, teóricamente aún no estaba —ni lo está ahora— totalmente laudado el contenido político de la vida privada de las mujeres donde tradicionalmente se ubican sus sexualidades y sus cuerpos, espacios de subordinación por excelencia. Este aspecto fue central en mi recorrido. Con las conferencias de Naciones Unidas en la década de los noventa,¹ el movimiento feminista proclamó que las democracias solo existen con el cumplimiento de los derechos humanos, y estos incluyen los derechos sexuales y reproductivos. Pensar en el aborto voluntario en este marco me volvía una y otra vez a colocar las políticas de la reproducción y del cuerpo como métodos de subordinación de las mujeres y, por lo tanto, de cercenamiento democrático. Esas eran algunas de las reflexiones provenientes de la «bisagra incómoda». Otro aspecto que deriva de esta situación es la permanente tensión de dos tiempos diferentes: el de la política y la acción, y el de la reflexión y producción de conocimiento, por lo que política y teoría frecuentemente se alejan. Es usual que la premura de la acción política obligue a actuar con escasa reflexión teórica y mucha intuición. A estas incongruencias Julieta Kirkwood las llamó «los nudos de la sabiduría feminista» (Kirkwood, 1986). Supongo que existe una sabiduría feminista anclada en la reflexión crítica sobre nuestras experiencias cotidianas, la cual constituye un mecanismo que también se activa al momento de la investigación académica.

Llevar a cabo este trabajo me insumió más tiempo del previsto. Ahora, siento que fue el necesario para realizar la investigación. Necesité articular acción y reflexión, alejarme de una para luego regresar. Transcurrieron tiempos de hesitaciones, con urgencias militantes que dilataban mi labor académica, pero que paradójicamente también lo alimentaban. Lo prolongado del trabajo de campo me dio la posibilidad de observar el proceso de aplicación de la ordenanza 369/04, que habilita la atención pre- y post-aborto, así como la difusión del uso abortivo de misoprostol; también me permitió asistir a dos períodos donde el Parlamento discutió proyectos de ley que legalizaban el aborto. La articulación de estos hechos contextuales con las prácticas y su sentido para las personas que cotidianamente deben lidiar con el aborto me permitió observar los posibles procesos de cambios.

1 Especialmente, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena, 1993; la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD en inglés), El Cairo, 1994, y la Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995.

Reflexión sobre la situacionalidad del conocimiento

Chandra Mohanty (2003) nos recuerda que nuestro lugar de enunciación determina la manera en que vivimos y concebimos las relaciones de dominación. Esto nos muestra la ausencia de un espacio privilegiado para percibir y pensar; estamos insertos en un contexto sociohistórico que nos habilita a determinadas prácticas cognitivas. Traspasar eso, colocarnos en otra posición de enunciación exige un esfuerzo de reflexividad, de alerta epistemológica en palabras de Pierre Bourdieu, nunca totalmente posible. Todo conocimiento es parcial y está situado (Haraway, 1990; Abu-Lughod, 1991). La propuesta de Donna Haraway no invalida la posibilidad de conocer; tampoco propone que el conocimiento sea relativo, sino que subraya que se conoce desde un determinado lugar, el cual influye en la forma en que se hace y en las categorías a relevar. Al criticar la objetividad en la ciencia, Haraway (1991) propone una «objetividad corporizada y feminista», la cual solo es alcanzable mediante la localización de los saberes y la explicitación de la mirada parcial. El conocimiento siempre será parcial, limitado y localizado, por lo que la responsabilidad del investigador se refiere a las condiciones de producción y relaciones de poder inherentes al proceso de dicho conocimiento.

La situacionalidad del conocimiento, así como su fugacidad, lo escurridizo de sus aseveraciones, ha sido una preocupación de las feministas. Desde principios del siglo XXI, las académicas feministas en América Latina han ido acercándose a fijar su lugar de la enunciación (Cuvi, 2004; Hernández, 2005; Araya Gómez, 2003), postura avizorada prematuramente por Julieta Kirkwood (1986). El feminismo poscolonial, desarrollado a partir del artículo ya clásico de Chandra Mohanty, *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses* (1984), ha promovido esta toma de posición del lugar de la enunciación. Junto con esto, la preocupación por la voz de los subalternos fue problematizada, unida a los efectos de la colonialidad en sus manifestaciones discursivas y en las estrategias de resistencia (Spivak, 2003).

Mi conocimiento situado, como el de otras académicas feministas latinoamericanas, está imbricado en el movimiento. Los feminismos latinoamericanos presentan una «peculiar combinación» (Vargas, 2008) de luchas políticas, manifestaciones públicas, intervenciones urbanas, negociaciones y presión hacia los poderes oficiales, y reflexiones continuas sobre los avances y contradicciones de sus prácticas. Esto ha resultado en una circulación de saberes múltiples y diversos, y, para la elaboración académica, ha significado que «el lugar de la enunciación se construye desde los compromisos de transformación» (Vargas, 2002: 59).

Asimismo, está construido desde mi posición de mujer de mediana edad, antropóloga, madre, feminista, involucrada políticamente, de capas medias, viviendo en la capital de un pequeño país en el sur de América del Sur. Esta reflexión situacional no solo ubica mi discurso en un particular contexto sociohistórico y político, sino también lo que digo y lo que percibo desde un cuerpo que soy yo. Esta idea me acerca a la tradición fenomenológica. Maurice Merleau-Ponty (1993), uno de sus mayores exponentes, se preguntaba: «Ver, ¿no es siempre ver

desde alguna parte?», y, concordante con esto, advierte que la intersubjetividad no es simplemente una dialéctica de intenciones conceptuales, sino algo vivido como intercorporeidad (Merleau-Ponty, 1964). Este razonamiento conduce a la noción de corporeidad (*embodiment* en inglés) desarrollada por el antropólogo Thomas J. Csordas, quien realiza un interesante rescate del pensamiento de Merleau-Ponty para elaborar su conceptualización de corporeidad, apelando a la noción de «estar en el mundo» (Csordas, 1994). Es en el cuerpo que acontece la cultura; el fenómeno de la cultura genera un cuerpo significativo en un mundo de significados.

Mi recorrido

Creo que finalmente este trabajo encierra una síntesis de diversos interrogantes, con los cuales comencé mi itinerario, a los que se sumaron otros surgidos de la experiencia personal y profesional que acompañó el desarrollo de esta investigación. Desde las Conferencias de Naciones Unidas de El Cairo en 1994 y de Beijing en 1995 (y también Cairo ICPD +5 y Beijing +5), donde hubo acalorados debates en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente relativos al aborto, me he preguntado sobre qué aspectos profundos mueve el aborto —más allá de las interpretaciones feministas— que provoca discusiones políticas tan encarnizadas. ¿Es que acaso detrás de esas discusiones se erigen formas diferentes de «estar en el mundo», cosmovisiones incompatibles? ¿Es acaso un tema que concretiza —en el sentido marxista— las diferencias culturales y la avidez por obtener la supremacía y el dominio de la visión del mundo?

A esto se suman cuestionamientos respecto a la división público/privado (¿es el aborto un tema público o privado?; la reproducción, ¿es un tema del Estado o de las personas?) y sus posibles implicancias ideológicas para preservar el *statu quo* de las relaciones de género.

Busqué respuestas profundizando en las formulaciones del feminismo de los ochenta sobre el carácter político de la subordinación. El control de la reproducción es un hecho político que actúa en la vida privada de las mujeres: tenía que averiguar el significado que tal afirmación conlleva. A medida que avancé en la investigación, pude apreciar una diversidad de formas en que las mujeres transitan por el aborto voluntario, y, a diferencia de las expectativas provenientes de mi activismo, no necesariamente constituía una experiencia de empoderamiento. Nuevos cuestionamientos. Mientras que ahondaba en mi relación con los ginecólogos, aumentaban las contradicciones que encontraba en sus prácticas y representaciones, así como mis dudas: más preguntas sin respuestas que mostraban que el tránsito por los cambios no solo es sinuoso, sino también engañoso. Decididamente, en la vida social son mucho más los grises que los blancos y negros.

Intenté permitir que dialogaran los diferentes conocimientos localizados que se intersectaban: la teoría antropológica, la feminista, la antropología feminista, la teoría de derechos humanos y mi compromiso feminista y con los derechos humanos. Pretendí iluminar mi análisis desde la perspectiva de la antropología feminista, de gran desarrollo en el norte, pero aún tímida en los países

de la región. Eso requiere incluir el carácter político que esa adjetivación implica para la disciplina, lo cual me exigió reflexionar sobre cómo conciliar las dos matrices que me guiaban: la crítica feminista y la antropológica.

Debo aceptar que mi abordaje es necesariamente parcial desde sus dos significados: es solo una parte, no la totalidad, y es la parte que yo elijo analizar. Es interesante, tiene una finalidad que trasciende la mera producción de conocimiento, porque en tanto feminista, pretende aportar hacia una situación de mayor equidad de género. Mi compromiso social e intelectual para llevar adelante esta investigación me obligó a administrar constantemente la tensión entre la imposibilidad de imparcialidad y la búsqueda de objetividad (Schaff, 1971). Para ello, tomé una actitud reflexiva sobre mi lugar, el de la antropóloga feminista, en la producción de este conocimiento sobre el aborto voluntario y las relaciones de género, considerando las subjetividades puestas en acción. Tomé de la propuesta del socioanálisis de Bourdieu (2005) el intento de objetivarme mediante la abstracción de mi lugar con relación a las personas con quienes interactuaba en el trabajo de campo, con mis colegas académicos y mis compañeras feministas. Tuve insistentemente que volver sobre mis pasos a fin de dar cuenta de las herramientas e instrumental utilizado para generar el conocimiento que intentaba producir.

Mi subjetividad estuvo en juego durante todo el proceso de la investigación. Mi compromiso político y académico con proyectos de transformación social y con la legalización del aborto en especial me encorsetaron más de una vez. Las utopías exigen certezas (el feminismo tiene su propia utopía); la academia exige dudas. Tuve necesidad de tomar distancia del campo que a la vez se superponía con mi área de acción política. Extrañarnos de aquello que nos resulta familiar es un proceso doloroso, porque sabemos que descentrar la mirada trae consigo cambios irreversibles en la forma de ver (Tornquist, 2007). El proceso de extrañamiento nos sacude, es el «viaje vertical» con características de viaje chamánico (Da Matta, 2004), del cual volvemos distintos y ya no podemos ver aquello que nos era tan familiar de la misma manera. El *viaje* fue imprescindible para desplegar el abordaje antropológico: supuso recorrer una distancia con la mirada, un extrañamiento frente a un acontecimiento que formaba parte de mi vida cotidiana (Krotz, 1991).

El alejamiento final que me permitió objetivar el proceso del trabajo de campo propiamente dicho me lo proporcionó la etapa de la escritura. Durante ese período, el extrañamiento con aquello que me había sido tan familiar me anunciaba cambios en mis perspectivas, que en más de una oportunidad me provocaron incomodidades, porque instalaban dilemas en mi futura relación con quienes habían sido mis compañeros de ruta en las acciones por la legalización del aborto. Las estrategias políticas no siempre se asientan en conocimientos más o menos laudados; las proclamas son apodícticas, como por ejemplo: «Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir». Mi investigación me muestra que el acceso a la anticoncepción no elimina los embarazos no esperados; por el contrario, en general, abortan

mujeres que habitualmente usan anticonceptivos. Sin embargo, la proclama continuaba siendo efectiva. Tuve que aceptar que se trata de dos lógicas disímiles: la política y la académica; a veces, se cruzan, otras, se apartan, pero siempre se retroalimentan.

Los linajes: la antropología feminista

La denominación *antropología feminista* reemplazó a la de *antropología de las mujeres* hacia fines de los setenta en Estados Unidos y se popularizó en currículos y secciones de publicaciones de dicha disciplina en aquel país. En ese momento, en el sur,² concretamente en América Latina, adquiere visibilidad el movimiento feminista, aunque existían unos pocos centros académicos, aún llamados «de la mujer», donde las científicas sociales involucradas se autodenominaban *feministas*.³

Durante las décadas transcurridas, no ha cesado la discusión sobre la adecuación y el alcance de los términos *antropología feminista*. Kamala Visweswaran (1994), analizando el desarrollo en el norte, distingue tres momentos de la antropología feminista que acompaña las sucesivas olas del feminismo. En la primera, contemporánea de las sufragistas, ubica a Margaret Mead. Es discutible la catalogación como feminista a su quehacer antropológico, ya que más bien concretiza el interés sobre la diversidad de manifestaciones culturales, propio del relativismo, y muestra que comportamientos asociados a lo femenino y a lo masculino considerados universales no resisten la comparación transcultural. El segundo momento señalado por Wisweswaran coincide con lo que otras autoras como Henrietta Moore (1991) señalan como «la nueva antropología de la mujer»; es contemporáneo a la segunda ola del feminismo. Constituyen las piedras fundamentales las famosas colecciones, organizada una por Michelle Rosaldo y Louise Lamphere,⁴ y la otra, por Rayna Rapp Reiter.⁵ En estos trabajos, subyacía la noción de una sororidad universal que sustentaba la idea de experiencias similares compartidas por todas las mujeres del planeta. Marjorie Shostak, durante su trabajo de campo

2 Me refiero a *sur* como categoría politicogeográfica.

3 A fines de la década de los setenta, se funda en Uruguay el Greemu, Grupo de Estudios sobre la Condición de la Mujer, cuya líder era la socióloga brasileño-uruguayo Suzana Prates. Entre otros grupos que marcaron el inicio de los estudios de género en la región se incluyen: el CEDES en Argentina, donde María del Carmen Feijóo y Elizabeth Jelin realizaron sus investigaciones; en Chile, el Centro de Estudios de la Mujer, que contaba con la participación de Rosalva Todaro, entre otras, y en Perú el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, donde había una producción académica de científicas sociales como Virginia Guzmán, Patricia Portocarrero y María Emma Manarelli, bajo el liderazgo de Virginia Vargas.

4 *Women, Culture and Society*. No existe versión traducida del libro. Algunos de sus capítulos están contenidos en compilaciones, en especial, la de Olivia Harris y Kate Young *Antropología y feminismo*, Buenos Aires, Anagrama, 1979.

5 *Toward an Anthropology of Women*. No existe versión traducida del libro. Algunos de sus capítulos están contenidos en compilaciones, en especial, la de Olivia Harris y Kate Young *Antropología y feminismo*, Buenos Aires, Anagrama, 1979.

entre los !kung, se preguntaba: «¿Cómo es ser una mujer en una cultura tan drásticamente diferente de la mía? ¿Cuáles son los universales, si alguno, y en qué medida me será posible identificarlos?» (1981: 5).⁶

Desde estos supuestos, se proponía que la antropología hecha por mujeres sobre mujeres desvanecía el sesgo androcéntrico. Así, se revisitaron y releeron críticamente etnografías escritas por varones para detectar las lagunas y silencios sobre los espacios de las mujeres, y se buscaron sus voces para obtener información sobre ellas,⁷ al tiempo que el corrimiento del eje analítico al de etnografías basadas en narrativas era considerado más auténtico. El trabajo de Shostak (1981) *Nisa: The Life and Words of a !Kung Woman* es paradigmático al dar cuenta de la cultura !kung en primera persona. La crítica feminista contribuyó a romper el dogma científico que suponía la necesidad de excluir todo elemento subjetivo del trabajo de campo, con lo cual la escritura etnográfica se veía despojada de aspectos experienciales en pos del rigor académico. La antropóloga Nancy Scheper-Hughes (1983, citada en Gregorio, 2006: 31) utiliza para referirse a este tipo de doctrina la metáfora del antropólogo como «muñeco de nieve», quien observa de modo penetrante, pero invisible en su acción y helado en sus afectos y pasiones. La antropología feminista proclamaba introducir las emociones y la subjetividad como dato en el trabajo de campo, ya que lo emocional no puede separarse de lo intelectual en el proceso de conocimiento. Judith Okely (1975) argumentaba enfáticamente que en el contexto académico «lo personal es teórico». La experiencia etnográfica —incluida la escritura— aparece como un «acto total que implica cuerpo, mente, razón y emoción de manera indisoluble» (Gregorio, 2006: 33).

La crítica al androcentrismo, que impregnaba la disciplina, ocupó un lugar central en los trabajos de los setenta (Linton, 1979; Rohrllich-Leavitt, Sykes y Weatherford, 1975; Bamberger, 1974; Reiter, 1975). La cuestión del androcentrismo tenía distintos niveles: uno correspondía a la visión personal del antropólogo; otro, al efecto distorsionador de la sociedad bajo estudio que valora diferentemente a varones y mujeres, y el tercero, a la parcialidad ideológica propia de la cultura occidental (Moore, 1991).

Al intentar develar las causas de la dominación para alcanzar relaciones equitativas, las antropólogas prontamente hicieron preguntas que las teorías prevalecientes en la época no lograban responder. Fueron necesarias nuevas elaboraciones conceptuales dentro de marcos teóricos vigentes, especialmente el marxismo y el estructuralismo, pero también avanzaron hacia nuevas construcciones teóricoconceptuales. Comienza la elaboración teórica en la antropología feminista (Ortner, 1984; Collier y Yanagisako, 1989; O'Brien y Tiffany, 1984;

6 Original en inglés.

7 E. Ardener (1975) observa que Evans-Pritchard se refiere a las mujeres igual que al ganado: «Omnipresentes pero mudas con respecto a su habilidad para mostrarnos los significados de la cultura». Ejemplos de etnografías revisitadas: Annete Weiner (1977) en las Islas Trobriand; Jane Goodale (1971) con los tiwi de Australia.

MacCormack y Strathern, 1980; Rubin, 1975). Con el devenir, aparecieron descontentos varios por diversas razones. Visweswaran advierte que es fundamental observar las «estrategias de desidentificación» en los escritos de las mujeres y no solo «los momentos de identificación de género» (Visweswaran, 1997: 595). El tercer momento trae consigo los cuestionamientos sobre la sororidad universal. Rosaldo (1980) en un texto bastante crítico a lo que ella denomina «usos y abusos de la antropología» pone en cuestión la universalidad de la opresión femenina. Destaca que la búsqueda de los orígenes descuidó el estudio sobre la constitución de las relaciones de género, es decir, aquello que convierte las diferencias en desigualdades. Por su parte, la antropóloga británica Marilyn Strathern (1987) remarca que la relación entre antropología y feminismo es «incómoda y difícil». La antropología parte de la clara distinción entre el yo (*self*) y el otro; el feminismo desvanece esta consideración al colocar a las mujeres antropólogas y las mujeres *otras* juntas, expuestas por igual a la dominación patriarcal. Mientras que el feminismo plantea la sororidad universal, la antropología desarma esta noción al mostrar el origen occidental común del pensamiento feminista y del científico. Estas diferentes aproximaciones provocan *ruidos* en la relación entre la antropología y el feminismo.

Como resultados de estas controversias, las etnografías, correspondientes a este tercer momento, ampliaron los interrogantes a toda la disciplina, especialmente a aspectos epistemológicos relativos a los principios básicos de la cultura y el trabajo de campo. Respecto a la noción de cultura, la antropóloga mexicana Marcela Lagarde (2002) sostiene que la antropología feminista ha desarrollado un desmontaje crítico al marcar la intervención de varones y mujeres en los procesos culturales, así como las repercusiones de dichos procesos en unos y otras. También profundiza en el papel y las funciones de distintos sujetos sociales en la creación y recreación de la cultura, por lo que esta es necesariamente heterogénea y con contradicciones intrínsecas.

El recorrido de la antropología feminista en las tres etapas definidas por Visweswaran, como se mencionó, corresponde sobre todo al desarrollo en el norte, principalmente anglosajón. En nuestra región, los procesos han sido más dificultosos, con desarrollos heterogéneos en las diversas subregiones. Hubo un primer momento —a igual que en el norte— donde la situación de las mujeres estaba universalizada. Los trabajos de Ana María Portugal *Mujeres e iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina* (1989) y el de Virginia Vargas *Los intereses de las mujeres y los procesos de emancipación en América Latina* (1993) son muestras de esa circunstancia. Los cuestionamientos surgieron de los movimientos de feministas afrodescendientes e indígenas que no se sentían identificadas con el discurso preponderante, correspondiente a la situación de mujeres blancas de capas medias, a los que se sumaron investigaciones que mostraban las diferencias entre las mujeres latinoamericanas (González Montes, 1993; Bant, 1994; Tizon, 1994; Barrig, 2001). Fue preciso acercarse al abordaje de la interseccionalidad a fin de romper definitivamente con posibles esencialismos.

La producción académica feminista ha tenido una fuerte conexión con el movimiento feminista. Este enlaza con el trabajo de ONG dedicadas a presionar en los organismos oficiales y en otros ligados al Estado a favor de la promoción de la mujer, especialmente en lo concerniente a la elaboración de políticas públicas y el seguimiento de su implementación. Esta fuerte asociación con agendas políticas nacionales e internacionales, en algunos casos, ha debilitado la reflexión teórica. A su vez, dentro del movimiento feminista existen distintas concepciones del feminismo, por lo que se hace necesario pasar al plural. El desafío de mantener una unidad en las reivindicaciones y en las luchas llega a cuestionar la misma denominación de movimiento. Frente a esto, Sonia Álvarez propone el uso de «campo feminista», entendido como «campo discursivo de actuación y acción» (Álvarez, 1998: 265) y como denominación que permita coexistir a los diversos feminismos.

Alinne Bonetti (2007) acierta al sugerir que cierta timidez de las antropólogas feministas de la región puede ser atribuida a la situación de liminaridad en que se encuentran, de cara a la doble resistencia de las que son blanco. Por un lado, la resistencia proveniente del mismo movimiento feminista por cierta desconfianza hacia la producción académica. Por el otro, de la propia academia que no considera el campo del feminismo como campo académico. Las distintas tradiciones locales corresponden a procesos también diferentes. Así, en México ha habido un desarrollo de la mano del feminismo poscolonial (Hernández, 2004, 2005) donde las fronteras y el cuestionamiento de la identidad mestiza adquieren centralidad. Ya en América del Sur, los países andinos cuentan con una tradición relativamente fuerte de antropología feminista. Las estancias de algunas antropólogas como Kate Young y Olivia Harris⁸ desde los setenta en Perú y Bolivia respectivamente, probablemente haya influido en dicho desarrollo. En Brasil, la antropología feminista se ha desarrollado a partir de los núcleos universitarios⁹ dedicados a estudios específicos, con influencia principalmente del pensamiento francés.

Preocupaciones de la antropología feminista

Desde la antropología feminista o desde feministas antropólogas se ha llamado la atención reiteradamente tanto sobre las formas concretas de las distintas situaciones de subordinación y las maneras en que estas se experimentan y se narran como sobre los múltiples modos de resistencias. Esto obliga a revisar las supuestas características de «doméstico» y «apolítico» que tradicionalmente ha acompañado las ideas sobre las identidades femeninas (Rosaldo, 1980; Abu-Lughod, 1991). Estas preocupaciones permitieron avanzar hacia lo que

8 Recordemos que son ellas quienes editan en español algunos artículos incluidos en las compilaciones de Rosaldo y Lamphere y de Reiter, mencionadas anteriormente en este mismo capítulo.

9 Especialmente destacados son el Centro Pagu en la Unicamp y el Núcleo de Identidades de Género e Subjetividades (NIGS) en la Universidad Federal de Santa Catarina.

Ortner (1984) denomina «aproximación práctica» en antropología. Como otros teóricos de la práctica (Bourdieu, 1977; Giddens, 1979), muchas antropólogas feministas combinaron centrarse en sujetos reales y en el sistema o la estructura determinante de muchas acciones humanas (Rosaldo, 1980). Las propuestas feministas están enraizadas en la desigual distribución del poder y consideran las condiciones materiales de existencia al formular sus teorías desde la práctica. Sherry Ortner y Harriet Whitehead escribieron a principio de los ochenta que:

[...] el género, la sexualidad y la reproducción son símbolos, imbuidos con significados de la sociedad en cuestión, como todos los símbolos. La aproximación al problema del sexo y el género es, por lo tanto, una cuestión de análisis simbólico e interpretación, un tema de relacionar tales símbolos a otros símbolos y significados culturales, pero también a formas de la vida y la experiencia social (Ortner y Whitehead, 1981: 1, 2).¹⁰

Esta estructura o sistema —según sus antecedentes teóricos, las antropólogas enfatizaban una u otro— se caracterizaba en todos los casos por la dominación, inequidad y constreñimiento propio de las relaciones de género. Sin embargo, en tanto interesadas por las transformaciones que condujeran a relaciones equitativas, las antropólogas feministas, al decir de Ortner, estaban preocupadas por «la manera en que la práctica reproducía el sistema, así como por la manera en que el sistema podía ser cambiado a través de la práctica» (Ortner 1984: 154). Aplicado esto a mis inquietudes, se trata de buscar la manera en que las prácticas de aborto reproducen las relaciones de género, a la vez que indagar si dichas prácticas pueden llegar a modificarlas.

Esto me acerca a la propuesta de Sherry Ortner (1996) cuando se refiere a una «teoría de la práctica, feminista, de las minorías, poscolonial y subalterna». Para esta antropóloga, las cuestiones relativas a la reproducción social nunca deben observarse separadas de aquellas relativas a la transformación social.

Los desarrollos teoricoconceptuales de la antropología feminista cuestionaron la división público/privado, producción-reproducción y político-doméstico, donde una cadena de pares es determinante de la otra.

La mayoría de las feministas acuerdan que las líneas divisorias trazadas por marxistas, durkheimianos, estructuralfuncionalistas tradicionales oscurecen la participación de las mujeres en política, así como de los hombres en las relaciones domésticas, ocultando de ese modo el carácter generizado de todas las relaciones sociales y la omnipresencia de la inequidad de género (Collier y Yanagisako, 1989: 29).

Hacia finales del siglo xx y principios del XXI se observa que antropólogas feministas trabajan también sobre sí mismas, incluyendo en sus estudios la tensión y ambivalencia de la posición de las mujeres en la sociedad (Abu-Lughod, 1991; Aggarwal, 2000; Hernández, 2005; Mitchell, 2011; Nencel, 2014).

Parece apropiado el concepto de género desarrollado por Marilyn Strathern, quien propone pensarlo como «categoría de diferenciación» (Strathern, 1990: ix)

10 Original en inglés.

que tiene como referencia las imágenes sexuales. Como categoría de diferenciación, crea otras categorías con base en las relaciones de género y otros vínculos sociales. Esta noción no se restringe a la relación cuerpo biológico-sexo-género, sino que abarca y da cuenta del sentido de la organización de la vida social, y es una guía a las alteridades complejas, que permite comprender las relaciones de poder contenidas en ellas y los procesos de constitución de desigualdades.

La antropología feminista no debe por qué tener a mujeres como sus objetos de estudio. El adjetivo *feminista* que modifica *antropología* implica la «reestructuración o subversión de las estructuras de poder en algún nivel» (Ono, 2003: 4). *Subversión* se vincula con un desafío hacia las formas tradicionales de producción de conocimiento, con redefinir los caminos y los temas a ser estudiados (Ono, 2003). En mi caso, el objeto de estudio lo constituyen las prácticas y representaciones del aborto voluntario, considerado en su articulación con la dominación masculina, ya sea en su perpetuación o como cuña hacia un cambio, procuraré hacer el recorrido mediante el uso de herramientas teóricas y metodológicas que me permitan iluminarlo desde otros lugares.

Creo, junto a Alinne Bonetti, en la necesidad de afirmar lo *feminista* de la antropología como una actitud, en sí misma política, de posicionar la práctica feminista y proporcionar un carácter específicamente crítico a la antropológica (Bonetti, 2007: 5). Aplicar el adjetivo *feminista* a la antropología necesariamente le confiere un sentido político al ratificar el compromiso crítico.

El feminismo —como teoría que evidencia estructuras de poder le confiere un status específico y busca subvertirlas— es una postura política y académica impertinente y molesta.

Sobre aborto y género: algunos antecedentes

La búsqueda de antecedentes para el trayecto que me propuse se asimiló al armado de un *patchwork*, pero muy poco parecía encajar realmente como antecedente. Sin embargo, todo era sugerente para continuar mi camino, y la amalgama de las distintas partes me permitió afinar mis ideas. Unir a la manera de palabras claves *aborto*, *relaciones de género* y *feminismo* no resultaba plausible. Entonces, privilegié la búsqueda de precedentes de *aborto*.

El aborto voluntario ha concitado la atención de diversas ramas del saber desde distintas posturas teóricas e ideológicas. En los últimos treinta años, en América¹¹ y Europa ha habido una copiosa bibliografía proveniente de estudios políticosociales, filosóficos, feministas, así como de ensayos que sustentan la postura de los grupos pro derecho¹² y la de los pro vida.¹³ Se suman trabajos biomédicos y epidemiológicos, estudios jurídicos e investigaciones sociales

11 Incluyo América Latina, Caribe, Estados Unidos y Canadá.

12 Activistas que proclaman el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo.

13 Activistas que proclaman el derecho a nacer del producto de una concepción, por lo tanto, contrarios al aborto.

(demografía, sociología, antropología, historia). Esto demuestra la relevancia del tema en las preocupaciones de la sociedad y la amplitud de campos que abarca. Sin embargo, al asociar el aborto a las relaciones de género, la lista de trabajos es más restringida.

Desde los estudios feministas

En las preocupaciones feministas sobre el aborto ha preponderado la acción política por sobre la investigación académica. Así, abundan publicaciones elaboradas con la finalidad de incidir en la situación legal del aborto. La producción académica no es ajena al contenido político, por lo que, sin dejar de lado la intención política, se basan en investigaciones empíricas. Algunos trabajos están a medio camino entre la academia y el activismo (Lamas, 2001, 2004, 2008; Enriquez y de Anda (coordinadoras), 2009; Rosenberg (editora), 2001; Pereira y otros, 2002; Chen, 2013): desde un sustento académico, tienen como finalidad ejercer presión en la opinión pública.

A nivel regional, los antecedentes pueden agruparse en aquellos que con diversos énfasis se centran en aspectos asociados al carácter político del aborto voluntario y a su legalización. Así, los trabajos de Ana Amuchástegui (2005, 2010) analizan el juego de construcción de ciudadanía de las mujeres en relación con la legalización del aborto en México DF. En la misma dirección, se encuentran los trabajos de María Alicia Gutiérrez (1998, 2000, 2002, 2004), Ana Güzemes (2006), María José Rosado-Nunes (1995), Anthony Padovano (2004) y María Consuelo Mejía (2003), que, enlazando aspectos políticos y cuestiones religiosas, articulan el análisis y reflexión de mecanismos medulares de la dominación masculina y los escenarios políticos que podrían habilitar modificaciones en la situación legal del aborto. Las discusiones respecto a este último, vinculadas al ejercicio de los derechos humanos de las mujeres (Chiarotti, García Jurado y Schuster, 2000; Correa y Petchesky, 2001; Tamayo, 2001; Ciriza, 2002a, 2002b, 2007; Chiarotti, 2005, 2006), han ocupado un lugar central por su repercusión en el activismo latinoamericano y, en algunos casos, por lo agudo de sus análisis. Además, han abierto un campo a interrogantes que hacen a las relaciones de género en tensión con el ejercicio de derechos. Aquí, las preocupaciones van en torno al nexo de la sexualidad y la reproducción con los derechos humanos, y a la conceptualización de sujeto corporeizado en procura de ciudadanía.

Enlazado al tema de sujeto de derecho, se han desarrollado estudios que añaden la corporalidad y la subjetividad en el tratamiento de las relaciones de género y el aborto (Ardaillon, 1994, 1997, 1998a, b, c; Rosenberg, 1998). Particularmente interesante para mi trabajo son las investigaciones de la brasileña Danielle Ardaillon, quien enfatiza el diálogo exclusivo de las mujeres embarazadas entre su «ser» y «tener» corporal/cuerpo, el cual se traduce en palabras que reverberan los conflictos entre identidades y proyectos de vida, en un anclaje corporal que no siempre alcanza a definirse. La propuesta de Ardaillon empata con la centralidad que intento darle a las políticas del cuerpo con base

en las nociones de corporeidad de las mujeres en situación de aborto. Martha Rosenberg, aunando el activismo y la academia, desentraña aspectos de la subjetividad de la mujer que aborta desde una mirada psicoanalítica, ahondando en las relaciones de poder implícitas, ya que «el aborto es la puesta en acción de un sujeto silenciado» (1998: 56). Sostiene que el cuerpo es la encarnación de la subjetividad, y allí pueden encontrarse sus resistencias al poder.

Los abordajes desde la bioética (Diniz, 2004, 2008, 2010; Diniz y otros, 1998; 2000, 2009; Luna y Salles, 2008) interpelan el paradigma principialista desarrollado por Beauchamp y Childress¹⁴ de uso común en la medicina. Este plantea cuatro principios de validez universal: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Es una teoría sociocéntrica que debe ser entendida en el escenario de la Modernidad. El cuestionamiento proviene de observar la imposibilidad de aplicación de los principios en distintos contextos, ya sea por tratarse de culturas diversas o por consistir en arreglos culturales diferentes en una misma sociedad. La bioética feminista¹⁵ forma parte de las corrientes críticas que valorizan la contextualización de los distintos grupos sociales, muchas veces en relaciones conflictivas entre sí; asimismo, se presenta como una vertiente reflexiva y dialógica. En esta investigación, las propuestas desde esta vertiente de la bioética permiten problematizar las prácticas de los ginecólogos y las tensiones entre el universo médico y el de las mujeres en situación de aborto. De igual modo, aportan argumentos en la discusión acerca de la contraposición entre *mujer abstracta* y *mujer concreta*, que caracteriza parte de los debates parlamentarios respecto a los proyectos de ley que legalizan el aborto. Cercanos a estos trabajos, existen estudios focalizados en los dilemas éticos que enfrenta la mujer que aborta (Olivares, 2001; Mejía, 2001).

Desde su ensayo, Laura Klein (2000, 2005) coloca aristas a la discusión que permiten una aproximación al aborto como conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad. Sustenta que abortar es un verbo, una acción siempre violenta, basada en la falta de libertad original (la mujer no elige quedar embarazada). Igualmente, los artículos incluidos en compilaciones realizadas por el Foro por los Derechos Reproductivos (1998, 2000, 2003), tanto ensayos como resultados de investigaciones, ofrecen acercamientos a diversos aspectos que tienen en cuenta las preocupaciones feministas sobre el tema.

Son más escasas las investigaciones feministas centradas en el papel de la medicina y los médicos frente al aborto. Fabiola Rodhen (2000, 2001) se interna en la formación del cuerpo femenino desde la biomedicina, mientras que Susanna Rance (2002, 2003, 2005a, 2005b, 2009) enfatiza las dinámicas de la interacción entre ginecólogos y mujeres en circunstancia de aborto,

14 Beauchamp, Tom L. y James F. Childress, 1979, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York.

15 Susan Sherwin (1996) es una de las principales referentes; sostiene que no es posible hablar del individuo como una unidad aislada, sino que es preciso considerar que las personas solamente existen en marcos de relaciones sociales complejas.

privilegiando las prácticas médicas. Sus trabajos constituyen una base desde la cual continúe el análisis de los ginecólogos.

La situación del aborto en América Latina está presentada comprensivamente en el volumen coordinado por Agnes Guillaume y Susana Lerner (2006) *El aborto en América Latina y el Caribe*. Es una obra de referencia, que por sus características trasciende esa finalidad. Asimismo, varios capítulos de la compilación de Susana Checa (2006) brindan información sobre el asunto.

Finalmente, cabe mencionar trabajos comparativos de las legislaciones relativas al aborto en la región (Bermúdez, 1998; Rocha, Gutiérrez y Rostagnol, 2009).

Combinando la información de estas fuentes, puede observarse que a pesar de las diferencias entre las legislaciones, que presentan diversos tipos y grados de restricciones para el aborto, los comportamientos tanto de ginecólogos como de mujeres en situación de aborto son bastante similares.

Desde las ciencias sociales

Existen investigaciones sobre el aborto cuyo abordaje no es feminista, aunque en algunos casos consideren la variable de género. Entre ellos, se destacan las numerosas publicaciones del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) (Llovet y Ramos, 1988; Ramos y Viladrich, 1993; Gogna y Ramos, 1996; Ramos y Romero, 1998; Gogna y otros, 1998; Petracci y Szulik, 2000; Ramos y otros, 2001; Ramos y Gutiérrez, 2002; Pecheny y Petracci, 2007; Szulik y otros, 2008; Petracci, 2009; Romero y otros, 2010). La mayoría de los trabajos tienen como matriz disciplinaria la sociología de la salud, desde la cual abordan el aborto en su articulación con la salud pública (los abortos hospitalizados, el aborto como problema de esta última y el papel de médicos y obstetras son algunos de los temas tratados). Otros muestran interés en aspectos ligados a la despenalización del aborto, que lo vinculan, en algunas pesquisas, a los movimientos de mujeres. Si bien proporcionan valiosa información sobre el estado de la cuestión, no enfatizan las características que enlazan el aborto a las relaciones de género.

Los estudios sobre el aborto en Uruguay

El aborto restringido a Uruguay ha concitado la atención de diversos campos del conocimiento, especialmente en la última década en que pasó a formar parte de la agenda política. El debate publicopolítico ha marcado la pauta para los procesos investigativos de base empírica y para la producción ensayística.

Existe algún antecedente como el trabajo de Thevenet (1978) que ofrece un panorama sobre la percepción del aborto en un momento dado. Sin embargo, el tema es abordado rigurosamente y desde una perspectiva feminista recién con los trabajos de Sapriza primero y de Sanseviero y colaboradores después.

La historiadora Graciela Sapriza (1995, 1997, 1999, 2000a y 2000b) realizó un minucioso estudio sobre la despenalización del aborto acaecida entre 1934 y 1938, en el que sostiene que estuvo más relacionada al pensamiento

eugenésico, bastante extendido en el continente latinoamericano en las primeras décadas del siglo xx (Stepan, 1991; Biernat, 2005; McGraw, 2007), que al pensamiento feminista, a pesar de la influencia del feminismo anarcosocialista, presente en el Uruguay de aquellos años. Esto muestra que una práctica (aborto legal) asociada a una mayor equidad no necesariamente va unida a un cambio en las relaciones de género. Este aspecto resulta central en la tensión que pretendo observar a lo largo del trabajo entre prácticas y posibles cambios, donde el núcleo es el vínculo entre el aborto voluntario y las relaciones de género.

El primer trabajo comprehensivo sobre la situación actual del aborto es el de Rafael Sanseviero (2003) quien, junto con un equipo de investigadores,¹⁶ aborda distintas aristas: elabora una estimación del número de abortos voluntarios para Uruguay (33.000 anuales para el 2001), explora en las prácticas y los procedimientos (clínicas clandestinas y abortos realizados a partir de saberes populares), indaga en aspectos médicos y jurídicos del aborto, así como en las vivencias desde la subjetividad de mujeres que atravesaron la experiencia, e interpreta el fenómeno a la luz del contexto cultural mayor del Uruguay, para mostrar que el tratamiento que la sociedad da al aborto no difiere de la manera en que se relaciona con otras problemáticas sociales. Una segunda investigación, también coordinada por Sanseviero (2008), profundiza en el aborto en tanto constitutivo del derecho a la maternidad voluntaria y enfatiza los distintos obstáculos que las mujeres pobres y las adolescentes deben enfrentar para ejercer su derecho a decidir respecto a este. Ambas investigaciones anteceden la que aquí presento, en tanto esta continúa el enfoque; no obstante, se centra en aspectos no observados en aquellas.

Desde la psicología, Elina Carril y Alejandra López Gómez (2008) examinan el Síndrome Post-Aborto (SPA) para concluir que este no existe. Las mismas autoras también trabajan sobre la opinión de los varones (Carril y López Gómez, 2012), incluyendo a los profesionales de salud en otro artículo (Carril y López Gómez, 2010).

Al pasar a las temáticas relativas al cuerpo y la reproducción, se observa que las ciencias sociales en Uruguay no han prestado mucha atención. Desde la sociología, el trabajo de Miriam Mitjabila (1994) discute las bases sociales de la salud reproductiva y acentúa aquellas de naturaleza institucional en que se apoya el saber médico en las sociedades contemporáneas, centrándose en el discurso médico sobre la maternidad. Discute el alcance de la medicalización de la reproducción (concepción, prácticas sexuales, embarazo, parto, puerperio, aborto, amamantamiento y menopausia) y analiza el discurso médico en tanto forma de poder por cuanto puede ser considerado un instrumento de acción social, atribuyéndole un carácter más ideológico que técnico. Mitjabila sostiene que, en el consultorio médico, la maternidad aparece despojada de los rasgos sociales que la integran: la madre *normal* es aquella que organiza su vida en función del cuidado de sus hijos. Sus hallazgos coinciden, en parte, con los resultados a los

16 Formé parte de dicho equipo.

que arribé, pero su investigación sobre todo me proporcionó una línea de base sobre la cual contrastar mis propias observaciones y poder, así, ensayar nociones sobre posibles cambios en las prácticas de los ginecólogos. Por su parte, Sonia Romero (1997, 1999), desde un marco de antropología de la salud, ha abordado el tema de la salud maternoinfantil. Su estudio se acerca más a un análisis del maternaje, es decir, de las prácticas de cuidado materno en relación con el proceso de salud-enfermedad-atención, que de la salud reproductiva. Respecto a prácticas reproductivas entre adolescentes, es muy poco lo realizado en los últimos años; sin embargo, existen varios estudios de fines del siglo xx (Bustos, Toledo y Quesada, 1994; MEC/INFM, 1995) realizados desde el Estado en respuesta a necesidades de elaborar políticas públicas. La información general sobre salud reproductiva es sistematizada en los informes anuales del Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2007, 2008, 2009, 2010) y en el informe del proyecto *Género y generaciones, reproducción biológica y social de la sociedad uruguaya* (López Gómez, 2005), liderado por UNFPA con la participación de varias instituciones.

Son evidentes los vacíos en las investigaciones de las ciencias sociales, ya no solo de la antropología, sobre los aspectos en que se centra la presente investigación.

Los trabajos sobre el aborto, provenientes de las preocupaciones propias de la salud pública, desde una perspectiva sanitarista o desde la intervención biomédica, responden a inquietudes despertadas por el relativo aumento de muertes por complicaciones post-aborto en 2002 en sentido estricto (en Briozzo y otros, 2004, se enfoca en aspectos biomédicos y epidemiológicos), o ya muestran los beneficios de la propuesta de Iniciativas Sanitarias¹⁷ para enfrentar la problemática (Briozzo, coordinador, 2002; Briozzo y otros, 2002; Briozzo, 2003; Briozzo y otros, 2006a; Briozzo y otros, 2006b; Briozzo, editor, 2007; Briozzo, compilador, 2008; Cabrera y otros, 2005; Alonso y Cuadro, 1998). Vinculado a la puesta en práctica del protocolo de atención pre- y post-aborto, Gonzalo Vidiella y colaboradores (2004) examinan el uso de misoprostol en los abortos provocados. A los efectos de este trabajo, la producción desde esta perspectiva constituye un dato del lugar que ocupa el aborto en el campo de la salud.

A fines del siglo pasado, los trabajos concentrados en el análisis de la regulación jurídica del aborto (Langón, 1979a, b, 1985; Cairoli, 1989; Brancato y otros, 1989; Camacho y otros, 1990; Pérez Ferreiro, 1992; Malet Vázquez de Olmos, 1994; Caviglia y Menéndez, 1995; Montano Gómez, 1995; Gros Espiell, 1996; Dufau, 1998) han acompañado los sucesivos impulsos legislativos por modificar la ley que lo penaliza. Algunos, firmemente a favor de la legalización del aborto (Langón, 1979a, b, 1985 y Dufau, 1998 están entre ellos); otros, favorables a mantener la criminalización (Montano Gómez, 1995). Curiosamente, en los debates desarrollados en el siglo XXI en torno al proyecto

17 Organización de profesionales de salud que llevan adelante una propuesta para enfrentar el aborto inseguro. En el capítulo «Panorama legal y sanitario del aborto en Uruguay», se menciona su presencia e influencia en el tratamiento de los abortos en Uruguay.

de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, donde ha habido una agitada polémica pública recogida en numerosos artículos periodísticos, los análisis jurídicos se reducen al de Graciela Dufau (2002), favorable a tal, y al de Brito (2001), contrario a este.

Los debates parlamentarios han sido objeto de análisis, con hincapié en el tratamiento legislativo 2002-2004 (Xavier, 2005) y en el proceso de los diez años de dichas discusiones (Labastie, 2009). Organizaciones feministas las recogen, sistematizándolas y contextualizándolas en la realidad de la sociedad uruguaya (Cladem, 2003; Abracinskas y López, 2004 y 2007). Ninguna de ellas presenta un análisis del proceso parlamentario del tipo aquí propuesto.

Los vacíos muestran la necesidad de abordar la temática del aborto voluntario y las relaciones de género, apuntando hacia los cuestionamientos relativos a las políticas del cuerpo y de la reproducción. Por ello, se espera desde este trabajo aportar a la discusión feminista sobre el lugar del cuerpo y la reproducción en las relaciones de dominación-subordinación.

Parte 1

ABORTO VOLUNTARIO
Y RELACIONES DE GÉNERO:
APROXIMACIÓN
TEORICOMETODOLÓGICA

Antropología feminista, aborto voluntario y políticas del cuerpo: aproximaciones teoricometodológicas

En este trabajo, sostengo que el aborto voluntario es tanto producto como productor de las relaciones de género, y en su práctica se actualizan las políticas del cuerpo y de la reproducción. A través del análisis de las representaciones y prácticas del aborto voluntario por parte de distintos actores, me aproximo a los mecanismos de dominación y a los de resistencia, a las dinámicas de las políticas del cuerpo y de la reproducción, subyacentes a la vez que sustentadoras de las relaciones de género. Si bien el estudio se desarrolla en Uruguay, por lo que sus especificidades tienen importancia, enmarco el trabajo en el sentido que da Geertz al «estudio *en aldea*»,¹⁸ aunque complejizado en tanto mi objeto elude y trasciende lo local, por estar en una época que no permite confiar en las «locaciones antropológicas» (Comaroff y Comaroff, 2003).

Aproximación teoricometodológica

El aborto condensa relaciones de poder que corresponden a la dominación masculina, actúan a través del control del cuerpo generizadamente sexuado y forman parte del *habitus*. Sostengo que esto es lo medular de la cuestión del aborto, aunque permanece fuera de las discusiones y debates en torno a su práctica. Por el contrario, los distintos recursos argumentativos con relación al aborto funcionan en general como una pantalla que no permite ver los elementos *reales* que están en discusión:

Los modelos conscientes, en efecto, —que se llaman comúnmente *normas*— cuentan entre los más pobres, debido a que su función no consiste en exponer los resortes de las creencias y los usos, sino en perpetuarlos [...]. Cuanto más nítida es la estructura manifiesta, tanto más difícil se vuelve aprehender la estructura profunda, a causa de los modelos conscientes y deformados que se interponen como obstáculos entre el observador y su objeto (Lévi-Strauss, 1976: 253, 254).

Los elementos *reales* en discusión tienen que ver con las políticas del cuerpo y la reproducción que hacen al «control patrimonial del cuerpo»; los recursos argumentativos refieren, por lo general, a posiciones morales, religiosas o científicas.

18 «El lugar de estudio no es el objeto de estudio. Los antropólogos no estudian aldeas (tribus, pueblos, vecindarios...), sino que estudian en aldeas» (Geertz, 1973: 22; original en inglés, itálica en original).

Las prácticas y representaciones del aborto voluntario son resultado de las relaciones de género, pero a su vez actúan sobre estas. Esto no significa que la legalización del aborto implique relaciones más equitativas *per se*. Estas están en un plano más profundo, más estructural si se quiere, forman parte del *habitus* de género, por lo que el camino probablemente sea más largo y sinuoso. La dominación masculina se ha concentrado llamativamente en el control de los cuerpos y de la reproducción (Héritier, 2007; Fraisse, 1999; De Barbieri, 1991, 1996; Tamayo, 2001; Maffía, 2006). El aborto voluntario por sola decisión de la mujer representa un quiebre en dicho control. Ese es el tema sobre el que versa esta investigación: los mecanismos de resistencia, quiebre o reproducción del control de los cuerpos y la reproducción actualizados en el proceso de abortos voluntarios.

Antropología feminista, aborto y políticas del cuerpo y la reproducción: aproximación teórica

Teoría y metodología se entrelazan en una urdimbre que les es común. Utilizo la primera como una caja de herramientas (Foucault, 1991),¹⁹ es decir, que desde mi lugar como investigadora, partiendo de presupuestos teoricoepistemológicos ya explicitados, tomo de diversas teorías aquellos elementos que me resultan más apropiados para avanzar en la comprensión de mi objeto de estudio: el aborto voluntario.

Siguiendo a Debora Diniz y a Marco Almeida, distingo el aborto voluntario (aquel que ocurre en nombre de la autonomía reproductiva de la mujer o de la pareja) de la interrupción eugenésica (por valores racistas, sexistas o étnicos), de la interrupción terapéutica (para salvar la vida de la gestante) y de la interrupción selectiva (por la constatación de lesiones fetales) (Diniz y Almeida, 1998). No me refiero a la realidad empírica del aborto convertida en objeto de estudio, porque «lo real no tiene nunca la iniciativa, puesto que solo puede responder si se lo interroga» (Bourdieu, Chamberon, Passeron, 1994: 55). Es un recorte arbitrario de lo empírico que resulta de mis interrogantes teóricas, las cuales derivan principalmente de intentar entender de manera más comprensiva la subordinación de género y las diversas formas más o menos sutiles en que esta se produce o se resiste y resignifica. En tal sentido, el aborto voluntario resulta un objeto de estudio apropiado.

Relaciones de género, feminismo y aborto

Como mi aproximación es desde la antropología feminista, mi abordaje une el aborto voluntario con las relaciones de género. El trabajo pionero de Rosalind Petchesky *Abortion and Woman Choice* (1984) enmarca el aborto y las prácticas anticonceptivas en los lazos sociales de reproducción, es decir, comprendidas en los vínculos de género y las condiciones materiales e ideológicas de las vidas de

19 La teoría, para Foucault, constituye «[...] una caja de herramientas [...]. Se trata de construir no un sistema, sino un instrumento [...]. Esta búsqueda no puede hacerse más que gradualmente, a partir de una reflexión [...] sobre situaciones dadas» (Foucault, 1991: 173).

las mujeres. Concuero con Petchesky en relacionar la problemática con el campo más estrictamente político (acciones de los grupos antiaborto y crecimiento de la nueva derecha, en su caso). Sin embargo, en mi abordaje, la focalización en el nexo entre el aborto voluntario y las relaciones de género conduce a una búsqueda de aspectos políticos en un sentido más amplio y profundo, de políticas del cuerpo y de la reproducción que trasciendan momentos políticos precisos. El concepto de «control patrimonial del cuerpo» desarrollado por Giulia Tamayo (2001) se convierte en explicativo al dar cuenta de que el foco de tensión respecto a los derechos humanos de las mujeres ha radicado en la sexualidad y la reproducción, porque es en el control de estas esferas que se asienta la dominación masculina. La categoría *género* es un sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de la mujer (De Barbieri, 1991). Esta es la razón que justifica realizar un trabajo sobre aborto y género para avanzar en la comprensión de la dominación masculina.

El proceso de aborto voluntario refiere a los grados de libertad/constricción reproductiva de las mujeres. Existe una conexión cultural muy extendida entre la reproducción biológica y el control del cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres; como consecuencia, aborto y relaciones de género están imbricadas (Meillassoux, 1977; Petchesky, 1991; Tamayo, 2001; Ginsburg y Rapp, 1995). A esto, se suma el también extendido enlace cultural entre sexualidad y moralidad, de modo que el honor de los varones del grupo exige el control de los cuerpos de las mujeres (Petchesky, 1984; Rubin, 1989; Tamayo, 2001; Gutiérrez, 1998, 2004). Un aborto revela siempre una práctica sexual y muchas veces es esto y no la realidad misma del aborto lo que se reprime (Gutiérrez, 2004).

Las jerarquías de género tienen una influencia específica en las prácticas de control de la reproducción. Las mujeres, de acuerdo a sus contextos sociales delimitados y en el entramado de relaciones de poder que individual o colectivamente contenga a cada una de ellas, se acomodan o resisten a los mecanismos de control. El aborto voluntario puede significar una forma de resistencia, aunque no siempre sea necesariamente así. En todo caso, su ocurrencia y significado se corresponden con la manera en que la sociedad procesa el poder que caracteriza las relaciones de género, incluyendo las tensiones y contradicciones que contienen. Las relaciones de poder comprenden la amplia gama de prácticas en que se ejerce la dominación masculina, así como la desigual distribución de poder que puede significar modos más sutiles de dicha dominación. La sociedad dista de ser un todo homogéneo, por lo tanto, las diversas formas de relaciones de poder que determinan el género no solo coexisten, sino que son cambiantes y se articulan a cada momento con otros sistemas jerárquicos (entre ellos, de clase, etnia-raza y generacional). Existe, no obstante, un sustrato —que podría llegar a asimilarse a la estructura, tanto en el pensamiento de Bourdieu (1977) como en el de Giddens (1979)— que se mantiene relativamente constante bajo distintas apariencias. La diversidad de comportamientos no necesariamente conduce a cambios en las relaciones de género: estas pueden ser adaptadas o recreadas más

que transformadas.²⁰ Prácticas como la salida de las mujeres al mercado laboral, considerada un paso hacia la autonomía, ocasionó, en amplios sectores sociales, la doble jornada, sin incidencia en la visibilidad de la participación de las mujeres en la producción ni en los procesos de empoderamiento; más bien, recreó, bajo otra modalidad, las relaciones de dominación-subordinación.

Las relaciones de género y las políticas del cuerpo y de la reproducción se ponen en juego cada vez que una mujer está en situación de aborto y que un ginecólogo se enfrenta a ella. Del mismo modo, están presentes en los debates sobre la legalización del aborto, por lo general, subyacentes a consideraciones morales, filosóficas, científicas o religiosas que poseen un mayor peso argumentativo a la hora de dichos debates.

Este trabajo está elaborado desde mi práctica feminista, que empata con el desarrollo de las antropologías latinoamericanas, donde la elaboración teórica va de la mano del compromiso con las sociedades estudiadas, por lo que situarse universalmente pasa por indagar en la fisonomía particular (Jimeno, 2005). El feminismo, como señalan Norberto Bobbio y Nicola Matteucci (1997) en su *Diccionario de política*, designa tanto un movimiento social y cultural como un conjunto de teorías en torno a la situación y condición de la mujer, que se reúnen en un proyecto político singular. La práctica feminista opera en tres niveles: el de la vida cotidiana, mediante el cual se construyen las identidades; el de la acción colectiva de grupos, con fines de transformación e incidencia política, y el nivel de la teoría, el trabajo académico de las feministas comprometidas con la producción de conocimiento. Como propuesta teórica, el feminismo parte de la premisa de la existencia de una relación de poder que coloca a un grupo en situación de subordinación respecto del otro; no obstante, tal relación está anclada en situaciones coyunturales, específicas y diversas. Lo que caracteriza las perspectivas teóricas feministas es su compromiso para terminar con la opresión de las mujeres. (Braidotti, 2000; Ciriza, 2002; Tamayo, 2001; Vargas, 2002).

Las corrientes hegemónicas del feminismo latinoamericano, tanto en sus marcos comprensivoanalíticos como en sus estrategias políticas, se acercan, a grandes rasgos, a las propuestas del feminismo de la igualdad. Demuestran preocupación en torno a la noción de derechos aplicada a la sexualidad y a la reproducción, que se traduce en acciones políticas tendientes a incidir en el Estado.

Los presupuestos centrales de la perspectiva feminista, dentro de la cual me muevo, definen el género como construcción social y como sistema de representaciones basado en una relación de poder. Distintas autoras han acercado conceptualizaciones relativas al género. Así, Gayle Rubin (1996) se refiere al sistema sexo-género; Joan Scott (1997) señala que es constitutivo de las relaciones sociales y una forma elemental de relación de poder. Por su parte Teresa de Lauretis (1999) afirma que es una construcción sociocultural y aparato semiótico,

20 Stolen (2004) destaca esto en su análisis sobre las transformaciones socioeconómicas y las continuidades en el sistema de género en una población rural argentina. Las investigaciones de Sapriza (1997, 1999, 2000a) proporcionan información empírica que da cuenta de esto, aunque ella no lo trata en su trabajo.

de modo que la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación; para Sherry Ortner y Harriet Whitehead (1981) se trata de elaboraciones culturales en torno a lo femenino y masculino que constituyen un sistema de prestigio a partir de la preeminencia de los varones en la esfera pública. Coinciden —de manera amplia— en considerar el género tanto como una construcción social implícita en las relaciones sociales como un vínculo de poder, y, al estar en la base de tales relaciones sociales, este ordena la sexualidad, la reproducción humana y la división sexual del trabajo. Como lo coloca Scott (1997): «El género ordena todas las relaciones sociales».

En la misma dirección, Bourdieu (2000) sostiene que la «división del mundo», basada en referencia a «las diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo de procreación y reproducción», actúa como «la mejor fundada de las ilusiones colectivas», lo que lleva a concluir que es necesario mantener, *naturalizadamente*, esta división para que la dominación *se apoye* en una base *sólida*. Scott, siguiendo a Bourdieu, señala que, establecidos como un conjunto objetivo de referencias, «los conceptos de género estructuran la percepción y la organización, concreta y simbólica de toda la vida social» (Scott, 1997: 289, 292).

Aborto y relaciones de género: aproximación desde la teoría de la práctica

En sentido amplio, la «teoría de la práctica» (Bourdieu, 1977; Giddens, 1979; Salhins, 1981; Ortner, 1984, 1996) me ofrece la posibilidad de enmarcar la dialéctica entre la construcción discursiva y las acciones prácticas. La propuesta exige articular los dos abordajes: estudios sobre la construcción de categorías, identidades a través de textos que de una manera u otra son exitosos en imponer acciones y sentidos en los individuos particulares, y estudios sobre las formas en que la gente actúa, negocia, resiste a determinadas «formas sociales», considerando los arreglos estructurales que construyen y constriñen su «agencia» y limitan su poder transformador (Ortner, 1996). Se trata de mantener equilibrios, de

escapar del realismo de la estructura al que el objetivismo [...] conduce necesariamente cuando hace hipóstasis de sus relaciones al tratarlas como realidades ya construidas por fuera de la historia del individuo y del grupo, sin recaer [...] en el subjetivismo [...], incapaz de dar cuenta de la necesidad del mundo social (Bourdieu, 2010: 85).

Esa es la tensión que intenté mantener, haciendo dialogar los discursos y las prácticas, así como la tensión entre lo general y lo particular. En el aborto voluntario, se acopla la dimensión individual de la reproducción con la social, y entran en juego elementos que forman parte de la estructura, relativos a diversos mecanismos de subordinación de la mujer. Estos incluyen el control del cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Desde el campo político, los cuerpos de las mujeres han sido territorios donde se marca el poder masculino, siendo la violación, incluida la marital, su expresión máxima (Tamayo, 2001; Segato, 2003, 2004).

En su dimensión individual, el aborto voluntario puede evidenciar una subversión del control del cuerpo, de la reproducción y de la sexualidad, o podría romper «la mejor fundada de las ilusiones colectivas». La mujer decide y actúa

sobre su propio cuerpo. En esa situación, desde un lugar de subordinación y generalmente en soledad, la mujer toma una decisión que la lleva a ejercer poder sobre la vida misma de una manera dramática. A través de este hecho, muchas mujeres se agencian²¹ de sus propias vidas, convirtiéndose en sujetos morales con capacidad de decisión, pero ese acto que las empodera carece de legitimidad social. Esto no significa que todos o cualquier aborto voluntario transforme a la mujer en sujeto autónomo, agente. Algunas lo serán; para otras, pasar por el aborto será una estrategia de subordinación (Bourdieu, 2000). El aborto voluntario es un hecho social que permite observar la complejidad y amalgama de los niveles, y en parte es producto de las relaciones de género, al tiempo que las produce. En este entramado complejo, se actualizan a la vez que se producen políticas del cuerpo y de la reproducción, con lo cual volvemos a las «estructuras objetivas».

En Uruguay, si bien el aborto es un acontecimiento excepcional en la existencia de una mujer, está inscripto en la vida cotidiana, en cercanías que permiten el ocultamiento social. Dice Agnes Heller: «No hay ninguna *Muralla china* entre la actividad cotidiana y la práctica no cotidiana o el pensamiento no cotidiano, sino que existen infinitos tipos de transición» (Heller, 1985: 59). Dicha vida cotidiana, en el sentido que la autora le otorga, refiere al conjunto de actividades individuales, caracterizadas por la espontaneidad, que actúan sobre la base de la probabilidad y la eficiencia; actividades, en buena medida, inconscientes, conducentes a mantener la posibilidad permanente de la reproducción social. Por ello, el aborto, a pesar de su excepcionalidad, está anclado en esta vida. Las múltiples capas superpuestas están interconectadas, de modo que cada caso concreto condensa en sí toda la complejidad.²²

Especialmente importante en esta investigación es la noción de «*habitus*», que recrea Bourdieu a partir de Marcel Mauss. *Habitus* como

sistemas de disposiciones duraderas y transponibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes; esto es, como principios de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, [...] colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta (Bourdieu, 1977: 72, 2010 [1980]: 86).

Al incluir las condiciones objetivas y las subjetivas, dicha noción me permite analizar el entrelazado de unas y otras en el aborto voluntario, y laudarlo lo social y lo individual, porque el *habitus* es la manera de interiorizar la exterioridad, el lugar de la incorporación de lo social en el sujeto. Sin embargo, no existe determinación social, sino limitantes por las condiciones de producción histórica y por cómo están socialmente situadas. Como tal, el *habitus* es un conjunto de relaciones históricas que se depositan en el sujeto, en cuerpos individuales, es la «historia encarnada» (Bourdieu, 2007 [1980]).

21 Tomo *agencia* básicamente en el sentido de Amartya Sen (2000).

22 Aludo al sentido marxiano de concreto, tal como lo utiliza Heller.

Bourdieu ha avanzado en intentar romper la barrera entre la objetividad estructural y la subjetividad del agente; la idea de *habitus* va en esa dirección. Incluye lo colectivo y lo singular. Philippe Corcuff, un estudioso de Bourdieu, analiza cómo el pensador francés detalla las

diferencias entre los *habitus* de clase y los *habitus* individuales. Nos dice que hay *habitus* de clase porque hay «clase[s] de condiciones de existencias y condicionamientos idénticos o semejantes [...]. El principio de las diferencias entre los *habitus* individuales reside en la singularidad de las trayectorias sociales, a las cuales corresponden una serie de determinaciones cronológicamente ordenadas e irreductibles las unas a las otras» (Bourdieu, *Le sens pratique*, pp. 100-102) (Corcuff, 2009: 21, 22).

La perspectiva teórica feminista tiene como condición la posibilidad de cambios profundos. La noción de cambio carece de un recorte nítido en las obras de los principales autores de la «teoría de la práctica»; más bien, supone la existencia de una «lazada» —como la llama Ortner (1996)—, en la cual las estructuras construyen sujetos y prácticas, y estas, a su vez, reproducen estructuras, en las que es escaso el espacio para las modificaciones.²³ Sherry Ortner (1996) propone sustituir la «lazada» por la búsqueda del desgaste de la reproducción y la erosión de los patrones instaurados desde tiempo atrás, junto con la alerta para detectar los momentos de desorden y de resistencia explícita, introduciendo la posibilidad de cambios en el esquema de la «teoría de la práctica».

Agencia y poder

Este camino requiere de dos conceptos nodales: agencia y poder. Ambos se relacionan con una nueva centralidad del sujeto (ausente en las perspectivas estructuralistas, posestructuralistas, funcionalistas e incluso marxistas). Más de una teórica feminista desde posiciones posestructuralistas y posmodernas abrazó la idea de la deconstrucción del sujeto como acto radical, con elaboraciones teóricas dirigidas a mostrar que el sujeto es solo un efecto ideológico, una posición construida discursivamente (Butler y Scott, 1992). Una reacción frente a esta disolución del sujeto pronto se dejó oír en voces de teóricas del feminismo, de las subalternidades, del poscolonialismo y de la decolonialidad. Este nuevo sujeto se diferencia de aquella categoría filosoficopolítica creada en la Modernidad, caracterizada como varón racional y libre, donde estos eran los atributos que le permitían ser cognoscente y autónomo. La Modernidad definió un sujeto abstracto que correspondía a un tipo especial de sujeto masculino.²⁴

El punto es que en el universo de experiencia de la Modernidad temprana, la mujer no tenía lugar. La mujer simplemente es lo que no es el varón, es decir,

23 Bourdieu ha sido muy criticado por el énfasis en la reproducción, contenido en su propuesta teórica. Sin embargo, él no niega la posibilidad de cambios, incluso abre puertas a ellos (reflexividad, socioanálisis); por el contrario, señala la dificultad en llevar a cabo cambios radicales.

24 De acuerdo a Irigaray (1974), el constructo *sujeto* debe comprenderse como exclusivamente masculino, manifestación de la ideología patriarcal que invisibiliza a la mujer. Acusa tanto a la Modernidad como a la Posmodernidad de sostener el sesgo sexista.

ella no es autónoma ni independiente; de igual modo, no es agresiva sino nutricia, no es competitiva sino dadivosa, no es pública sino privada. El mundo de la mujer está constituido de una sumatoria de negaciones. Ella simplemente es lo que él no es. Su identidad se define por la ausencia —ausencia de autonomía, ausencia de independencia, ausencia de falo. El macho narcisista la hace aparecer igual a él, solo que su opuesto (Benhabib, 1992: 157).²⁵

El sujeto moderno es universal. Tomar como válida la universalidad del estatus de la mujer nos restringe a pensar en oposiciones constantes entre hombres y mujeres y a procurar encontrar las mismas definiciones en realidades espacio-temporales diversas. En su proceso de cimentación, la antropología feminista pasó por instancias de universalización de las categorías,²⁶ aunque sin dejar enteramente de lado la necesidad de profundizar en las particularidades. Más provechoso resulta abrirnos críticamente a preguntarnos cómo esas diferencias se elaboran en cada caso a través de las relaciones de género y de sus representaciones. Tempranamente, Michelle Rosaldo proponía que «[...] el género no es un hecho unitario [...] sino antes un producto complejo de una variedad de fuerzas sociales» (Rosaldo, 1980), alentando la búsqueda de la complejidad.

El pensamiento posmoderno tendió a disolver el concepto mismo de sujeto. La pulverización —propagación de la figura del sujeto moderno en múltiples trozos— posibilitó la emergencia de las mujeres, pero solo en tanto pluralidad de otros. Para encontrar al sujeto *mujer*, habrá que ir como Alicia, detrás del espejo (Irigaray, 1974).

En la producción antropológica, persiste la tensión entre lo universal y lo particular. Las formas estructurantes de organización social, de la percepción y la acción frecuentemente buscan sus fundamentos en los universalismos. Diferenciar entre el «otro generalizado» y el «otro concreto» permite avanzar en la discusión. «La universalidad no es el consenso ideal de seres ficcionalmente definidos, sino el proceso concreto en lo político y moral de la lucha de individuos corporeizados, esforzándose por autonomía» (Benhabib, 1992: 153).²⁷ En otras palabras, agentes.

Desde la «teoría de la práctica», Anthony Giddens (1979) y Marshall Sahlins (1981) presentan una noción de agencia que es tanto producto como productor de la sociedad y de la historia. Pierre Bourdieu (1977, 2010) enfatiza el concepto de agente o agencia, dejando de lado al sujeto filosófico. Desde otra vertiente teórica, dicha idea, desarrollada por Amartya Sen (1995), incluye intencionalidad, aspecto este fundamental de la agencia para Sherry Ortner (1996). La libertad de agencia es «la capacidad de uno mismo para potenciar metas que uno desea potenciar» (Sen, 1995: 75). El problema mayor se presenta al intentar develar las

25 Original en inglés.

26 Algunos trabajos incluidos en las pioneras obras editadas por Rosaldo y Lamphere, *Woman, Culture and Society*, y por Reiter, *Toward an Anthropology of Women*, son búsquedas en esta dirección como ya se discutió en el capítulo anterior.

27 Original en inglés.

formas posibles de agencia de mujeres que desarrollan sus propias identidades en un mundo de estructuras hegemónicas masculinas. ¿Cómo desarrollar una agencia propia que no sea el reflejo en negativo del sujeto abstracto-masculino de la Modernidad? ¿Cómo desarrollar una agencia a partir de un sujeto que se busca detrás del espejo? Reconocer que ser mujer tiene consecuencias políticas en el mundo en que vivimos no conlleva una visión monolítica de la mujer. Asimismo, las relaciones de género no pueden aislarse de otras relaciones de poder que signan la vida en sociedad, de diferentes categorías de discriminación social, culturalmente construidas, que actúan simultáneamente y contribuyen a una sistemática desigualdad social (clase, raza-etnia, orientación sexual, entre otras). Se entrelazan procesos emancipatorios de los distintos grupos que procuran alcanzar la agencia; los derechos humanos contextualizan como prácticas sociales concretas, de modo que el carácter emancipatorio radica en buena medida en la «igualdad de la libertad» (Sen, 2000: 284). Estos procesos, llamados de «decolonialidad» por algunas teóricas feministas cercanas a las teorías poscoloniales (Benhabib, 1992; Hernández, 2005; Mohanty, 2003), son fundamentales en la práctica democrática, entendida esta como un sistema de convivencia centrado en el bienestar y desarrollo de las personas en un ámbito de equidad, justicia y reconocimiento. Las feministas poscoloniales han hecho un aporte significativo al mostrar el etnocentrismo que ha caracterizado al feminismo (teórico y político) en nuestros países. El proceso de decolonización o, mejor dicho, de decolonialidad implica, sobre todo, prácticas colectivas de autorreflexión en el proceso de transformación del yo, por lo que incluye alteraciones en la vida cotidiana, donde emociones, memoria y lazos afectivos cumplen un papel central. La decolonialidad, tal como lo entiende el feminismo, lleva a una emancipación crítica de patrones patriarcales, heteronormativos y raciales (Mohanty, 2003). Para el caso uruguayo, esa decolonialidad continúa siendo una utopía.

La dominación masculina en acción

En las prácticas que se llevan a cabo en la situación de consulta médica cuando una mujer le manifiesta al ginecólogo su intención de interrumpir el embarazo, entra en juego el *modus operandi* y se manifiesta el *habitus* de género. Por ello es que, a partir del diálogo entre un ginecólogo y una mujer que expresa su deseo de interrumpir el embarazo y de las prácticas puestas en marcha por uno y otra, intenté distinguir *habitus* de *género* (Bourdieu, 1986). Tomé como supuesto que el encuentro entre el ginecólogo y la mujer se corresponden con los significados sociales del aborto y las relaciones de género. Considero que el aborto es un fenómeno cultural donde convergen una serie de nociones y representaciones de la sociedad uruguaya (implícitas y explícitas). Las políticas públicas, las asociadas a la salud sexual y reproductiva y más precisamente al aborto, constituyen intentos de normalizar y controlar, en este caso, a través de la reproducción, y se inscriben en los cuerpos de las mujeres concretas que atraviesan la experiencia del aborto.

En este sentido, he tratado de seguir un recorrido que no considere la división público/privado, ya que esta solo tiene sentido en tanto el privado es un recinto incluido en la esfera pública y masculina, cuyo poder confina en él aquello que controla: sexualidad y reproducción. La violencia contra las mujeres ha guardado históricamente una estrecha vinculación con el ámbito privado, muchas veces como recurso disciplinario para asegurar la potestad marital. Es por ello que las modificaciones en las relaciones sexuales, íntimas, pertenecientes a la esfera privada y doméstica, tienen alcance público. Cambiar las prácticas sexuales dentro de una pareja implica alteraciones en el ejercicio del poder dentro de esa pareja, lo cual traspasa los límites de esta para alcanzar las relaciones de género en la sociedad toda (Giddens, 1995). Eso lo sabían muy bien las feministas del Cono Sur que, en los años ochenta, embanderaban el principio «democracia en el Estado y la casa».

Carole Pateman manifiesta que «la dicotomía entre lo público y lo privado oculta la sujeción de las mujeres a los hombres dentro de un orden aparentemente universal, igualitario e individualista» (Pateman, 1996: 33). Esta dicotomía conforma una relación de poder basada en estructuras occidentales, que intenta mostrar una complementariedad donde hay una asimetría. Está lejos de ser una categoría analítica explicativa de relaciones sociales y construcciones simbólicas ligadas al género. El poder se genera y perpetúa en y a través de la reproducción de estructuras de dominación y de distribución desigual. La separación en esferas pública y privada podría ser considerada beneficiosa para la estructura de dominación, por lo que su hallazgo en diversas sociedades reproduce las estructuras de poder en quien hace el análisis y, por lo tanto, crea las categorías.

El cuerpo socialmente construido

El cuerpo es el territorio, el *locus* donde se lleva a cabo el proceso del aborto. Sostengo que se trata de un cuerpo generizadamente sexuado; esto es, el sexo adjudicado al cuerpo está cincelado desde el género y, por lo tanto, es contingente. A la desnaturalización del cuerpo sexuado agregó la influencia determinante de las relaciones de género en su constitución. En el desarrollo de las concepciones científicas sobre el cuerpo sexuado, puede rastrearse la noción de género predominante en la sociedad. Basta recordar los escritos de la Edad Media donde la vagina aparece como un falo invertido. Así, cada momento histórico representa la relación de género en la construcción del cuerpo sexuado.²⁸ Las conceptualizaciones sobre el cuerpo reafirman el lazo de dominación que caracteriza las relaciones de género en la sociedad occidental. La forma de simbolizar, percibir y construir los cuerpos femeninos y masculinos y, especialmente, sus órganos sexuales siguen los esquemas contenidos en el *habitus*. Cuentan, según Bourdieu (2000), con los apoyos simbólicos privilegiados de aquellos significados y valores que están en

28 Laqueur (1990) desarrolla un minucioso estudio sobre la construcción del cuerpo, desde los griegos hasta el siglo XIX.

concordancia con los principios de la visión falocéntrica del mundo. En un trabajo anterior, planteaba que:

El cuerpo físico socialmente forjado es un cuerpo politizado y político, pues la percepción y definición del cuerpo incluye *naturalizadamente* la relación jerárquica a través de un lenguaje metafórico que se convierte en literal representación de la naturaleza bajo la ciencia positivista (Rostagnol, 2001: 86).

En la tradición durkheimiana, las categorizaciones que rodean y definen el cuerpo son de origen social. Mauss profundiza en esta propuesta, advierte que no existe un tipo de conducta natural con relación al cuerpo; por el contrario, todo es el resultado de procesos de aprendizaje, incluida la conducta sexual que condensa la moral del momento (Mauss, 1935). El cuerpo está atravesado por significantes culturales y él mismo, a su vez, los construye. Los trabajos de Mauss no fueron retomados sino hasta la década de los setenta en que —probablemente como consecuencia del enfoque dualista preponderante en la Modernidad— la antropología comienza a preocuparse por el cuerpo como objeto de estudio (Lock, 1993). Para la antropóloga británica Mary Douglas (1978), el cuerpo es un símbolo natural que nos provee de una de las más ricas fuentes de metáforas. El control del cuerpo es una expresión del control social, de manera que «el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico» (Douglas, 1978: 89). Los usos, las prácticas y las representaciones del cuerpo delimitan la pertenencia social, identificando y distinguiendo a los iguales de *los otros* en tanto los diferentes. La construcción social del cuerpo sostiene una correspondencia entre lo físico y lo moral: ciertas maneras de mover el cuerpo, el porte y el cuidado expresan la naturaleza de las personas.

Respecto a la construcción política del cuerpo de las mujeres, sin usar estos términos, alude a ella el trabajo de Emily Martin (1987) al mostrar que la imagen corporal de las mujeres norteamericanas están afectadas de una manera u otra por las visiones biomédicas hegemónicas, por lo cual los aspectos reproductivos tienen un lugar central. A pesar de su apariencia abstracta, la narrativa de la ciencia médica está anclada en la forma particular de jerarquía y control social. Hasta fines de los ochenta, los estudios antropológicos enfatizaron el abordaje del cuerpo como representación, con predominio de enfoques semióticos. En este marco, dentro de la etnología francesa, se sitúan los trabajos de Françoise Héritier (1991a, 1991b), y, en la producción latinoamericana, podemos ubicar los compilados por Ondina Fachel Leal (1995). Todos privilegian el estudio de las representaciones sin problematizar sobre el cuerpo en sí mismo (Citro, 2004).

Foucault (1988) da cuenta sobre cómo la idea del cuerpo-carne dio paso a la idea del cuerpo-mente, es decir, de la preocupación por el control de los cuerpos de individuos relativamente anónimos se pasó a regular la población. Foucault (1986) discute el alcance de la noción de «biopoder», ligada a las técnicas de disciplinamiento. A partir de ello, Giorgio Agamben (1998) desagrega analíticamente la «biopolítica» mediante la oposición de los dos términos griegos que significan la palabra *vida*: *zoé*, la vida biológica, vida desnuda, «la nuda vida»

en términos del autor, y *bíos*, la vida en sociedad, a la que también denomina como «vida política». La política de lo viviente y la política de la vida son las dos fases de la biopolítica. La fusión de ambas estaría comprendida en la «biogegitimidad» (Fassin, 2004), que no es otra cosa que la tendencia al reconocimiento de la integridad del cuerpo más que a la persona, la prioridad dada a lo viviente por sobre lo moral.

Cuerpo-mente y cuerpo-persona: la disolución de los dualismos

Lo que está latente en este análisis es el dualismo *cuerpo-mente* por una parte y *cuerpo-persona* por otro. Los abordajes críticos del dualismo *cuerpo-mente* y las teorías del movimiento elaboradas en contra del cuerpo como objeto surgen, en gran parte, de reapropiaciones de concepciones planteadas por Merleau-Ponty y por Nietzsche, que rompen con el paradigma del dualismo cartesiano hegemónico de la Modernidad. El concepto de «estar en el mundo»²⁹ que plantea la fenomenología de Merleau-Ponty permite pensar la subjetividad de la existencia en el mundo y la libertad de la persona para su desenvolvimiento en tanto sujeto constituyente. Es decir, revaloriza la corporalidad como dimensión constituyente de los sujetos y caracteriza la relación con el mundo como «rigurosa bilateral», para comprenderlo. El sujeto se construye en el vínculo que se genera a partir del cuerpo. La propuesta de Merleau-Ponty (1945) coincide con la de Nietzsche (1882 y 1901) en cuanto a la noción de sujeto y la crítica al racionalismo extremo. La diferencia entre ambos estriba en el modelo de «sujeto corporizado» que plantean; enfatizan experiencias de corporeidad diferente. Para Merleau-Ponty, la percepción es la vía a través de la cual el sujeto entra en comunión con el mundo, «se hace carne con él porque es su carne». Nietzsche destaca el movimiento: el sujeto entra en comunión con el mundo a través de la acción que ejerce sobre él. La «voluntad de poder» es la idea que guía la construcción del sujeto en el mundo.³⁰

Desde la antropología médica, Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock parten del presupuesto de que «el cuerpo es tanto un artefacto físico como cultural, producido tanto natural como culturalmente, y anclado en un momento histórico particular» (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 7)³¹ para problematizar la relación *cuerpo-mente* y arribar a la conceptualización de «cuerpo consciente» (*mindful body*). Deconstruyen la noción de cuerpo en lo que denominan los «tres cuerpos»: uno individual, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del cuerpo propio, que incluye las dimensiones de lo material y espiritual; un cuerpo social, símbolo natural a partir del cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura; y uno político, que implica la regulación, la vigilancia y el control de los cuerpos individuales y colectivos en la reproducción y la sexualidad, el trabajo, el tiempo libre y la enfermedad. Cada uno de estos cuerpos

29 Tomado de Heidegger, pero al cual Merleau-Ponty le otorga un sello propio.

30 Citro (2009) desarrolla profundamente este abordaje.

31 Original en inglés.

está asociado a una tradición teórica: la fenomenología, el estructuralismo y el posestructuralismo respectivamente (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

En las últimas décadas del siglo pasado, la antropología realizó elaboraciones conceptuales que cuestionaron la dualidad *cuerpo-mente* y problematizaron la relación *cuerpo-persona* (Strathern, 1988; Lambeck, 1998; Li Puma, 1998):³² el cuerpo deja de ser representado simplemente como la plantilla para la organización social o la caja negra biológica de la que se recorta la mente.

Hablar de «corporeidad» (*embodiment*) implica considerar el cuerpo como generador de cultura, como campo de percepción y práctica. Thomas Csordas (1993) hace un interesante rescate de la noción de «práctica» de Bourdieu con relación a la de «percepción» de Merleau-Ponty. Señala que la preocupación por el cuerpo trabajada en el dominio de la práctica por Bourdieu es paralela y compatible con el análisis en el dominio de la percepción de Merleau-Ponty. Conjuga el *habitus* en tanto orquestación no consciente de prácticas con el «preobjetivo» de Merleau-Ponty, el cual sugiere que la corporeidad no necesita restringirse al análisis personal y micro, propios de la fenomenología (Csordas, 1993).

Csordas elabora su conceptualización de corporeidad apelando fuertemente a la idea de «estar en el mundo». Plantea que los estudios sobre la cultura, en la medida en que esta es entendida como un estar en el mundo corporizado, requieren de una fenomenología cultural que sintetice la experiencia de la corporeidad con la multiplicidad de significados culturales en los cuales las personas están inmersas (Csordas, 1994: 143). Esta perspectiva permite recuperar el carácter activo del cuerpo, ya que la corporeidad no es solo un lugar para nuestro cuerpo, sino también los mecanismos de proyección corpórea, el lugar desde el cual existo (Csordas, 2003).

Aproximación etnográfica: prácticas y métodos

Las dificultades de hacer antropología en casa

Cuando se hace «antropología en casa» (Jackson, 1987), no existe el corte radical con lo propio para hundirse en la alteridad, sino que nos relacionamos con la «otredad cercana» (Peirano, 1998). Las fronteras a establecer son de orden simbólico. Aquellos a quienes yo transformaba en «nativos» (mujeres y ginecólogos) y yo resultábamos, en ocasiones, idénticos, aunque situados en lugares diferentes.

El contacto con ellos no cesaba. A veces, quería abandonar el campo, pero el campo no me abandonaba. Me llamaba por teléfono una entrevistada en proceso de aborto para compartir sus angustias; me invitaban los ginecólogos a una reunión social de compañeros de trabajo porque ya había pasado a ser considerada una más. Al hacer antropología en casa, etnógrafa y nativos compartimos procesos sociales, estructuras y devenires históricos, cuyas expresiones pueden diferir drásticamente entre una y otros. Sin embargo, esto no permite asegurar

32 Son especialmente fructíferos los trabajos de la antropología de la Melanesia.

en circunstancia alguna una distinción tajante entre nosotros y ellos, casa y terreno, y aún más, tampoco permite asegurar de antemano que aquello registrado corresponda adecuadamente a intereses antropológicos (Faubian, 2009: 253). Esto resulta perturbador cuando se leen una y otra vez las notas de campo y nada parece diferenciarlas de una crónica vulgar. En esos momentos, es preciso tomar distancia para enfrentar lo que considero la mayor de las dificultades: romper con el sentido común.

Al estudiar la propia cultura, se hace necesario tomar la postura de un extraño o, en otras palabras, extrañarse y lograr ser sorprendida (Da Matta, 2004; Madan, 2004). Emily Martin manifiesta que nuestros presupuestos culturales están sólidamente imbricados, de ahí la dificultad para separarlos y poder inspeccionarlos. «[...] Sintiéndome como un pez en el agua [...], como antropóloga, mi problema era encontrar un punto de apoyo desde el cual poder observar el agua en la cual había vivido toda mi vida» (Martin, 1987: 11). Hacer antropología en un ambiente que nos resulta familiar acarrea complicaciones para construir conceptualmente la urdimbre cultural que nos envuelve; sin embargo, es preciso «mostrar la manera en que la cultura se trama, se inventa» (Strathern, 1984: 28).³³ Al interpretar la realidad circundante, al observar los comportamientos de los *otros* tan parecidos a los propios, me surgen las mismas preguntas que se hacía Michael Agar (1980): ¿Por qué las cosas son así?; ¿cuáles son las relaciones de poder y los intereses subyacentes?; ¿tiene idea esta gente de los intereses existentes detrás de sus acciones?; ¿por qué todo parece tan «naturalizado»?

Para avanzar en las respuestas a esas preguntas simples —solo en apariencia—, es necesario dar un paso más; no es suficiente romper con el sentido común, sino que es preciso dejarse interpelar, cuestionarse las propias posiciones sociopolíticas para permitirles que actúen como guía, pero que no oculten parte de la realidad a estudiar.

Este tipo de abordaje implica llevar a cabo un proceso de extrañamiento (Velho, 1978), de reconocimiento de otredades, de descotidianización (Lins Ribeiro, 1988) y de reflexividad (Bourdieu y Wacquant, 1992). Se trata de realizar un trabajo de problematización sobre el material, de avanzar en hipótesis para orientar las nuevas búsquedas que necesariamente conducen a nuevas problematizaciones en un movimiento espiralado cada vez más inclusivo (Achilli, 1992).

Ponerle un punto final al trabajo de campo para dedicarme exclusivamente a la escritura conllevó un tiempo cronológico y un distanciamiento simbólico que me obligó a debilitar los vínculos que tenía con los nativos.

El trabajo de campo

Realicé trabajo de campo desde 2003 hasta 2008. El haber sido tantos años me permitió observar las prácticas de los ginecólogos previamente a la difusión del uso abortivo del misoprostol y a la promulgación de la ordenanza 369/04, que incluye la normativa de atención pre- y post-aborto. Es especialmente interesante

33 Original en inglés.

observar cómo dichos cambios operaron en las prácticas concretas y en los sentidos por ellos asignados a las mujeres en situación de aborto y al papel que a ellos les correspondía.

Dividí en tres instancias el registro de información:

- Una primera de observación participante en el Hospital de la Mujer y en policlínicas barriales;
- Una segunda consistió en cuestionarios y entrevistas dirigidos a mujeres en situación de aborto o que estaban en la sala de espera y a ginecólogos y personal de salud, a lo que se sumó el análisis de publicaciones donde los ginecólogos exponían su posición respecto al aborto;
- La tercera consistió en el relevamiento y análisis de la documentación proveniente de los archivos del Palacio Legislativo, correspondiente al tratamiento de los proyectos de ley que legalizaban el aborto.

Observación participante

El trabajo de campo se realizó en el Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) (salas de espera, consultorios, salas de internación, emergencia, cuartos médicos), en policlínicas públicas de atención primaria en barrios periféricos, así como también en la participación en ateneos médicos y en seminarios de residentes de ginecología.

Si bien las características de mi investigación no requerían un viaje y estadía prolongada, realizar la mayor parte del trabajo de campo en una institución exigió una convivencia diaria. Esto permitió poner de relieve diversas facetas de la etnografía al compartir una gama de experiencias, además de generar lazos afectivos que devinieron en amistades, pero también otros que derivaron en tensiones y desacuerdos. No he seguido la postura tradicional ligada al paradigma positivista; por el contrario, creo, siguiendo a Joanna Overing, que si el propósito de una es entender las creencias y acciones de otros de alguna manera que no sea trivial, el antropólogo como individuo también tiene que poder responder a las reacciones de los otros en una forma compleja, usando sus «capacidades totales de sentir e imaginar» (Overing, 1985: 11). Las emociones como dispositivo cognitivo facilitan encuentros intersubjetivos que, después de todo, son los que caracterizan el trabajo de campo antropológico. En tanto lo emocional y personal no pueden separarse fácilmente de lo intelectual (Okely, 1992: 9), estos se incluyen en el proceso etnográfico. El conocimiento no se revela *al* investigador, sino *en* el investigador, debiendo reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva.

El trabajo etnográfico exige que el etnógrafo forme parte de la misma etnografía. En tanto etnógrafa, integré las «condiciones iniciales» (Agar, 2004: 20) de la realidad que estudié. Mi involucramiento personal también fue parte de la situación investigativa. A través de todo el trabajo de campo estuve integrada a la información que relevé, pero este movimiento exige un esfuerzo de reflexividad (Bourdieu y Wacquant, 1992), es decir, tener conciencia como investigadora sobre mi persona y los condicionamientos sociales y políticos presentes a la hora de realizar esta investigación.

La observación participante exige mantener el «balance entre el involucramiento empático y la separación disciplinada» (Mead, 1973: 248).³⁴ Es en la complementariedad del acercamiento y del distanciamiento donde reside la riqueza de la etnografía, pero estos dos movimientos constituyen, a su vez, una contradicción que debe ser abordada como tesis y antítesis, construcción y deconstrucción que conducen a provisionarias síntesis (Citro, 2009: 99, 100).

La observación en la sala de espera me permitió un acercamiento a los sentidos que las mujeres le atribuyen a la situación que están atravesando, a alguno de los nudos de interés y al contexto en que sus vidas se desarrollan. Las conversaciones informales que mantuve con algunas de ellas, algunas en las que apenas participé y otras en las que me remití a escuchar, me habilitaron una mayor comprensión. La observación participante es un innegable acto cognitivo, ya que la comprensión (*verstehen*) que le es subyacente capta aquello que un hermenéutico llamaría de «excedente de sentido», es decir, las significaciones, por lo tanto, los datos que escapan a cualquier metodología de pretensión nomológica (Cardoso de Oliveira, 2006).

Las observaciones en consultorio se realizaron en silencio con el consentimiento del profesional de salud y de la usuaria. Se mantuvo el anonimato, lo cual protege la intimidad de unos y otras. Se grabaron las consultas con la finalidad de evitar tomar notas durante las mismas.

La observación participante en el cuarto médico y el acompañamiento en las rondas y cambios de guardia, en los ateneos y demás circunstancias de la cotidianidad del hospital me proporcionaron un acercamiento a la comprensión del *habitus* médico y de las complejidades de sus prácticas. El análisis de los repertorios discursivos (Rance, 2002), es decir, de sus maneras de hablar de acuerdo al contexto y al interlocutor, me permitieron contemplar ciertas dinámicas que podrían implicar cambios.

En algunos casos en que la mujer ingresó con aborto incompleto o con alguna complicación, realicé entrevistas a distintos actores involucrados (que incluían a la mujer y a los ginecólogos), a fin de compilar versiones contrastantes de un mismo hecho, narradas por diferentes actores, buscando, en parte, un efecto *Rashōmon*.³⁵ Durante el trabajo de campo, acompañé a varias mujeres en su proceso de abortar, por lo que, en dichos casos, no me resultaba difícil acceder a ella y sus acompañantes. La estrecha relación a menudo establecida con las informantes provocaba que, en ocasiones, mi presencia fuera procura-

34 Original en inglés.

35 En referencia a la película de Akira Kurosawa, producida en 1950. Basada en el cuento escrito por Ryūnosuke Akutagawa en 1915, narra un crimen a través de los relatos de los implicados: la esposa da su versión del crimen y la violación; el asaltante muestra su lucha con el asesinado y la entrega voluntaria de la esposa; el asesinado brinda su versión a través de un médium, detalla la lucha, la traición y su muerte, y, finalmente, un testigo describe el contexto y presenta un desenlace. La historia transcurre durante una tormenta en las semidestruidas puertas de Rashōmon, donde dos monjes discuten casi filosóficamente las acciones, mientras escuchan los cuatro relatos, tratando de entender la naturaleza humana.

da. Del mismo modo, la familiaridad que tenía con el personal médico, como resultado de largos períodos en que acompañé sus rutinas, hacía que mis entrevistas no resultaran intrusivas. Esta técnica, al permitirme contrastar las distintas narrativas sobre un mismo hecho, da la posibilidad de avanzar en producir conocimiento desde una teoría de la práctica, donde se puede detectar puntos en que ocurre la erosión de patrones instaurados (Ortner, 1996).

En ocasiones, mediante la observación participante, entré en contacto con mujeres a quienes acompañé en su itinerario del aborto. Esto facilitó una aproximación a la situación de aborto como experiencia vivida. Existe otro grupo de mujeres con quienes estuve en reiteradas oportunidades durante el trabajo de campo y con quienes conversé informalmente. El tiempo compartido con estas, las conversaciones entre ellas de las que participé, así como los diálogos entablados conmigo, me proporcionaron material importante para detectar elementos que marcan esa experiencia.

El diario de campo fue un instrumento fundamental para reflexionar sobre el proceso. Generalmente, hacía anotaciones en el campo, pero luego, en casa, las releía y completaba con lo que recordaba. Seguí la sugerencia de Miriam Grossi (1992) de hacer el diario de campo en dos partes: una dedicada a la escritura de lo que se observa, meramente descriptiva, y la otra destinada al registro de mis impresiones y sensaciones frente a lo observado, es decir, a lo que sucedía con mi subjetividad, para después también analizarlo. Es crítico documentar las propias actividades, circunstancias y respuestas emocionales como factores intervinientes del proceso de observar y registrar (Emerson, Fretz y Shaw, 1995). Esto me facilitó un espacio para la reflexión antropológica sobre lo que a mí me sucedía en el campo y, así, poder convertir eso en material productivo para el proceso investigativo.

En los apuntes del diario de campo, quedó trazado el proceso de los encuentros y desencuentros en diferentes contextos y circunstancias, el cual constituyó un primer momento de reflexividad en el sentido bourdiano, esa «exploración sistemática de las “categorías de pensamientos no pensados que delimitan lo pensable y predeterminan el pensamiento”, y que guían la realización práctica del trabajo de investigación» (Bourdieu, 1994). Necesité realizar un esfuerzo de reflexividad para traspasar mis posiciones previamente asumidas e intentar entender el punto de vista del nativo cuando este era el ginecólogo. Con ellos, mucho más que con las mujeres, sentí que la relación construida me obligaba a confrontar horizontes semánticos; entonces, la confrontación se convirtió en encuentro etnográfico (Cardoso de Oliveira, 2006: 24).

Cuestionarios y entrevistas

En esta investigación, procuro encontrar los elementos *reales* por detrás de las prácticas y discursos sobre el aborto. Por *real* me refiero a aquello que pueda estar subyacente, del cual los individuos tal vez no tengan plena conciencia (aquello que está detrás de la pantalla). Con este marco investigativo, la información relevada

por cuestionarios y entrevistas solo es válida en la medida en que se complementa con el trabajo de campo. Claudia Fonseca (1999) alerta sobre la necesidad de realizar el «encuadre», y con ello, alude a analizar las interacciones y los sujetos involucrados en los diálogos de manera contextualizada. El texto (material de cuestionarios y entrevistas) adquiere sentido solo en la relación con el contexto.

a. Relevamiento de información entre mujeres

• Entrevistas

Realicé entrevistas individuales a 28 mujeres de sectores socioeconómicos medios y bajos. En ambos estratos sociales, se incluyen mujeres adultas y adolescentes; no obstante, es escaso el número de adolescentes pobres entrevistadas. El criterio de inclusión fue que hubieran pasado por la experiencia del aborto o que estuviesen en situación de aborto al momento de las entrevistas. Algunas mujeres fueron contactadas en las salas de espera durante el trabajo de campo, mientras que a otras llegué a través de la técnica de bola de nieve. Esta técnica parte de la premisa de que los miembros de la población a estudiar se conocen entre sí. Consiste en seleccionar una muestra inicial y en cada entrevista establecer qué otras personas pueden entrevistarse; de ese modo, se incrementa el número de individuos entrevistados. Las entrevistas tuvieron como punto de partida la(s) situación(es) de aborto, las cuales relevaron información sobre la toma de decisión, el itinerario para realizarlo y las vivencias a lo largo del proceso.

La mayoría de estas se llevaron a cabo durante varias sesiones. Esto me permitió desarrollar un vínculo de confianza con la entrevistada. Es necesario resaltar que al tratarse de una práctica ilegal, clandestina, sobre la cual existe una situación de *fuera de la ley*, pero —y sobre todo— con una sanción social hacia la conducta, fue preciso recorrer un camino que fuera generando confianza de parte de las mujeres, a fin de lograr llegar a todos aquellos aspectos que conforman *su* aborto. En Uruguay, si bien es una práctica generalizada, está silenciada.

• Cuestionarios

Apliqué dos tipos de cuestionarios. Uno breve que cumplió varios objetivos, además de proporcionar cierta información; permitió abrir un diálogo con las mujeres y contrastar la información brindada por ellas con la que luego me darían los ginecólogos. Lo empleé en las salas de espera de la Policlínica de Asesoramiento del Hospital de la Mujer y en las tres policlínicas periféricas ubicadas en zonas de asentamientos. Fueron encuestadas 18 mujeres en el primer caso y 12 en una de las policlínicas; 13 y 18, 53 y 39 en las otras dos. En ambas, fui en dos oportunidades con año y medio de

intervalo. La información obtenida de los cuestionarios cubre un período que va del 2004 al 2007.

El otro fue aplicado en dos policlínicas barriales en el marco del proyecto Red Uruguaya de Autonomías/International Planned Parenthood Federation (RUDA/IPPF), en el cual participé, a 87 mujeres de sectores populares. Se trata de un cuestionario extenso, cuya finalidad era obtener información sobre los embarazos no esperados y los abortos efectuados.

- Dibujos o representaciones gráficas sobre su cuerpo
Fueron realizados por las mujeres para detectar la manera en que lo *construyen*, con la idea de que la presentación gráfica facilita la representación de la experiencia corporal. Esta técnica, utilizada por Ceres Victora (1996), se ha mostrado adecuada para indagar en la visión de las mujeres sobre su propio cuerpo, en la que aparece, por lo general, la representación desde la experiencia vivida, y el cuerpo biomédico queda a cierta distancia. El análisis de las representaciones gráficas me habilitó a acercarme a la vivencia corporal de las mujeres.

La suma de técnicas utilizadas me permitieron indagar más profundamente en los porqué y cómo de sus abortos, con la plena conciencia de que estaba entrando en el terreno de lo oculto. Hay una suma de aspectos sociales y personales que dificultan la obtención de información; entre ellos, los que se manifiestan con mayor fuerza son: el deseo de olvidar el aborto, el temor a la sanción social o los efectos de esta, el mandato social de la maternidad, la noción de privacidad respecto al aborto, su clandestinidad y, en ocasiones, la interpelación de sus propios valores sobre su accionar.

Articulé el uso de diversas técnicas. Cada una de ellas me permitió acceder a un aspecto diferente, y la combinación dio cuenta de la complejidad del aborto voluntario y del carácter de hecho social total.

En el siguiente cuadro, presento un resumen del tipo de técnica utilizada y el resultado obtenido en el trabajo de campo con las mujeres.

Técnica utilizada	Información obtenida
Cuestionario simple	Respuestas racionales, lo esperado o lo correcto. (Ej.: siempre usó MAC, no entiende cómo quedó embarazada.)
Cuestionarios más amplios, combinados con conversación y búsqueda de <i>rapport</i> . Mayor número de preguntas abiertas para recuperar sus expresiones.	Cierta resolución de las incongruencias, introducción de respuestas emocionales. (Dos embarazos no planificados, un hijo, «perdí un embarazo».)
Entrevistas pautadas, con amplitud de respuestas, donde se le permite a la mujer <i>explayarse</i> como quiera.	Relatos donde las incongruencias toman cierto sentido.
Entrevistas, generalmente varias sesiones, enmarcadas en la confianza y empatía. Las preguntas obligan a la mujer a cierta objetivación de su situación.	Relatos que se mantienen dentro de lo que la mujer puede aceptar por sí misma, pero que proporcionan una gran información, ya que pueden llegar a ser catárticos.
Presentaciones gráficas de su cuerpo (mujeres que abortaron o en situación de aborto).	Expresión de su experiencia y situación desde una lógica distinta a la verbal.

b. Relevamiento de información entre ginecólogos

Todos los ginecólogos con quienes entré en contacto se formaron en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar). Una vez obtenido el título de grado de médico, cursaron la especialización en Ginecotocología, que tiene tres años de duración. Las especializaciones médicas se dividen en quirúrgicas y clínicas. La Ginecotocología es considerada quirúrgica. La definición oficial dada para la especialización por la Facultad de Medicina es:

«[La] Ginecotocología es una especialidad medicoquirúrgica, encargada de la asistencia integral de la niña, adolescente y mujer adulta, [que atiende] especialmente todas las etapas del período reproductivo (concepción, embarazo, parto y puerperio), así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías agudas y crónicas genitomamarias». ³⁶

- Entrevistas individuales a ginecólogos

Entrevisté a 17 ginecólogos de manera individual: 7 mujeres y 10 varones. En el anexo, se presenta la lista con las características de cada uno de ellos.

Tomé como criterio para la selección de los ginecólogos el cubrir una gama amplia en cuanto a edades, sexo, lugar de trabajo (Salud Pública, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, Universidad de la República, práctica privada), nivel de atención (policlínica de atención primaria u hospital), postura frente al aborto (favorable o contrario a su legalización) y su relación con

36 Tomado del Programa de Formación de Especialistas en Ginecotocología, Facultad de Medicina, Udelar: <http://www.egrado.hc.edu.uy/indexPrinc.htm>.

Iniciativas Sanitarias, a fin de obtener una muestra teóricamente consistente. Algunos de ellos fueron contactados a través de la relación directa que mantuve durante el trabajo de campo; otros, por medio de la técnica de bola de nieve a partir de los ya contactados. Las entrevistas individuales con ginecólogos con quienes compartí mi trabajo de campo tenían la ventaja de que ya había allanado el terreno de confianza. Las entrevistas realizadas a quienes no conocía insumieron más de una sesión, lo que permitió construir un clima de confianza.

- **Entrevistas colectivas**
Se realizaron solo con ginecólogos que trabajaban en el Hospital de la Mujer (HM). Fueron breves por los inconvenientes para coordinar horarios, ya que el régimen de trabajo las dificultaba (guardias de 24 horas unidas al multiempleo). Hubo otras que resultaron de aprovechar el tiempo de descanso en la cafetería —cuya duración dependía del estado de las pacientes— o de momentos tranquilos en el cuarto médico. En cada caso, giraron en torno a un tema definido, por ejemplo, la discusión sobre el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) en los abortos incompletos, el del misoprostol, entre otros, y todas fueron grabadas.
- **Cuestionarios autoadministrados**
Fueron hechos a efectores de salud de policlínicas barriales donde se había implementado la ordenanza 369/04 de asesoramiento pre- y post-aborto. Hubo 84 respuestas: 59 correspondieron a mujeres y 25 a varones, realizados en 2006. Fueron respondidos por ginecólogos, parteras, nurses, enfermeras, asistentes sociales y psicólogos. El propósito del cuestionario autoadministrado fue obtener información sobre sus conocimientos respecto a los abortos, técnicas utilizadas por las mujeres, y sobre la situación legal, así como información general sobre la salud reproductiva.
- **Cuestionario dirigido a 29 ginecólogos**
Todos ellos respondieron voluntariamente y de manera anónima. Fue realizado en 2005. La muestra estuvo constituida por 19 varones y 10 mujeres, entre 35 y 70 años. Excepto dos mujeres (una de 39 y otra de 49 años), todos ellos con hijos. En cuanto a las preferencias religiosas, los practicantes eran seis y pertenecían a las Iglesias Católica, Protestante y Judía. Variaban las inserciones laborales, entre Salud Pública, IAMC, privado, la Udelar y todas las posibles combinaciones entre ellas. El objetivo del cuestionario fue adquirir información sobre sus conocimientos respecto a las modalidades en que las mujeres abortan, a las técnicas utilizadas, los aspectos legales y medicolegales, su posición frente a la

legalización del aborto y a los derechos de las mujeres, y también sobre la anticoncepción, incluida la ligadura tubaria.

- Artículos de ginecólogos extraídos de publicaciones médicas y escritos por integrantes de Iniciativas Sanitarias.

Análisis de discursos

Tomé el material textual proveniente de las actas de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes. Esta comisión invitó a distintos grupos de la sociedad (profesionales, religiosos, activistas, entre otros) para que presentaran su parecer frente al proyecto de ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva.

Completé con el material de las actas de las sesiones de las dos Cámaras, en que se trató el proyecto de ley en ambos períodos legislativos, de modo que el material analizado son documentos que detentan una posición frente al aborto y documentos emanados de las discusiones legislativas. Todas las voces están presentes: aquellas favorables a la legalización del aborto y aquellas contrarias. No interactué con sujetos de carne y hueso, sino con sus productos textuales. Sin embargo, ellos estaban detrás de sus palabras. Esto generó una situación compleja, ya que los sujetos hablantes —cuyos discursos analizaba— son actores en un conflicto que se da en el seno de la sociedad a la cual también pertenezco y sobre el que tengo una posición. Faye Ginsburg (1999) alerta sobre el significado de adoptar el punto de vista nativo cuando la investigación aborda un conflicto social y político en el cual el investigador y sus colegas están comprometidos. La dificultad se presenta al mantener la distancia con los sujetos investigados, dejarlos hablar a ellos y tomarles la palabra. Mantener el encuadre en este análisis constituyó una tarea difícil.

Para el análisis, seguí algunas de las propuestas metodológicas de Catherine Fuchs (1983) sobre cadenas nocionales y también trabajé con elementos del estudio de la enunciación, desarrollado por Patrick Charaudeau y Dominique Maingueneau (2005).

Investigación antropológica, comité de ética y consentimiento informado

En los últimos años, se ha generalizado la exigencia de aceptación del protocolo de investigación por parte de los comités de ética para las distintas disciplinas. En el caso de las ciencias sociales, abocadas a temas más o menos cercanos a las llamadas *ciencias de la salud*, la aprobación por el comité de ética se hace imprescindible. En mi caso particular, el ingreso al CHPR para realizar mi trabajo de campo solo era posible si contaba con la autorización de la Comisión de Ética Médica y Conducta Universitaria de la Facultad de Medicina. Para el ingreso a las policlínicas barriales, no fue necesario contar con autorización alguna, pero eso se explica más por los lazos de confianza entablados con el personal de salud que por razones administrativas.

El problema para obtener la autorización de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina se generó porque los criterios de aprobación se basaban en una investigación de características biomédica o farmacéutica; las de las estrategias metodológicas de la investigación antropológica no se adecuaban a los requisitos solicitados y fue necesario encorsetar la lógica de una ciencia social a los estándares de las ciencias médicas, pues existe un «areacentrismo» o «biocentrismo» (Cardoso de Oliveira, 2004). En antropología, el objeto de estudio se construye o al menos sufre modificaciones en el proceso del trabajo de campo, y lo mismo sucede con algunos aspectos teóricos de la investigación que a la luz de la información relevada se refuerzan, se modifican o incluso surgen otros nuevos. Esta apertura que tiene la antropología, difícil de entender para los colegas de las ciencias biomédicas, no permite delimitar con exactitud el objetivo final de la investigación al momento de iniciarla. Es más, tampoco sería deseable para la producción antropológica «tener una definición bien amarrada y conclusiva formulada al inicio de la investigación» (Cardoso de Oliveira, 2004: 35).³⁷

Uno de los requisitos consistía en que todos los entrevistados firmasen un consentimiento informado. Más allá de las discusiones sobre la pertinencia de este en los trabajos antropológicos, en una investigación sobre las prácticas y representaciones de un delito —recuérdese que el aborto era un delito de acuerdo al Código penal uruguayo al momento del trabajo de campo— no era adecuado que las entrevistadas firmasen algo que las comprometiera penalmente.

La noción de consentimiento informado proviene de los estudios clínicos con seres humanos. Se han hecho extensivos a todos los estudios en el campo de la salud. Se establece que «una persona competente da su consentimiento informado cuando, provista de la información adecuada y sin coerciones, acepta seguir el tratamiento propuesto por el médico o someterse a algún tipo de experimentación» (Luna y Salles, 1995: 45). En el caso de la antropología, la relación que habitualmente se entabla con los informantes implica una negociación continua, y las entrevistas se basan en la buena voluntad de los sujetos involucrados; el trabajo de campo no se entiende de otra manera. El consentimiento de hecho se da cada vez que las personas con quienes interactuamos aceptan dicha interacción. Al mismo tiempo, resulta relevante, como señala Ana Domínguez Mon (2011), reflexionar sobre la idea de persona implícita en los requisitos de las comisiones de ética y preguntarnos si contempla las desigualdades de género, de etnia y de clase.

La aplicación de los criterios de las investigaciones biomédicas a toda investigación me recuerda los debates sobre si existe un único método científico, en el que la física es su modelo, o si, por el contrario, las ciencias sociales o humanas tienen un carácter diferente de las ciencias de la naturaleza. Adhiero a las posiciones que sostienen que las ciencias sociales comparten la rigurosidad metodológica con las ciencias naturales, pero tienen un carácter diferente, por lo que sus

37 Original en portugués.

métodos no son comparables. La extrapolación de la ética de la investigación en el dominio biomédico a todo tipo de conocimiento presenta varios problemas de diversa índole. El más importante estimo que es la confusión de investigar *en* seres humanos con investigar *con* seres humanos. Esta última es la manera que la antropología se relaciona con sus sujetos de la investigación. El primer caso implica una intervención en la persona en la cual los seres humanos son ubicados en situación de cobayos, mientras que la investigación con seres humanos sitúa a las personas como actores, sujetos de la interlocución (Cardoso de Oliveira, 2004). El trabajo de campo es ante todo una relación intersubjetiva.

Para la antropología, existen dos momentos claves en los que es preciso tener presente la ética de la investigadora: el primero tiene que ver con la interacción con los sujetos; el segundo se relaciona con la difusión de los resultados.

Respecto a la interacción con los sujetos de mi investigación, fueron varios los aspectos éticos que tuve presente. Referente a las mujeres entrevistadas, resultaba fundamental tomar responsabilidad sobre los relatos y las posibles situaciones emocionales que la mujer pudiera atravesar. Acompañar a algunas mujeres en su proceso de aborto me colocó en un lugar ambiguo. ¿Quién era yo? Continuaba siendo la antropóloga investigando, pero también me convertí en una persona capaz de contenerlas en momentos difíciles, y, ciertamente, en todos los casos, les daba confianza mi compañía, porque inmediatamente detectaban mi conocimiento sobre el personal del hospital y de las dinámicas. Mantener entrevistas previas al ingreso a la consulta médica también me posicionaba en dicho lugar ambiguo. Más allá de la explicación acerca de mi papel y de lo que estaba haciendo, a las mujeres, a veces, no les quedaba claro, aunque igualmente aceptaban ser entrevistadas. En ocasiones, esas entrevistas se invirtieron, y resulté yo ser la fuente de información sobre dudas de las mujeres respecto al proceso de abortar.

En cuanto al otro grupo de sujetos de mi investigación, los ginecólogos, la relación fue distinta. Con algunos mantuvimos una relación de confianza desde el primer momento; otros, al principio, se sintieron incómodos por mi presencia, no veían ningún beneficio en un estudio antropológico y tendían a colocarse en un punto de superioridad profesional y académica. Las negociaciones en algunos casos fueron constantes.

Tanto con las mujeres como con los ginecólogos me preocupé en preservar su anonimato y privacidad.

Parte 2

EL ABORTO EN URUGUAY

Panorama legal y sanitario del aborto en Uruguay

En este capítulo, presento información necesaria para contextualizar el análisis sobre el aborto voluntario y las relaciones de género en la sociedad uruguaya. Es el marco de referencia dentro del cual se desarrollan las prácticas. Incluye la situación legal y la magnitud del aborto, y luego, de forma más detallada, el aborto en el ámbito de la salud, para el cual paso revista sobre las características del comportamiento reproductivo en Uruguay, el sistema de salud, las políticas en salud sexual y reproductiva y, por último, los procedimientos seguidos por las mujeres para interrumpir sus embarazos.

Situación legal del aborto en Uruguay

La mayoría de los países latinoamericanos tienen legislaciones restrictivas respecto al aborto (Guillaume y Lerner, 2006; Paredes Piqué, 2004; Bermúdez, 1998), y Uruguay no era una excepción a ello al momento del trabajo de campo.

El aborto era delito y estaba penalizado por la ley n.º 9.763 del 28 de enero de 1938. La misma ley presenta atenuantes y eximentes a la pena, siempre y cuando el aborto haya sido realizado por un médico con consentimiento de la mujer, dentro de las primeras 12 semanas, por una de las siguientes causales: peligro para la salud o vida de la mujer, embarazo como consecuencia de una violación, penuria económica u honor.

En el período entre 1934 y 1938, el aborto estuvo despenalizado. De acuerdo a la historiadora feminista Graciela Sapriza (1997; 2000b), esto habría sido más el resultado del peso de las corrientes eugenésicas que consecuencia de ideas liberales. En 1938, es recriminalizado con la ley n.º 9.763, vigente hasta 2012. Esta acción debe entenderse como integrada a un proceso de biopolítica, usando la terminología foucaultiana, ya que se produjo de la mano de una serie de otras acciones que resultaban en la medicalización de la sociedad como mecanismo de control-gobernabilidad. En la construcción del Uruguay moderno, el Estado se valió del proceso de medicalización como elemento de aculturación montevideana en todo el territorio nacional, especialmente el Uruguay rural. La obediencia a las directivas de salud fungió como dispositivo de disciplinamiento a campos más amplios, «habituó al acatamiento del Estado como poder central “razonable” y de los médicos como representantes del poder sanitario» (Barrán, 1992: 173).

Para poder aplicar los atenuantes y eximentes a la pena, la ley del 38 exige que el aborto sea realizado por médicos y con el consentimiento de la mujer. Inmediatamente promulgada la ley que recriminaliza el aborto, se suceden actos

administrativos (ordenanza 179 y decretos complementarios) que constituyen una secuencia de normas que pueden interpretarse como un diálogo entre la práctica permisiva y generalizada del aborto y la tendencia reguladora de disciplinamiento y medicalización (Sanseviero, 2008: 137). Esos actos administrativos especifican el papel central de los médicos en la realización de abortos, los plazos y las causales; les queda explícitamente prohibido a las parteras realizar abortos. Asimismo, definen el carácter obligatorio de la denuncia epidemiológica junto con la confidencialidad sobre la identidad de la mujer. El análisis de los actos de gobierno inmediatamente posteriores a la promulgación de la ley permiten pensar que la consideración del aborto voluntario como delito constituye un mecanismo de disciplinamiento de la población a través del control de su práctica, más que la confirmación del repudio hacia el acto de abortar.

Con el avance del siglo xx, especialmente hacia la segunda mitad, se agudizaron las restricciones al aborto y se volvió más secreta su práctica. Las denuncias de los abortos migraron del campo epidemiológico hacia el penal, dejando de lado la confidencialidad respecto a la identidad de las mujeres. La ordenanza 5/91, promulgada por el Ministerio de Salud Pública en 1991, incluye algunos requisitos contrapuestos a lo establecido por la ley n.º 9.763, entre ellos, la inclusión del «nombre y apellido de la paciente, edad, nacionalidad, profesión y estado civil». Consecuentemente, en los noventa, se tornó frecuente que los médicos denunciasen mujeres que acudían a los servicios hospitalarios con complicaciones post-aborto (Rostagnol, 2003; Sanseviero, 2003), aunque difícilmente esto tuviera consecuencias judiciales. El contexto cultural uruguayo ha sido siempre de «condena, tolerancia y negación» para las prácticas del aborto voluntario.³⁸ El aborto es un delito incluido en el Código Penal uruguayo, lo cual da cuenta de la condena social a la aceptación abierta y explícita de su práctica. Sin embargo, su difusión demuestra la tolerancia hacia el aborto siempre y cuando este se realice silenciosamente, lo que hace posible negar su existencia como problema social. Ese es el contexto en que tienen lugar los sucesivos debates parlamentarios sobre proyectos de ley que incluyen la legalización del aborto.

Con base en un trabajo previo (Rostagnol, 2003), presento, de manera sucinta, las propuestas de cambios legislativos referidos a la despenalización del aborto que ocurrieron desde su recriminalización en 1938, definiendo los siguientes momentos y actores:

1. 1978-1979. Iniciativa de legalización emanada, en plena dictadura, desde la Jefatura de Policía de Montevideo. Se crea, promovida por el ministro del Interior de la época, una comisión integrada por miembros del Ministerio de Justicia y el Ministerio del Interior que elabora un proyecto muy articulado, en el que establece el aborto «por voluntad de la mujer dentro de las primeras 12 semanas de gestación». Las jerarquías militares discuten el proyecto y lo descartan.

38 Esta es la tesis desarrollada por Rafael Sanseviero en *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*.

2. 1984-1985. Período de fin de la dictadura civicomilitar y retorno a la vida democrática. Las organizaciones de mujeres presentan ante la Concertación Nacional Programática (instancia integrada por representantes politicopartidarios y de la sociedad civil organizada que articula un programa mínimo de acuerdos a la salida de la dictadura) el asunto del aborto para ser discutido. Por el funcionamiento consensual de esa instancia, el tema no es aceptado.
3. 1985. Primera iniciativa parlamentaria posdictadura para volver a la despenalización de 1934 presentada por diputados del Partido Colorado: no prospera el debate sobre el tema.
4. 1993-1994. Proyecto de ley de Regulación de la Voluntaria Interrupción de la Gravidéz (presentado por el diputado del Frente Amplio Rafael Sanseviero y elaborado en colaboración con la abogada feminista Graciela Dufau). Establece el «derecho de toda mujer a decidir sobre la interrupción de la gravidéz dentro de las 12 semanas» y a poder acceder a abortos más allá de ese lapso en caso de existir causales de salud u otras. Al tiempo que se consagra el derecho a la objeción de conciencia por parte de los médicos, dispone que los servicios de salud están obligados a contar en su plantilla con profesionales dispuestos a brindar el servicio de aborto. El proceso de elaboración del proyecto de ley contó con varias instancias de discusión con grupos feministas, así como con importantes acuerdos interpartidarios, de modo que es presentado con firmas de representantes de todos los partidos políticos. Es aprobado por unanimidad en la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados, pero no llega a discutirse en el plenario de la Cámara.
5. 1998. El Frente Amplio presenta el mismo proyecto de 1993 con leves modificaciones en la exposición de motivos, pero no prospera su discusión parlamentaria.
6. 2002-2004. En 2001, un aumento en las muertes de gestantes por complicaciones post-aborto llevó a parte de la comunidad médica —reunida en Iniciativas Sanitarias— a la búsqueda de alternativas que permitieran disminuir la mortalidad. El problema en sí mismo, conjuntamente con la presión social, hace reaccionar a la Bancada Femenina³⁹ que desarchiva el anterior proyecto de ley. Esta bancada ejerció un rol protagónico en la presentación del proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva que recoge los contenidos y la articulación del proyecto de 1993-1994, al que le incorpora la educación sexual en la enseñanza formal y la garantía de acceso a métodos anticonceptivos. Es aprobado en diciembre de 2002 por la Cámara de Diputados. Un año y medio después, el Senado vota en contra de su promulgación (17 a 13 votos): algunos legisladores esgrimen

39 La Bancada Femenina está conformada por todas las mujeres legisladoras de ambas Cámaras, titulares y suplentes de los distintos partidos políticos con representación parlamentaria. Por más información: <<http://www.parlamento.gub.uy/parlamenta/bbf.html>>.

la falta de oportunidad política para votar a favor, ya que se trataba de un año electoral. Es destacable el papel desempeñado por la Coordinadora Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva que, liderada por organizaciones feministas, logró una base amplia y plural de apoyo durante los dos años que duró la discusión legislativa.

Contemporáneamente a dicha discusión, la preocupación de los médicos reunidos en Iniciativas Sanitarias se concretó en la elaboración de una normativa de atención pre- y post-aborto, la cual contó con el apoyo de toda la corporación médica.⁴⁰ Esta acción tuvo tres consecuencias en los años siguientes: la primera colocó a los médicos como un actor clave en las demandas por la legalización del aborto; la segunda habilitó que se desarrollaran políticas públicas que atendieran el aborto inseguro, tensando la ley vigente; la tercera, y como resultado de lo anterior, facilitó hablar del aborto en los ámbitos cotidianos, es decir, después de años dominados por una fuerte violencia institucional hacia las mujeres en situación de aborto, estas podían manifestarle al ginecólogo su intención de abortar sin que tuviera consecuencias legales negativas para ella.

En el 2004, una vez fracasado el intento de legalización del aborto, el Ministerio de Salud Pública aprueba la normativa de Atención Pre- y Post-aborto a través de la ordenanza 369/04 quedando fuera la instancia específica del aborto. Resulta significativa la manera como desde el gobierno se opera sobre el aborto: luego de reafirmada su penalización —al haber votado el Senado en contra del proyecto de ley en el mes de mayo—, se implementa (en agosto) una normativa desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) que ayuda a las mujeres a abortar en mejores condiciones y que promueve la confidencialidad de la usuaria.

7. 2007-2008. A mediados de 2007, nuevamente es presentado para su discusión en el Senado un proyecto de ley que incluye la despenalización del aborto con muy pocos cambios respecto al que votó negativamente en 2004. Importa realizar un repaso en relación con la aplicación de las leyes y normativas vigentes a fin de valorar las discusiones. Prácticamente, solo se han realizado procesamientos con prisión por el delito de aborto cuando se produce la muerte de la mujer. De acuerdo a la información presentada por Sanseviero (2003), entre 1989 y 1997 hubo un promedio de 13,7 procesamientos por año por el delito de aborto. En 2000 y 2001, el promedio asciende a 16. Entre enero de 2004 y junio de 2006, para 16 de los 19 departamentos (incluido Montevideo), el promedio anual es de 14 personas procesadas. La información recabada muestra que los procesamientos corresponden al 0,04 % de los abortos ocurridos de acuerdo a la estimación de 33.000 abortos anuales (Sanseviero, 2008: 181, 182). Esto pone

40 La Facultad de Medicina (Udelar), el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad de Ginecología del Uruguay.

en evidencia que se trata de una práctica extendida y tolerada. Sin embargo, es preciso señalar que son casi nulos los abortos realizados dentro de los eximentes y atenuantes que establece la ley. Hasta el 2007, se había registrado un solo caso de aborto «por causal social» (Sanseviero, 2008); son más comunes los casos por causal de violación, especialmente cuando se trata de menores de edad. Sin embargo, en el trabajo de campo entré en contacto con una adolescente violada, con la correspondiente denuncia policial realizada, a quien en la consulta en el Servicio de Asesoramiento en Salud Sexual del CHPR (donde se implementaba la ordenanza 369/04, de asesoramiento pre- y post-aborto) el ginecólogo le propuso realizarse el aborto de manera clandestina, porque el camino burocrático era muy largo. Esto muestra que hasta los ginecólogos más comprometidos en la defensa del derecho de las mujeres respecto a la interrupción de un embarazo evitaban el camino de aplicación de la ley, aun cuando claramente estuviera dentro de los parámetros que eximen de pena. Deja también en evidencia el peso de las burocracias institucionales. Existe una Comisión⁴¹ en el Ministerio de Salud Pública abocada a laudarse sobre estos casos, la cual se ha caracterizado por la lentitud en su tratamiento.

Esto da cuenta de que la ley discutida una y otra vez en el Parlamento es una «ley en desuso», según expresión del jurista Miguel Langón (1979: 26). Este aspecto introduce un campo de interrogantes sobre cuál es el verdadero tema en discusión, ya que resulta por demás asombrosa la ausencia de menciones al incumplimiento de la ley que penaliza el aborto. Esto tuvo su punto más alto en 2007, cuando el procesamiento sin prisión de una mujer como resultado de la denuncia de un médico, motivó que un grupo auto-denominado Nosotros y Nosotras También llevara adelante una campaña de autoinculpación del delito de aborto, que en un mes contó con 9000 firmas que incluían a varios ministros y legisladores, entre otras personalidades.⁴² Como respuesta a la presión ejercida por esa movilización pública, el Sindicato Médico del Uruguay realizó una declaración que operó como respuesta a la práctica del médico cuya denuncia había provocado el procesamiento de la mujer. En esa declaración, se reafirmó que «el secreto médico no es una opción, sino una obligación para los médicos y el equipo de salud»,⁴³ con lo cual quedó garantizada la confidencialidad para con la mujer en situación de aborto.

La presión social resultante del movimiento de autoinculpación hizo que el Senado tratase el proyecto de ley que desde hacía un año estaba a

41 En 1991, se crea la Comisión de Lucha contra el Aborto Criminal, cuyo cometido es recibir las comunicaciones de los médicos que realizan abortos o asistan a complicaciones. En 2005, se transforma en Comisión Asesora sobre Interrupción de la Gestación, aunque no parece haber habido modificaciones en su accionar.

42 El registro de firmas se llevó a cabo a través de internet: <<http://despenalizar.blogspot.com/>>.

43 <<http://despenalizar.blogspot.com/2007/06/defienden-secreto-profesional-mdico.html>>.

consideración sin haber avanzado hasta ese momento. La sociedad civil había ampliado su base. Grupos feministas compartieron con grupos de jóvenes y de derechos humanos y —aunque desde otro lugar— con la corporación médica las actividades de *advocacy*. Las encuestas de opinión daban, entonces, un 63 % de la población favorable a la aprobación del proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.⁴⁴

En noviembre de 2007, el Senado aprueba el proyecto de ley y pasa luego a la Cámara de Representantes, que lo aprueba el 4 de noviembre de 2008 con leves modificaciones. Dentro del plazo estipulado por la Constitución, el 13 de noviembre, el presidente doctor Tabaré Vázquez observa los capítulos relativos a la interrupción del embarazo, vetándolos, con la firma de tres ministros (de Salud Pública entre ellos). Reunida la Asamblea General —único órgano con capacidad de levantar un veto—, la votación favorable al levantamiento del veto no alcanza los tres quintos establecidos constitucionalmente. El aborto, entonces, continúa siendo un delito.

8. 2010-2013. El sello distintivo de este período ha sido que la demanda por la legalización del aborto se volvió un tema central en la agenda de gobierno. En 2010, el segundo gobierno del Frente Amplio contaba con uno de los entornos políticos más habilitantes para avanzar hacia la legalización del aborto. La Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo fue aprobada el 22 de octubre de 2012 después de largas negociaciones en ambas cámaras. Al principio, el proyecto de ley contenía un texto muy similar al de los proyectos que le habían precedido, colocando los derechos de las mujeres como tema central. Sin embargo, a medida que la discusión parlamentaria avanzaba, los derechos de las mujeres disminuían. En sentido estricto, la Ley finalmente no legaliza el aborto, sino que permite que bajo ciertas circunstancias, las mujeres interrumpen sus embarazos.⁴⁵

Magnitud

La primera estimación sobre una base empírica acerca de la magnitud del aborto en Uruguay ubica el número en 33.000 abortos voluntarios anuales como base para el año 2001 (Sanseviero, 2003). Las características sanitarias de Uruguay no permitieron la aplicación del modelo desarrollado por el Alan Guttmacher Institute en Brasil, Perú y otros países de la región. Algunas de estas características derivan tanto del tamaño como de la geografía del país, pero, sobre todo, de sus especificidades sanitarias. En Uruguay, el parto está institucionalizado desde

44 Según una encuesta continua que abarca más de una década, la opinión pública está estabilizada en una relación 7 a 3 0, en el peor momento, 6 a 4 a favor de la despenalización del aborto (Sanseviero, 2008).

45 Este tema está ampliamente desarrollado en Rostagnol (2016).

mediados del siglo xx y existen altos estándares sanitarios (vacuna universal y obligatoria, amplio acceso a agua potable y extensa red de saneamiento).

A diferencia de otros países de la región, en Uruguay no se realizan de manera periódica la Encuesta Mundial de Fecundidad, la Encuesta de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos y la Encuesta de Demografía y Salud, probablemente porque la temprana transición demográfica con los bajos índices de natalidad llevaron a pensar que Uruguay carecía de problemas demográficos. Estas encuestas han estado tradicionalmente asociadas a políticas de control de la natalidad. Se realizó una primera encuesta Nacional de Fecundidad en 1983, publicada en 1988, y, recién 20 años después, en 2005, bajo el liderazgo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA),⁴⁶ se vuelve a abordar el tema con la encuesta de Género y Generaciones.

La información estadística oficial sobre la salud reproductiva no es consistente debido al uso de criterios distintos en el registro de la información. El Ministerio de Salud Pública registra los egresos hospitalarios relacionados al embarazo, parto y puerperio en los hospitales del interior del país según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), pero utiliza un criterio diferente para el registro en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que alberga al Hospital de la Mujer, donde se produce alrededor de un cuarto de los partos del país. Como resultado de ello, la información estadística de acceso público es parcial dada la incompatibilidad de tales registros.

El modelo elaborado en Sansevierio (2003) para la estimación de abortos voluntarios se basó en información secundaria oficial proveniente del Ministerio de Salud Pública y en información de primera mano procedente de los registros de clínicas clandestinas a las que se tuvo acceso. La cifra de 33.000 abortos por año implica una razón de abortos (proporción del número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos) de 38,5. Esto significa que aproximadamente cada 10 concepciones, 3 terminan en aborto.

El aborto desde el ámbito de la salud

Algunas características del comportamiento reproductivo

Uruguay se caracteriza por tener un bajo número de nacimientos: está próximo a los 50.000 anuales. Para el período 2003-2006, se observa un lento pero persistente descenso correspondiente a más de 3000 casos (MSP, 2007). Consecuentemente, la tasa global de fecundidad (TGF) es baja: desciende, a partir del 2002, pasando de 2,22 a 2,04 en el año 2005. En 2004, y por primera vez en la historia de nuestro país, se alcanzaron niveles que comprometen el reemplazo de la población.

46 Proyecto Género y Generaciones, reproducción biológica y social de la población uruguaya. Encuesta Nacional Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. UNFPA. <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones.htm>>

Este proceso continuaría en los años siguientes; actualmente la TGF se encuentra en 1,93 hijos por mujer, de acuerdo a los datos preliminares del Censo de Población de 2011; sin embargo, si se observa la paridez media final (número medio de hijos en mujeres de 45-49 años), esta no bajó de 2,56 en la primera década del siglo XXI. (Varela Petito *et al*, 2014).

El comportamiento reproductivo, lejos de ser homogéneo, presenta diferencias significativas por edad y sector socioeconómico. En las últimas décadas, ha venido aumentando de manera sostenida la fecundidad en la adolescencia en los sectores de menores ingresos. Montevideo concentra la mayoría de los nacimientos (38,7 %). La tasa de cobertura de atención prenatal es elevada (94 %). Alcanza a 94 % el porcentaje de partos institucionales, de los que casi el 100 % son atendidos por personal calificado, de acuerdo a las estadísticas de género (Instituto Nacional de Estadísticas - Instituto Nacional de las Mujeres).

En cuanto a la mortalidad de gestantes, se observa una reducción de la tasa en los últimos años (en 2001, la tasa era de 36,6 cada 100.000 niños nacidos vivos, mientras que en 2004 era de 18,0 aunque hubo un incremento en 2009, llegando a 33,9; disminuye nuevamente siendo 16,4 en 2013).⁴⁷ Prefiero utilizar los términos *mortalidad de gestantes* y no *mortalidad materna*, ya que la maternidad implica un hecho no solo biológico, sino también social y psicológico, a diferencia de *gestante*. En el caso de mujeres que mueren por complicaciones post-aborto, es decir, por su radical decisión de no ser madres, ciertamente no parece adecuado considerarla muerta materna.

Cobertura y sistema de salud

A mediados del siglo XX, Uruguay presentaba un sistema de salud original en el contexto regional, consistente en servicios de salud brindados por el Ministerio de Salud Pública junto con un consolidado sistema de prestaciones de servicios mutuales (IAMC). Estas mutualistas se originaron en las colonias de inmigrantes, al principio destinadas a brindar servicios a su comunidad de referencia y luego expandieron los servicios a la totalidad de la población. De modo que, por un lado, existía el sistema privado, de capital social, en que sociedades de asistencia —propiedad de los médicos o de los socios— cubrían las necesidades en materia de atención de las capas medias y medias altas con capacidad de pagar la cuota mutual, principalmente en Montevideo. Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública orientaba sus servicios a aquellos sectores de la población cuyos recursos no les permitían pagar la cuota, por lo tanto, se los caracterizó como *hospitales para pobres*, especialmente en Montevideo. En el interior, por lo general, el servicio público era el único existente y, en ocasiones, parte del hospital atendía a sectores de capas medias y medias altas de manera privada.

Entre 1960 y 1980, acuerdos bilaterales entre organismos estatales y el mutualismo ampliaron la cobertura a todos los trabajadores formales del sector

47 Información tomada de MSP, *Estadísticas de mortalidad*, disponible en <<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-mortalidad>>.

público y privado, lo que resultó, como observa Constanza Moreira (1999), en un subsidio cada vez mayor al sistema mutual por parte del Estado. Esto se implementó a través del servicio de seguridad social que descontaba un porcentaje del sueldo a empleados y patronos, mediante el cual todos los trabajadores formales tenían cobertura mutual. En la década de los ochenta, apareció un nuevo gestor de salud: los seguros parciales de asistencia. En un primer momento, cubrieron las necesidades de asistencia de emergencia móvil, aspecto que había permanecido descuidado tanto por el sistema mutual como por el público. Esta nueva modalidad de atención privada ya no corresponde a los cánones del sector privadosocial, representado por el mutualismo. Con el tiempo, fueron extendiendo sus servicios, alcanzando una cobertura muy amplia, más costosa que la mutual, quedando fuera del sistema de seguridad social.

En diciembre de 2007, el Parlamento aprueba la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (ley n.º 18.211). Este se propone dar carácter universal al acceso a la salud —en contraposición a las medidas neoliberales que caracterizaron la década de los noventa—, para lo cual pretende quebrar el vínculo entre el pago del servicio y su recepción e igualar la calidad del servicio del sector público y el privado. El proceso de dicha implementación es necesariamente lento. En agosto de 2007, se crea, por ley, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el cual reúne todos los diferentes aportes a la seguridad social, lo que inicia el proceso de incorporación de todos los trabajadores (activos y pasivos) y menores de 18 años a los mecanismos centrales de la seguridad social. Cada persona elige, entonces, la mutualista o el servicio público donde atenderse. Actualmente, coexisten el SNIS, que incluye servicios públicos y mutuales, y las instituciones privadas, asociadas a seguros de salud.

Políticas públicas en salud sexual y reproductiva

En las dos últimas décadas, ha habido una serie de políticas, planes y programas focalizados en la salud sexual y reproductiva. Entre los más importantes por su extensión temporal, se encuentra el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), instrumentado en 1996 por la Intendencia Municipal de Montevideo, vigente hasta el 2009, que incluía el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) al costo. Otro, también implementado en 1996 por el Ministerio de Salud Pública, consistía en un proyecto de fortalecimiento institucional: «Incorporación de un programa de salud reproductiva en el área maternoinfantil con énfasis en la población de necesidades básicas insatisfechas. Maternidad-paternidad elegida». Apenas duró tres años. En un trabajo previo (Rostagnol, 2001), en el cual analizaba las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, señalé que algunas de ellas, bajo el rótulo de programas de salud reproductiva, solo habían realizado un cambio terminológico, ya que, en sustancia, continuaban siendo de planificación de la natalidad. Hay en ello una fuerte influencia de las agendas internacionales posconferencias de El Cairo y Beijing,⁴⁸ cuyos contenidos no habían sido totalmente asimilados

48 Conferencia de Naciones Unidas de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995).

por quienes estaban al frente de los organismos. Acompañaba esos procesos una intensa negociación y *advocacy* por parte de algunas organizaciones feministas.

A partir de 2005, con la consolidación del Programa Nacional de Mujer y Género en el Ministerio de Salud Pública, comenzaron a llevarse a cabo diversas acciones tendientes a atender la salud reproductiva de las mujeres. Entre ellas, universalizar el acceso a los MAC, incluida la anticoncepción de emergencia. En la implementación de los programas, ha sido muy significativo el apoyo de Naciones Unidas. Especialmente importante en este estudio es la ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública y su relación con Iniciativas Sanitarias. Durante el último decenio, la muerte de gestantes por aborto voluntario alcanzó un 27 % del total, lo que la ubica en el primer lugar como causa aislada de mortalidad de gestantes (Briozzo, 2003; Briozzo y otros, 2002). El significado de esta situación debe considerarse en el contexto de un país que dispone de un sistema sanitario de atención con buena cobertura de atención maternofetal y perinatal, por lo que las tasas de mortalidad son bajas, aunque con omisión de normativas de atención post-aborto. El incremento de las muertes producidas por complicaciones post-aborto en 2001 —«una de cada dos mujeres que mueren en el CHPR lo hace por las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo» (Briozzo y otros, 2007: 21)— hace reaccionar a un grupo de profesionales de la salud ligados a las clínicas de ginecología (Facultad de Medicina, Udelar), ubicadas en el CHPR. Estos emprenden la búsqueda de «reducción de riesgo y daño del aborto» y forman lo que pasó a denominarse Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo y luego simplemente Iniciativas Sanitarias (IS), la cual, con el transcurso del tiempo, se consolidó como ONG. Pocos meses después de formada IS, su inquietud se concretó en la normativa de Atención Sanitaria “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, presentada con el respaldo de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina (Udelar) al Ministerio de Salud Pública, en abril de 2002. Este recién la desarchiva y convierte en la ordenanza 369/04 en agosto de 2004, exactamente tres meses después de que el Senado votara negativamente el proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva. Previamente, la normativa de Atención Pre- y Post-aborto se aplicaba tímidamente en las policlínicas de ginecología del Hospital de la Mujer (CHPR) desde mayo de 2003 por parte de quienes la habían impulsado, es decir, Iniciativas Sanitarias (IS). La normativa no estaba aprobada, pero tampoco prohibida. A partir de agosto de 2004, en que el MSP la aprueba como ordenanza, desde IS se toman medidas para extender su implementación con el respaldo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Esta ordenanza establece una normativa de atención pre- y post-aborto. Los objetivos de la consulta inicial (preaborto) son:

1. Preservar y controlar el embarazo;
2. Informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño;

3. Analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de someterse a un aborto provocado.⁴⁹

A nivel de la población, es considerada la consulta previa al aborto, y así también es difundida.

El Ministerio de Salud Pública no llevó a cabo acciones tendientes a implementar la aplicación de la ordenanza de manera generalizada, así como tampoco a promoverla en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC); tampoco sanciones para quienes no la aplicasen. De modo que quedaba en manos de los ginecólogos y administradores de la salud implementarla en sus consultorios y servicios. Actualmente, la normativa está integrada a la ley n.º 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva,⁵⁰ ley de la cual el presidente Vázquez vetó los artículos correspondientes a la legalización del aborto en 2008. En enero de 2011, se aprueba su aplicación en todo el territorio nacional, por lo tanto, mientras realicé el trabajo de campo, la ordenanza no estaba incluida en ley alguna.

Procedimientos para interrumpir embarazos

Un aborto es siempre la interrupción de un embarazo. Tradicionalmente, las mujeres han seguido diversos métodos (Borges y otros, 1989; Pedro, 2003). En su análisis sobre los métodos para interrumpir un embarazo —con base en la información de clínicas clandestinas, ginecólogos y mujeres que habían transitado por el aborto—, Sanseviero (2003) concluye que un 81 % de los abortos se llevaban a cabo mediante procedimientos —si bien clandestinos— «medicalizados», es decir, realizados por profesionales de la salud, ya fuesen médicos, parteras⁵¹ o enfermeras. Las técnicas más utilizadas eran AMEU, dilatación y curetaje; el menor uso es el de sondas y, en algún caso, laminarias. Algunos de dichos profesionales actuaban en clínicas bien equipadas, mientras que otros, en clínicas rudimentarias o improvisadas. Los abortos en ellas practicados tenían ciertas garantías en cuanto a higiene; sin embargo, en todos los casos, las carencias eran múltiples (ausencia de anestésico, rara vez a la mujer se le realizaba un análisis de sangre previo a la intervención y no se consideraba su historia clínica). El 19 % de los abortos restantes eran realizados según los diversos saberes populares o recurriendo a *entendidas*. La técnica más empleada por las *entendidas* era con la sonda, aunque había una gama amplia, ya que con frecuencia combinaban diversos procedimientos. Entre los saberes populares, el más común era el de la ingesta de infusiones de distintas plantas, en la que la ruda (*Ruta Chalepensis*) era una de las más usuales. También era frecuente la introducción de objetos punzantes para *pinchar el huevo*

49 La normativa puede consultarse en Briozzo (ed), 2007, pp. 36-39.

50 En el artículo 4, incluye: «Implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada *Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*».

51 En Uruguay, las parteras son profesionales universitarias, egresadas de la Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Udelar.

(agujas de tejer o tallos de perejil). A partir de 2004, se extiende en todo el país el uso abortivo del misoprostol (previamente era conocido solamente en la zona fronteriza con Brasil). Al igual que en otros países de la región, al conocerse el uso abortivo del misoprostol, se popularizó su uso por el boca a boca, desde algunos profesionales de la salud y desde grupos activistas por la legalización del aborto (Arihla y Barbosa, 1993; Gutiérrez y otros, 2006; Guillaume y Lerner, 2006; González Vélez, 2008).

El misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E₁, desarrollada por G. D. Searle y Compañía en la década de los setenta para el tratamiento de ciertos tipos de úlceras duodenales y gástricas. Actualmente, está aprobado y disponible para esa indicación en cerca de 100 países, tanto desarrollados como en desarrollo. Como todas las prostaglandinas (tanto las producidas por el propio cuerpo como los análogos sintéticos), el misoprostol tiene como efecto el estímulo de músculos, incluido el útero, el cual provoca contracciones: de ahí deviene su uso abortivo. La Organización Mundial de la Salud propone el uso del misoprostol en la inducción de abortos en la guía técnica para abortos sin riesgos (OMS, 2000), y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog) ha elaborado un manual sobre su uso (Faúndes, 2007). Generalmente, cuatro pastillas vía vaginal es suficiente para provocar un aborto en una gestación entre ocho y doce semanas; sin embargo, hay diversas modalidades de uso según avanzan las investigaciones médicas. La ordenanza 369/04 orienta a los profesionales de salud a informar sobre las propiedades del misoprostol, pero no lo pueden recomendar ni recetar.

Su uso ha estado signado por sucesivas restricciones desde el Estado. En cuanto se difundió su uso abortivo, el Ministerio de Salud Pública lo retira de las farmacias a fin de modificar su presentación por una con mayor número de comprimidos, la cual llega a los 30, por lo tanto, de costo más elevado, lo que dificulta el acceso por parte de las mujeres de menos recursos económicos. La venta está restringida: solo con receta de gastroenterólogo. Esto incrementa su valor en el mercado ilegal: algunas farmacias lo venden sin receta a un precio más elevado. Existen distintos tipos de *dealers*; es frecuente ver mujeres en las salas de espera, donde se lleva a cabo el Servicio de Asesoramiento,⁵² a las que se les acercan diciendo que ellas recurrieron a este para provocarse un aborto, pero solo usaron cuatro pastillas, por lo que les venden las unidades sobrantes.

En alguna ocasión, ginecólogos nucleados en torno a 15 denunciaron su venta ilegal⁵³ en las salas de espera de los consultorios de Asesoramiento. También han manifestado su pretensión de ser ellos —los ginecólogos— quienes tengan la habilitación para recetar misoprostol, es decir, que no esté restringido a la receta del gastroenterólogo, pero que tampoco sea de venta libre. En 2006, el Ministerio de Salud Pública reglamenta el uso obstétrico intrahospitalario del

52 Se trata del Servicio de Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva del CHPR, donde se implementa la ordenanza 369/04 que contiene la normativa de atención pre- y post-aborto.

53 <<http://www.iniciativas.org.uy/nosotros/historia.htm>>.

misoprotol, mediante la resolución 158/2006, la cual prohíbe expresamente que se lo recete para retirar de farmacias de cualquier tipo (hospitalarias, comunitarias y comerciales).

Frente a esta situación, algunos grupos feministas, especialmente las auto-denominadas *feministas autónomas*, plantean que las mujeres deben practicarse abortos mediante el uso del misoprostol por sí solas, recurriendo a los profesionales de salud si lo consideran necesario, pero no obligatoriamente. En 2010, se consolidó el grupo Mujeres en el Horno, constituido inicialmente por mujeres que habían atravesado por la experiencia del aborto con misoprostol. Comenzaron a reunirse para compartir sus vivencias y para intentar facilitar el acceso al fármaco a otras mujeres que hubieran tomado la decisión de abortar. Luego, se les unieron algunas activistas. Es un grupo que funciona con suma discreción, ya que la manipulación del misoprostol fuera del uso intrahospitalario está prohibida.

La difusión del uso abortivo del misoprostol y la posibilidad de acceder a este, a pesar de las restricciones, provocó modificaciones importantes en los procesos de aborto, tanto en los aspectos médicos como en los relativos a la subjetividad de la mujer, en su modo de vivir esa experiencia, por lo que cabe marcar un antes y un después. Dicha difusión fue contemporánea a los primeros pasos de la implementación de la ordenanza 369/04, que data de agosto de 2004. La conjunción de ambas modificó las prácticas de las mujeres. En estos últimos cinco años, en Montevideo y área metropolitana,⁵⁴ las mujeres de sectores populares que quieren abortar han oído hablar de *la pastilla*. Difícilmente sepan su nombre, pero saben de su existencia y cómo obtenerla. Se activan las mismas redes: antes lo hacían para procurar conectar a la mujer con alguna *entendida* o para juntar el dinero para pagar una clínica; ahora lo hacen para conseguir *las pastillas* en el mercado ilegal o averiguar cómo se las colocan vía vaginal. También se pasa la voz de que se puede ir al CHPR y, en algunos casos, a la policlínica del barrio (Rostagnol y otros, 2007; Sanseviero, 2008). Las mujeres de mayor capital económico y cultural averiguan el uso abortivo del misoprostol en internet, y algunas, asimismo, lo compran por este medio.

Con la aprobación de la ordenanza 369/04, se abrieron consultorios en el CHPR especializados en asesoramiento en salud sexual y reproductiva. De acuerdo a la información proporcionada por IS, las consultas se incrementaron de 59 en el trimestre mayo-junio de 2004 a 229 en el trimestre setiembre-noviembre de 2004; disminuyó en el trimestre siguiente para recuperar el mismo volumen en el próximo (Briozzo y otros, 2007: 100). Durante 2006, se implementó la ordenanza 369/04 en dos policlínicas, una de ellas ubicada en un barrio periférico y la otra en la zona metropolitana. Los resultados del monitoreo correspondiente (Rostagnol y otros, 2007) muestran que, a pesar de las dificultades para modificar las prácticas de los ginecólogos, buena parte del éxito descansaba en adaptar la normativa a las particularidades de cada policlínica y a la existencia de mecanismos bien

54 No existen estudios de otras zonas del país. La mitad de la población del Uruguay está radicada en esta área.

aceitados con el resto del sistema de salud. Actualmente, IS ha extendido la implementación de la ordenanza 369/04 a varios centros de salud de Montevideo y del interior en el marco de un proyecto financiado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); por su parte, los servicios de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (filial de IPPF) también la han implementado, así como las policlínicas municipales de Montevideo.

No existe información sistematizada respecto al volumen total de mujeres que acuden a la consulta preaborto y cuántas a la post-aborto. De acuerdo al monitoreo epidemiológico realizado por IS en los ocho centros de salud (incluido el CHPR),⁵⁵ donde se coordina la implementación de la ordenanza 369/04, en el período mayo de 2004-julio de 2009, 3215 mujeres concurren a la consulta preaborto; solo un 20 % regresó a la consulta post-aborto (Iniciativas Sanitarias, 2009). Según la estimación de 33.000 abortos anuales, el número de abortos en el período monitoreado ascendería a 165.000. Esto muestra que solo un 2 % del total de mujeres que abortan asisten a las consultas de Asesoramiento; podría pensarse que otro tanto acude a servicios cuya coordinación no corresponde a IS y, por lo tanto, estaba excluido de dicho monitoreo (policlínicas de AUPF, policlínicas municipales de Montevideo, profesionales de salud del primer nivel de atención tanto público como mutual, entre otros). Aún así, es un porcentaje ínfimo.

La mortalidad de gestantes provocada por complicaciones post-aborto ha disminuido significativamente en el bienio 2004-2005 (en comparación con lo sucedido en el período 2001-2003), hecho atribuido por IS a la implementación de la normativa (Briozzo y otros, 2006). Creo necesario ser más cautelosa en la interpretación. Por una parte, la serie (dos años en cinco) es muy corta para arribar a conclusiones. Por otra parte, la disminución de muertes por causa de aborto, si se sigue la casuística, puede ser también el producto de la generalización del uso del misoprostol, que ocurre a partir de mediados del 2004. Es indispensable tener presente la multicausalidad de los fenómenos sociales.

En resumen, en la primera década del siglo, los procedimientos seguidos por las mujeres han sufrido modificaciones importantes como resultado de la implementación (aunque parcial) de la ordenanza 369/04, que habilita la consulta pre- y post-aborto, y por la difusión del uso abortivo del misoprostol. Esos cambios forman parte del análisis que desarrollo a lo largo de este trabajo.

55 El proyecto se desarrolla en los hospitales de Florida, Las Piedras, Canelones y San José, en centros de salud como el Centro Dr. Antonio Giordano en Jardines del Hipódromo, el Centro Auxiliar Ciudad de la Costa y el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Discursos en torno al aborto voluntario

*Estamos nosotros, los legisladores hombres,
decidiendo en abstracto sobre lo que es en concreto
una realidad a la que solamente, y solas,
deben enfrentar las mujeres.*

LEGISLADOR

*La gravedad moral del aborto procurado
se manifiesta en toda su verdad
si se reconoce que se trata de un homicidio.*

IGLESIA CATÓLICA

*Estamos ante la discusión
sobre cuándo empieza la vida de una persona
y si se trata de una persona.*

LEGISLADOR

En este capítulo, abordo los discursos en torno al aborto que se han mostrado exitosos a la hora de influir sobre sus acciones y sentidos en los individuos. Siguiendo la idea general de la teoría de la práctica, acá se trata de analizar la elaboración de aquellos discursos que promueven la construcción de agencia o que obstruyen tales procesos en los individuos. No queda aquí agotada la pluralidad de estos; he tomado algunos que considero especialmente significativos e influyentes, por haber tenido lugar en los procesos de tratamiento legislativo de los proyectos de ley que incluían la legislación del aborto.

Los discursos

Como ya se ha dicho, el aborto es un hecho social, y como tal, conformado por una serie de prácticas y representaciones; los discursos de los distintos actores sociales también son constitutivos del hecho social *aborto*. Foucault (1976) planteaba que la sexualidad concebida como práctica discursiva es productora de realidades, dominios de objetos, rituales de verdad, donde lo que interesa no es expulsar a los hombres de la vida social, sino colocarlos allí, categorizando deseos, fantasías y comportamientos. Del mismo modo, el aborto como ejercicio discursivo también produce realidades, marca el espacio y la densidad de la práctica y categoriza comportamientos y significados.

Una mirada sobre las piezas discursivas seleccionadas permite percibir las diversas modalidades en que se manifiesta el aspecto amortiguador que caracteriza

la sociedad uruguaya (Real de Azúa, 2000). Existen discursos hegemónicos junto con otros débiles provenientes de un contrapúblico subalterno (Fraser, 1993), pero difícilmente existan confrontaciones radicales entre ambos. Los hegemónicos armonizan posturas conservadoras y liberales, sin presentar rupturas agudas, apenas algunos pequeños y suaves movimientos. En 1973, Real de Azúa escribía —y creo que en la primera década del s. XXI mantiene su actualidad— que

un conjunto social que ganó niveles bastante aceptables de vida según las pautas de la época [...] vive en el temor o temblor de sentirse en el filo de perderlos, y solo ayer y hoy concibe como sustancialmente sólidos e idóneos para mejorar su lote, los márgenes que aún ve abiertos para el ascenso personal y familiar. Esa colectividad teme concreta pero sobre todo difusamente cualquier cambio drástico en el que pudieran arriesgarse sus muchos, pequeños y arrebañados privilegios, y sancionarse, aun a través de una renovación general, sus valores, privacidad, seguridad, tranquilidad y ocio como sinónimos de libertad, de justicia, de paz, de bienestar [...] (Real de Azúa, 2000: 79).

Sobre esta forma de ser se extienden discursos sociales y políticos que evitan el choque; la búsqueda de consensos y acuerdos parece más destinada a eludir los enfrentamientos que a administrar disensos. Esto define buena parte del ser uruguayos, desde el fin de la guerra Grande con su «no hay vencidos ni vencedores»,⁵⁶ cuando en realidad sí había unos y otros, hasta la ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado que despliega un manto de olvido, supuestamente para evitar confrontaciones.⁵⁷ Son muchos los ejemplos de sociedad amortiguadora.

Y, respecto al aborto, como señala Danielle Ardaillon, «contrariamente a lo que sucede con los litigios, son conflictos sin solución permanente, son discusiones que no llegan a un consenso definitivo porque sus argumentos no consiguen traducirse a un lenguaje racional universal» (Ardaillon, 1997). Sin embargo, como se vio en el capítulo anterior, la práctica del aborto está tan difundida como ocultada. Recuérdese que 1 de cada 3 embarazos termina en aborto, aunque está penado por la ley, pero escasamente hay procesados por alguno de los delitos incluidos en ella. Aún se mantienen las formas, y solo recientemente el aborto entró en la agenda pública, en los discursos públicos. El conflicto existe solo si está dicho, cuando forma parte del discurso. Las discusiones acaloradas en torno al aborto aparecen solo en los momentos en que su práctica puede volverse tolerada públicamente, es decir, cuando la práctica puja por la legitimidad

56 En el Acuerdo de Paz, firmado en octubre de 1851, se establecía que después de diez años de guerra, no había «ni vencidos, ni vencedores».

57 La ley n.º 15.848 de la Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado estableció la amnistía de los «delitos cometidos hasta el 1 de marzo de 1985 por funcionarios militares y policiales, equiparados y asimilados por móviles políticos o en ocasión del cumplimiento de sus funciones y en ocasión de acciones ordenadas por los mandos que actuaron durante el período de facto». En noviembre de 2009, se volvió a plebiscitar la ley con intención de anularla, pero quedó reafirmada. Actualmente, continúa el movimiento contra la impunidad, buscando alternativas para anularla.

pública. Hago mías las palabras de Faye Ginsburg: «Es significativo que el conflicto sobre el aborto emerge no necesariamente cuando el hecho ocurre, ya que su práctica no es novedad. Las pasiones se levantan cuando es públicamente tolerado» (Ginsburg, 1989: 110).⁵⁸

En las dos últimas décadas, el aborto ingresa de manera casi permanente en la agenda política, pero es en los primeros años de este siglo que su tratamiento levantó voces más airadas en uno y otro sentido. En esto, fue definitorio el papel desempeñado por las corporaciones médicas.

El aborto tiene que ver con la vida y la muerte; en Uruguay, los discursos socialmente legitimados para referirse a una y a otra son de la religión cristiana, especialmente de la Iglesia católica, y de la ciencia, fundamentalmente de la medicina. Por lo tanto, el discurso religioso y el médico ameritan ser analizados. Asimismo, Uruguay tiene una larga tradición de valorar positivamente la ley, la letra escrita, al punto que la igualdad ante la ley ha desdibujado las desigualdades e inequidades sociales. Esto se refleja en el estatus de privilegio que la sociedad ha dado a abogados y jueces a lo largo de su historia. Por ello, vale incluir el discurso jurídico. En otro orden, las protagonistas principales del aborto son las mujeres. Su discurso es débil, son el contrapúblico subalterno (Frazer, 1993), por lo que su situación es radicalmente diferente a los anteriores.

Como mi interés es estudiar los significados del aborto en este momento, voy a tomar el período de 2000 a 2010. En esos 10 años, la legalización del aborto fue motivo de discusión en dos períodos legislativos. Para analizar los discursos médico, religioso, feminista y juridicolegal correspondientes a tales, construí un corpus a partir de las versiones oficiales de las intervenciones que miembros de los diferentes ámbitos tuvieron en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, realizadas entre mayo y setiembre de 2002. La citada comisión reunió y recibió a más de 25 delegaciones de diversas esferas de la vida nacional, incluidos representantes de la sociedad civil organizada, de la academia, representativos de distintas religiones e instituciones nacionales. También incluí en el corpus las actas parlamentarias de los debates que tuvieron lugar entre 2002-2004 y 2007-2008. Finalmente, añadí documentos escritos que sostienen la postura de algunas organizaciones dentro de estos colectivos y a los cuales hicieron referencia en sus alocuciones.

Mi análisis se realizó combinando diversas técnicas, procurando un trabajo fructífero que me permitiese comparar las distintas piezas discursivas y así develar puntos de encuentro y disidencias. Adapté la propuesta de Catherine Fuchs (1983) de «cadenas nocionales» a las finalidades de dicho análisis. Construí cadenas a partir de términos interrelacionados, de designaciones y calificaciones que se manifiestan por la elección de unidades léxicas. Esto me permitió abordar las connotaciones de conceptos centrales como *aborto*, *mujer* y *feto*, junto con otros surgidos del mismo discurso analizado. El producto de la concepción es nombrado de diferentes maneras; cada una conlleva una postura diferente. Así, se lo nombra

58 Original en inglés.

persona, bebé, feto o embrión. A los efectos de este trabajo, he optado por utilizar la denominación *zef* (aludiendo a cigoto-embrión-feto). También tomé algunos elementos del estudio de la enunciación desarrollado por Patrick Charaudeau y Dominique Maingueneau (2005) que me permitió definir el sujeto.

Para cada uno de los cuatro ámbitos (médico, religioso, feminista y jurídico-legal), he elaborado un corpus a partir de la información relevada, en el que los trato como una unidad polifónica; no importa, por tanto, analizar el actor específico en cada enunciación. Vale resaltar, sin embargo, que en todos los casos la elección de los actores radicó en su legitimidad y en la representatividad de sus correspondientes colectivos en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes.

Discurso religioso

En este apartado, utilizo como fuentes las Actas de Sesiones de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, referentes a las visitas de los representantes de la Iglesia Católica, del judaísmo y de algunas iglesias protestantes, así como las declaraciones de la Iglesia Valdense y la Encíclica Evangelio de la Vida. Identifico la religión representada, pero mantengo el anonimato de las personas, excepto en el caso de la Iglesia católica, donde la importancia del discurso deviene de quien lo pronuncia.

«La estrella más apagada del firmamento católico de América», como el chileno Eyzaguirre llamara [...] a la Iglesia oriental.» (Real de Azúa, 2000: 21) ha demostrado ocupar un sitio importante en el concierto nacional en lo relativo a asuntos sobre la sexualidad, a pesar de tratarse de un estado laico, cuya población es poco religiosa en contraste con otras de la región. Para la Iglesia Católica, el aborto es más un tema de sexualidad que uno de vida y muerte (Gutiérrez, 1998, 2002; Klein, 2005).

La influencia católica en el estado laico

Desde las ciencias sociales, se sobreimprimió la dicotomía religioso/secular sobre privado/público, «clausurando la legitimidad de las religiones como dimensión política» (Vaggione, 2007: 7). De esta forma, es posible entender el asombro de las ciencias sociales ante la irrupción de un activismo conservador católico «con pretensiones de convertir en ley de los Estados sus preceptos morales y creencias religiosas» (Mejía, 2003). Hacia fines del siglo XX, los grupos conservadores se concentraron en el control de las sexualidades como elemento disciplinador de la sociedad, es decir, en las relaciones de género y de reproducción. Si bien no es tema de análisis en esta investigación, es preciso mencionar que, durante el tratamiento de los proyectos de ley en el Parlamento, la propaganda contra su aprobación provino principalmente de los grupos pro vida, ligados a la Iglesia Católica,

especialmente al Opus Dei,⁵⁹ y a iglesias neopentecostales.⁶⁰ La Iglesia Católica ha incidido en políticas públicas relativas a la sexualidad (educación sexual, salud sexual y reproductiva, y diversidad sexual). En ocasiones, directamente sobre algunos políticos, pero también a través de su poder económico, principalmente el derivado del Opus Dei, quien en el interior de la Iglesia ha sustituido el tradicional poder de la Compañía de Jesús.⁶¹

A lo largo de los muchos siglos de hegemonía religiosa en occidente, la misma Iglesia Católica ha mantenido distintas posturas, pero siempre emanadas de las autoridades máximas. En tal sentido, vale la pena hacer mención que el Concilio de Elvira (siglo iv) establece penas religiosas severísimas para el adúltero —incluso más que para el homicida. Así, durante los primeros seis siglos de cristianismo, la pena por un aborto no hacía referencias al feto, sino al adulterio que revelaba.

Más adelante, la discusión teológica se dio en torno al momento en que el feto era una persona. Uno de los grandes teólogos de la Iglesia Católica, Tomás de Aquino, afirmaba que no había aborto pecaminoso durante los 80 primeros días a partir de la concepción, ya que en ese período el alma aún no formaba parte del feto. Si no hay alma, no hay vida humana. En 1868, el Papa Pío IX declara que el aborto es pecado en cualquier situación y en cualquier momento, basándose en la tesis de que existe una persona humana a partir del momento mismo de la concepción. Es el punto en que la Iglesia católica reafirma el poder papal a través de la proclamación del dogma de la infalibilidad y en que se acentúa el culto a la Virgen María, que ratifica el modelo de mujer casta, pura y madre (Rosado-Nunes, 1995).

Por lo tanto, la primera noción que se dibuja con claridad es la de la autoridad: solo esta, con el Papa a la cabeza, puede tomar decisiones. Las distintas posturas de la Iglesia Católica a través de los siglos, su posición en torno a matar, así como una serie de otros mandatos, permiten pensar —y lo hago extensivo a las iglesias neopentecostales—, junto con M. A. Gutiérrez, que «la objeción de la Iglesia Católica al aborto parece más centrado en cercenar la autonomía de las mujeres que en el cuidado del feto» (Gutiérrez, 1998: 89).

Guillermo Nugent sostiene que frente a una situación donde desde el punto de vista de la fe y de la influencia directa en el devenir cultural el Vaticano tenía

59 El comienzo de su acción apostólica en Uruguay se define en el Congreso General de la Prelatura, celebrado en 1956 en Suiza, apenas seis años después de sus primeras acciones en América. Está relacionado a varios emprendimientos educativos, entre ellos, la Escuela de Hotelería y Gastronomía del Plata, la Universidad de Montevideo, los colegios Monte VI y Los Pilares.

60 Los grupos neopentecostales uruguayos provienen del neopentecostalismo brasileño y comienzan a extenderse en las décadas de los ochenta y noventa. Al comienzo, primó la Iglesia Dios es Amor; luego, empezó a tener más fuerza la Iglesia Universal del Reino de Dios. La Misión Vida para las Naciones ha logrado una presencia mediática muy importante.

61 Estos aspectos están desarrollados en Rostagnol (2010), *Disputas sobre el control de la sexualidad: activismo religioso conservador y dominación masculina*.

una incidencia decreciente «la opción ha sido abandonar el terreno de la cultura moderna y concentrarse en la capacidad de influencia directamente política» (Nugent, 2004: 106). Todo hace pensar que el Vaticano ha estado más interesado en influir en las conductas y prácticas de los individuos que en su fe. En las últimas décadas del siglo xx y en la primera del presente siglo, el Vaticano parece haber estado disputando su propia batalla, midiendo sus fuerzas con el estado laico secular. Prueba de ello es la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*, emitida por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el Oficio de la Inquisición, el 21 de noviembre de 2002, documento dedicado a los políticos católicos, en el cual se les conmina a seguir las enseñanzas de la jerarquía en temas relacionados con el aborto, la eutanasia y la clonación, dejando de lado los dictados de su conciencia. No se menciona el aspecto de representatividad concerniente a aquello que sus electores pretenden. Estas medidas hacen caso omiso al estado secular; por el contrario, se subraya el poder del Vaticano, de modo que la hostilidad militante de la Iglesia Católica a los derechos sexuales y reproductivos debe ser vista a la luz de un proyecto político y no como una voluntad de instauración de valores morales. Para los nuevos grupos religiosos conservadores, la forma de alcanzar sus objetivos es penetrar en la estructura del Estado, mediante el ejercicio de presión en distintos niveles. Se trata de lograr que se promulguen leyes que deberán ser acatadas por toda la población, porque estas establecen los límites y alcances de las acciones de los sujetos (Mujica, 2007). Entienden como propios los temas de Estado; la división entre espacios seculares y religiosos se vuelve difusa. Cuando el presidente uruguayo Tabaré Vázquez vetó la ley que despenalizaba el aborto, el arzobispo de Montevideo, monseñor Nicolás Cotugno, manifestó su apoyo sin reservas a los argumentos ofrecidos por él. Por su parte, el obispo de Salto, monseñor Pablo Galimberti, manifestó en una columna publicada en el diario *El Pueblo* que «el gesto de nuestro presidente es esperanzador. Es un sí a la vida humana desde sus primeros latidos. Un sí a los futuros niños y niñas que nacerán alentados por este gesto. Un sí a las madres que sentirán mejor la responsabilidad que les cabe en llevar a buen término su embarazo. Cuando la vida humana se devalúa, manipula y mercantiliza, la reafirmación del derecho innato a nacer es profética. Y que las razones alegadas sean de carácter biológico, científico y filosófico es algo admirable en tiempos de confusión». A su vez, el Instituto Tomás Moro de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción en Paraguay otorgó uno de los Premios Tomás Moro 2008 al presidente de Uruguay «por su valiente defensa de la vida humana a través del veto a la ley de Salud Sexual y Reproductiva». También el Premio Testimonio Político por la Vida y la Familia se le entregó a Vázquez por ser «testimonio de un gobernante por el respeto del primer derecho fundamental de todas las personas: el vivir».⁶²

62 Las noticias fueron relevadas por la Agencia Católica de Información (Aciprensa): <<http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=23586>>.

Todos estos son ejemplos de la presencia política del Vaticano y de alguna de sus modalidades para ejercer presión.

Discurso de la Iglesia Católica

La Iglesia Católica es convocada por la Comisión de Salud y Asistencia Social para que presente su posición. El arzobispo Nicolás Cotugno va en tal condición; es interesante señalar la forma en que fundamenta su autoridad:

De ahí que no es Nicolás Cotugno el que está presentando su postura, no es el arzobispo de Montevideo en cuanto doctor de teología, sino que es el arzobispo de Montevideo como representante oficial de la Iglesia católica en plena y absoluta comunión con el sucesor de Pedro, el jefe del Colegio Episcopal, que sucede al Colegio Apostólico [...] (Comisión de Salud Pública, Diario de sesiones, 17 de julio de 2002).

De plano, justifica su discurso en ser el representante oficial del Papa, dada la infalibilidad de este: las palabras de Cotugno no deberían ser cuestionadas.

En su alocución, se refiere a que el pensamiento oficial de la Iglesia Católica respecto al aborto se enmarca en el contexto de la Carta Encíclica *Evangelium vitae* (Evangelio de la vida), formulada por Juan Pablo II. Allí se establece que

la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral. [...] La decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida es siempre mala desde el punto de vista moral y nunca puede ser lícita ni como fin ni como medio para un fin bueno.

En el discurso de la Iglesia Católica, se le da carácter de ser humano al *zef* *per se* y no aparece la necesidad de justificación o argumentación para respaldar la posición asumida.

El arzobispo Cotugno recuerda una afirmación del entonces cardenal Joseph Ratzinger, tomada de Juan Pablo II:

Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo (Comisión de Salud Pública, Diario de sesiones, 17 de julio de 2002).

No es la propuesta de este trabajo discutir las afirmaciones de la Iglesia Católica; sin embargo, no es posible dejar de hacer alguna mención sobre la oposición entre este «nadie puede autorizar la muerte de un ser humano» y las acciones llevadas a cabo por representantes de la Iglesia Católica en distintas circunstancias de apoyo a los procesos dictatoriales en los países del Cono Sur.⁶³

Más adelante, en su alocución, monseñor Cotugno cita al Papa Juan Pablo II para definir el aborto como

63 En Bunster (1991), puede profundizarse sobre la asociación entre la Iglesia católica y torturadores en Argentina.

la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción al nacimiento. La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad si se reconoce que se trata de un homicidio [...]. Se elimina un ser humano que comienza a vivir, es decir, lo más inocente en absoluto que se pueda imaginar: ¡Jamás podrá ser considerado un agresor y menos aun un agresor injusto! Es débil, inerme, hasta el punto de estar privado incluso de aquella mínima forma de defensa que constituye la fuerza implorante de los gemidos y del llanto del recién nacido [...] (Comisión de Salud Pública, Diario de sesiones, 17 de julio de 2002).

Este pasaje alude a la vida como un bien a defender, aunque no ofrece una definición precisa del alcance que se le otorga a esta. Más adelante, me referiré al uso discursivo de *vida* en estos debates. *Zef* es presentado como un ser autónomo, independiente de la mujer que lo contiene y alimenta, cuya vida está generando.

«El no de la Iglesia al aborto quiere ser un sí radical a la vida», y luego agrega el arzobispo, citando la Encíclica *Evangelium vitae*:

Es el Evangelio de la vida para todos. El tema de la vida y de su defensa y promoción no es prerrogativa única de los cristianos, aunque de la fe recibe luz y fuerza extraordinarias; pertenece a toda conciencia humana que aspira a la verdad y está atenta y preocupada por la suerte de la humanidad. En la vida hay, seguramente, un valor sagrado y religioso, pero de ningún modo interpela solo a los creyentes. En efecto, se trata de un valor que cada ser humano puede comprender también a la luz de la razón y que, por tanto, afecta necesariamente a todos (Comisión de Salud Pública, Diario de sesiones, 17 de julio de 2002).

La vida aparece como un bien no definido, aunque de valor universal; toda la humanidad, no solo quienes practican la fe católica, deben defenderla en los términos proclamados en la mencionada Encíclica.

El arzobispo Cotugno continúa citando al Papa:

Repito una vez más que una norma que viola el derecho natural a la vida de un inocente es injusta y, como tal, no puede tener valor de ley. Por eso, renuevo con fuerza mi llamada a todos los políticos para que no promulguen leyes que, ignorando la dignidad de la persona, minen las raíces de la misma convivencia ciudadana.

Y luego, con base en la sentencia enunciada por el Papa, él agrega:

Por lo tanto, la Iglesia anima a los políticos, comenzando por los cristianos a no resignarse y a adoptar aquellas decisiones que, teniendo en cuenta las posibilidades concretas, lleven a restablecer un orden justo en la afirmación y promoción del valor de la vida. No basta con eliminar las leyes inocuas, hay que eliminar las causas que favorecen los atentados contra la vida asegurando, sobre todo, el apoyo debido a la familia y a la maternidad (Comisión de Salud Pública, Diario de sesiones, 17 de julio de 2002).

Puede observarse que las palabras de monseñor Cotugno sustentan la posición de Nugent (2004) respecto a la intervención política del Vaticano en la vida secular de los Estados.

La participación de monseñor Cotugno fue contundente: habló en nombre del Papa, es decir, en nombre de Dios, y nada de lo dicho puede ser cuestionado; ese fue el tono de su intervención, el de la infalibilidad como valor indiscutible y superior.

El discurso analizado revela el peso del dogma dentro de la Iglesia Católica, especialmente, el de la autoridad del Papa en estos tiempos. Se aleja de la postura del papado de Juan XXIII con el Concilio del Vaticano II, en el que múltiples voces dialogaban junto con la participación de las comunidades de base. Este escenario apoya la idea de que el núcleo de la religión es el dogma, ya que la doctrina se establece con precisión en desmedro del ritual (Gellner, 1994).

Discurso de las iglesias protestantes

Entre las iglesias protestantes, no ha habido acuerdo respecto a la posición a tomar frente al aborto. La Comisión de Representatividad Evangélica del Uruguay (CREU), que reúne iglesias evangélicas y protestantes tradicionales⁶⁴ (metodistas, valdenses, bautistas, Asamblea de Dios, entre otras), acudió a la Comisión de Salud y Asistencia Social de Diputados y presentó una postura contraria al proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, que hizo explícita en su intervención y en el documento entregado, algunos de cuyos pasajes fueron leídos.

Este «consta de una breve introducción y luego una primera parte que se intitula “En defensa de la vida y su dignidad”. Eso es lo que queremos destacar, como evangélicos y como personas, que basamos nuestras vidas en los valores que la Biblia nos enseña. Por lo tanto, defendemos firmemente la vida y la dignidad» (CREU, Comisión 297, Comisión de Salud y Asistencia Social, 16 de julio de 2002).

En otros pasajes, advierten sus dudas sobre si enviar a la mujer a la cárcel es la solución. La presentación de la Iglesia Católica no hizo alusiones específicas a la mujer que aborta o al castigo que debe recibir.

La CREU y la Iglesia Católica coinciden en su valoración de la vida por sobre cualquier otro bien. En ambos discursos, *vida* permanece indefinida. En algunas menciones, no parece abarcar más que los aspectos estrictamente biológicos que permitan que *zef* culmine su proceso con el nacimiento. Asimismo, las varias referencias a esta aluden exclusivamente a *zef*: no a la vida de la mujer embarazada.

Si bien solo la CREU fue llamada a la Comisión de Salud y Asistencia Social, algunas iglesias, supuestamente representadas por esta comisión, hicieron circular su desacuerdo. La Iglesia Metodista y la Valdense fueron las más firmes al respecto, fundamentalmente esta última, la cual circuló un documento donde afirmaba no estar representada por la CREU, ni institucional ni conceptualmente. Respecto al aborto, manifestó:

64 Iglesias que se instalan en el Uruguay desde mediados del siglo XIX.

Reiteramos y reafirmamos que motivados por convicciones evangélicas no promovemos ni favorecemos una práctica indiscriminada del aborto, en tanto representa siempre un hecho negativo, doloroso y traumático, especialmente para la mujer que, por diferentes razones, contrarias a su voluntad, debe soportarlo, agravado por la condena y la marginación que la sociedad proyecta hacia ella. Creemos que no se lo puede condenar simplemente con base en el principio (¡tan generalizante como indefinido!) de defensa de la vida, sin antes precisar qué entendemos por *vida* y qué acciones concretas hacemos para defenderla. Detrás de toda interrupción de una gravidez, existe un intrincado y oscuro contexto vivencial, donde interactúan violencias diversas, incestos, marginación, pobreza, falta de educación, medios de prevención, etcétera, etcétera (Iglesia Evangélica Valdense, Comisión de Bioética, 2004).

La declaración de la Iglesia Evangélica Valdense coloca el problema del aborto en el terreno de las relaciones sociales y se aparta del deber ser para ubicar los valores religiosos en diálogo con los imponderables de la vida.

El valor de *vida*

Las tres piezas discursivas (Iglesia Católica, CREU e Iglesia Valdense) aluden a *vida* de manera diferente, aunque en los tres se trata de una concepción central en su argumentación. *Vida* se ha convertido en un concepto lábil, un «signo inestable» (Bajtín, 1981), donde a la sombra de una correspondencia biunívoca entre el significante y el significado, se encuentran múltiples interpretaciones. Solo el contexto y el enunciador otorgan sentido al término. Sin embargo, la lucha por la hegemonía de un significado sobre otro o de la legitimidad de quién es el enunciador adecuado provoca contradicciones y ambigüedades dentro de una misma pieza discursiva. Aparentemente, la vida, tal como aparece en los discursos analizados de la Iglesia Católica y de la CREU, implica la reproducción biológica a través de la familia monogámica heterosexual (el mismo monseñor Cotugno lo relacionó a la familia y la maternidad).⁶⁵ Desde esa connotación, se construye el edificio moral que permitirá la perpetuación de este orden social. A partir de esta noción de *vida*, se opera una serie de mecanismos de control y regulación de los cuerpos, mediante el cual se constriñe la capacidad de acción de los sujetos (Mujica, 2007; Nugent, 2004, 2005; Gutiérrez, 2004). Elina Vuola (2002) advierte sobre la contradicción entre la defensa que hacen los sectores religiosos conservadores de la sacralidad de la vida desde la concepción y que al mismo tiempo sostienen que las mujeres no tienen el mismo grado de humanidad que los hombres: «Toda la construcción de ética sexual del Vaticano es, en último término, fundada en el entendimiento de que las mujeres son humanas diferentes a los hombres —donde diferencia siempre implica jerarquía» (Vuola, 2002: 185). Este razonamiento podría justificar el «control patrimonial de los

65 El análisis más profundo de este punto nos lleva a analizar la oposición de estos mismos grupos religiosos conservadores a la diversidad sexual, especialmente al matrimonio entre homosexuales, y, obviamente, la total negativa a permitir la adopción por parte de parejas del mismo sexo.

cuerpos» de las mujeres. El activismo religioso conservador se autodenomina pro vida. Con esta designación, refuerza la centralidad de *vida* en las argumentaciones contrarias al aborto.

Durante las discusiones en las Cámaras, tanto de Senadores como de Representantes, las barras albergaban activistas pro derechos y pro vida. Estos últimos, oraban en las barras, apenas un susurro que dejaba oír sus plegarias, en algunos casos, manifestando clara hostilidad hacia los parlamentarios favorables a la legalización del aborto. En el último tratamiento parlamentario, integrantes de iglesias evangélicas neopentecostales levantaron un estrado frente al Palacio Legislativo,⁶⁶ desde donde el pastor se dirigía a sus fieles, al tiempo que estos subían a dar testimonio, los cuales eran escuchados a varias cuerdas a la redonda gracias al sistema de altoparlantes. Arengados por el pastor, la gente que rodeaba el estrado gritaba: «¡Perdónalos, no saben lo que hacen!» o «¡alabado sea el Señor!».

Puertas adentro, los legisladores conservadores también apelaban a la *vida* como concepto central desde el cual elaboraban su discurso de oposición al proyecto de ley. Basaban algunos de sus fundamentos en la religión, principalmente en la católica, apoyándose en discursos emanados del Vaticano.

Con la misma fuerza que las religiones apelan a la vida—especialmente la Iglesia Católica, la CREU y los grupos neopentecostales—, basan la condena al aborto en el principio de no matar. Un rápido análisis a este último permite observar que en su discurso no matar no significa defender la vida. Por lo tanto, matar es un crimen; dejar morir no lo es. En algunas ocasiones, tanto la Iglesia Católica como algunas protestantes y las neopentecostales se han opuesto al aborto terapéutico: matar el embrión es un crimen; consentir la continuación del embarazo y que muera la madre o el bebé es simplemente permitir que Dios haga su voluntad. Como señala Uta Ranke-Heinemann, «el principio *no matarás*, correcto de suyo, al que la Iglesia Católica agobia con distinciones, matices y excepciones en lo tocante a las guerras y a la pena de muerte, es llevado aquí *ad absurdum* con la muerte de la madre y del hijo» (citado por Klein, 2000: 111).

El discurso judío

Los representantes judíos presentes en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social no expusieron una única posición, pero sí un acuerdo con base en preceptos de respeto y tolerancia. Acudieron representantes del Comité Central Israelita, del Consejo Internacional de Mujeres Judías y un rabino.

La posición judía general, a través de los miles de años de existencia, ha sido siempre diversa y con perfiles que no son totalmente iguales. Si tuviera que hablar de la historia del pensamiento judío, diría que siempre han subsistido una serie de corrientes diferentes, a veces no coincidentes y otras en oposición, pero la característica judía ha sido la diversidad y el pluralismo. En consecuencia, es muy probable que a través de nuestros dichos se pueda percibir la no

66 En Uruguay, el Palacio Legislativo, también llamado Palacio de las Leyes, es el edificio donde sesionan los Representantes y los Senadores.

homogeneidad de criterios. [...] Si tuviera que resumir la posición judaica, diría que es muy *sui generis*, es decir, no favorece el aborto, pero tampoco lo prohíbe en términos absolutos. No considera el aborto como un crimen, como lo es matar a una persona. [...] Es decir, cada caso debe ser atendido de acuerdo con su peculiar circunstancia. [...] Depende de qué mujer estemos hablando, de cuál es la circunstancia peculiar, de cuál es la naturaleza del caso. Y en consulta con el rabino, la autoridad o el equipo que la atiende, ella va a poder decidir o se va a dirimir ese caso (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Diario de sesiones, 23 de julio de 2002).

Los fragmentos transcritos permiten apreciar el pragmatismo que caracteriza la postura judía frente al aborto. Lo más destacable resulta ser su atención a personas concretas, donde las circunstancias vitales son tomadas en consideración. A diferencia de los otros discursos analizados, en especial el de la Iglesia católica y el de la CREU, no se habla de personas en abstracto ni se hace mención a la vida de manera indefinida, sino que acepta las contradicciones propias del devenir de la vida en sociedad. Existe una aprobación de la persona en tanto sujeto que puede tomar sus decisiones.

Discurso médico

Al igual que con el ámbito religioso, aquí también trabajé con los discursos publicopolíticos de los médicos; a saber, aquellos que asistieron a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Estos incluyen cinco piezas discursivas, correspondientes a los catedráticos de Ginecología (doctores Enrique Pons, José Cuadro y Justo Alonso) y de la Cátedra de Medicina Legal (doctores Guido Berro y Guillermo López) de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República; la Comisión de Género y Políticas de Salud (doctoras Stella Cerruti y Victoria Szuchmacher) y la Comisión de Bioética (doctora María Teresa Rotondo) del Sindicato Médico del Uruguay, y el Tribunal de Ética de la Federación Médica del Interior (doctores Oscar Cluzet y Gregorio Martirena). Si bien las Actas de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social son públicas, al igual que en el caso anterior, mantendré el anonimato de los expositores y la institución de la que provienen. Interesa el discurso médico como un todo, con sus divergencias y contradicciones. Denomino DM (discurso médico) a cada una de las piezas discursivas, de modo que identifiqué los párrafos transcritos como DM1, DM2 y así sucesivamente.

Una de las piezas discursivas analizadas, ya en su primer párrafo, hace referencia al nombre del proyecto de ley. Estiman que se trata de un proyecto sobre la despenalización del aborto, por lo que el nombre, Defensa de la Salud Reproductiva, no es adecuado. Ese mismo argumento aparecerá luego en la discusión parlamentaria.

Dichas piezas abordan el tema oscilando entre dos posiciones: desde el deber ser o desde la práctica médica.

Así, en la primera, se asocia el aborto al tema de la vida, a su defensa, y se hacen especulaciones en torno al aborto eugenésico:

Pro aborto o respeto a la vida, derechos de la mujer o derechos del que va a nacer (DM1).

Pero eso, [la aprobación del proyecto de ley], producirá un aumento del número de muertes fetales, lo que nos suscita un conjunto de reflexiones en el plano ético que hemos creído de justicia poner en el proyecto (DM2).

En esta última, se da por hecho —y en otros pasajes se reitera— el aumento de abortos como consecuencia de su legalización, sin ofrecer argumento científico que lo sostenga, sino que, en su lugar, se apela a una cita de Carl Sagan:

Probablemente no podamos demostrarlo, pero voy a citar a Carl Sagan: la ausencia de demostración de un fenómeno no es demostración de que no vaya a ocurrir. Es decir: es altamente probable que ocurra un incremento en la medida en que la accesibilidad al aborto legal sea real (DM2).

Entre los pasajes que enfatizan la práctica médica, existen distintas posturas respecto al acceso de las mujeres al aborto y al papel que deberían desempeñar las instituciones médicas:

[...] Me preocupa y nos preocupa a todos el hecho de que se permita, a través de una ley de liberación del aborto, la aparición de clínicas con seguros parciales de salud en el que el aborto esté comprendido y signifique un negocio para el médico. La ley expresa que es un acto médico y me parece que debe ser así, pero debe ser un acto médico sin valor (DM2).

¿Dónde se realiza? Es una consecuencia directa de quien lo realiza. Si es un ginecólogo, lo debe hacer en el ámbito adecuado para no caer en las complicaciones habituales que tienen los abortos practicados en lugares no asépticos ni con material ni instrumental adecuados. Y para que no haya mujeres de primera y de segunda, creo que es obligación del Estado procurar la gratuidad del aborto en apoyo a este proyecto de ley, porque es el mecanismo, la obligación o el acto médico gratuito que deja de ser un negocio para ser algo en beneficio de la sociedad. O sea que el médico ginecólogo sería el que debe hacerlo, quien dé todas las garantías sanatoriales u hospitalarias, pero, al mismo tiempo, hacerlo para todas las personas en las mismas condiciones, porque eso sería lo correcto (DM3).

Mientras, en otra pieza discursiva se expresa que es fundamental garantizar la accesibilidad de las mujeres (DM4).

Si bien comparten la preocupación por la gratuidad del servicio, los énfasis son diferentes.

Los pasajes que refieren al aborto desde la práctica médica son también los que refieren a mujeres concretas:

[...] Vemos que hay situaciones de salud de la mujer muy concretas, que podrían haber accedido a determinados recursos que la ley ha entendido como atenuantes y eximentes, pero que por distintas circunstancias en el ámbito de la salud no han podido acceder (DM4).

El discurso médico presenta contradicciones. Algunos sectores manifiestan una visión donde prevalece el deber ser, el cual pretenden promoverlo desde lo legal (fundamentalmente entre quienes sostienen una postura contraria a la legalización del aborto); otros presentan una visión que incluye el quehacer cotidiano de médicos y las vidas de mujeres concretas, en la que prevalece el aceptar y respetar las decisiones del otro y se coloca en segundo lugar las convicciones propias respecto al aborto.

De acuerdo al análisis de las cadenas nocionales (Fuch, 1983), el aborto aparece connotado a salud sexual y reproductiva, a derechos sexuales y reproductivos, a inequidad social y al problema de salud pública.

- Salud sexual y reproductiva

El aborto es considerado una parte de la salud sexual y reproductiva:

El aborto —esta es nuestra posición— nunca podría ser el centro, sino que constituye un episodio particular en el transcurso de vida; es un proceso específico en el que se inscribe la cotidianidad de la vida sexual de una persona y una pareja, que es importante atender y apoyar (DM4).

- Derechos sexuales y reproductivos

[...] Legítima el derecho de la mujer o de la pareja a la toma de decisiones sobre la prosecución, o no, de una gestación (DM4).

- Inequidad social

Las mujeres que están en los estratos inferiores no tienen posibilidades de acceder a la interrupción del embarazo —el aborto— con las seguridades o garantías que sí tienen las que están en los estratos superiores desde el punto de vista económico (DM5).

[...] Es una práctica cotidiana y masiva entre las mujeres de nuestro país, y las condiciones de clandestinidad en que se realiza no solo no disminuyen el número, sino que son causa de serios daños en la salud de las mujeres y que genera situaciones muy diferentes entre ellas (DM4).

Está bien el manejo de las malformaciones y el consejo pre- y post-aborto [...], pero con eso no solucionamos la desigualdad. Aquella mujer que decidió hacerse un aborto se lo va a hacer de cualquier forma. La que tiene medios económicos irá a esas clínicas que figuran en las páginas amarillas de la guía o en enormes carteles de bulevar Batlle y Ordóñez. A la otra, le pincharán el huevo —como decimos nosotros—, le pondrán una sonda, se pondrá un tallo de perejil, tomará los tecitos, y un alto porcentaje terminará muriendo en el hospital (DM5).

- Problema de salud pública

[...] Grave problema de salud en el país, en referencia al incremento en el número de muertes por causa del aborto (DM4).

- Los médicos frente al aborto

Esa no es nuestra función; no somos jueces, policías ni sacerdotes. Nuestra función es ser médicos y, por lo tanto, queremos ayudar a que esas mujeres no mueran ni sean mutiladas. De manera que frente a la confesión del aborto pretendemos actuar como médicos, con criterio sanitario y de

preservación de la vida y de la salud. [...] Lo que no puedo admitir es que cualquier convicción ideológica que yo pueda tener conspira contra la vida de la mujer. Creo que en eso he cambiado radicalmente. Mi obligación no es anteponer mi ideología a la realidad, sino enfrentar la realidad sanitaria que en este momento es un sopapo permanente; eso quisiera proteger (DM5).

Discurso feminista

En esta oportunidad, utilizo el término *feminista* como categoría *emic*, ya que todas las organizaciones de mujeres cuyos discursos analizo se autodefinen como feministas.

Las organizaciones feministas y el aborto

A fin de contextualizar la problemática actual del aborto en las estrategias políticas de los grupos y organizaciones feministas, hago un repaso a lo sucedido a partir del fin del período dictatorial. La voz de las feministas comenzó a escucharse a partir de la restauración democrática entre 1984 y 1985,⁶⁷ la cual se destacó por llevar adelante una actividad importante. Los grupos que levantaban la bandera de la salud de las mujeres, en especial de la salud sexual y reproductiva, eran los menos;⁶⁸ el interés estaba dirigido hacia otros temas. Sin embargo, en los últimos años de la década de los ochenta —la primavera democrática—, el aborto se abrió paso en la agenda feminista. En la década de los setenta, en los países centrales, los movimientos de mujeres —cuyo desarrollo se inició en los años sesenta— se caracterizaban por proponer el derecho al cuerpo; en él se jugarán las percepciones de la diferencia y de la igualdad. En los años setenta, la demanda por aborto seguro y legal aparecía como un principio de libertad individual, ya que las feministas argumentaban que el derecho a la autonomía sobre las decisiones respecto a su cuerpo y a la reproducción formaban parte de su autodeterminación (Durand y Gutiérrez, 1998: 287).

Entretanto, en los países de América Latina durante los años sesenta y setenta, eran otras las banderas de lucha de las mujeres. Luego, en Uruguay —como en los otros países de la región en los setenta—, las mujeres estuvieron silenciadas. Cuando salieron a la luz, se produjo una acumulación de ideas y reflexiones que aceleraron procesos, al contar ya con el trayecto de las feministas de otras latitudes. En unos pocos años, durante los ochenta, las feministas uruguayas realizaron el recorrido que las colocó en los albores de los noventa en el pensamiento feminista global, al tiempo que recuperaron la memoria de algunas feministas icónicas de las primeras décadas del siglo xx (Paulina Luisi y María Abella). Así es que, en

67 Previo al golpe de Estado, la participación politicosocial de las mujeres se canalizaba principalmente a través de la militancia partidaria, la cual vivió una época de efervescencia en la década de los sesenta (Ciedur, 1987).

68 La relación entre los grupos y las organizaciones de mujeres y el Estado respecto a la salud sexual y reproductiva está tratado en Rostagnol, 2001a.

Uruguay, el espíritu de los setenta de las feministas europeas estuvo presente en el primer encuentro sobre la salud de las mujeres efectuado en 1987. En él, el taller sobre el aborto resultó ser el más concurrido;⁶⁹ allí, las participantes afirmaron en voz alta: «Yo aborté», reivindicando la apropiación del cuerpo (¿acaso como una habitación propia?). En ese año, se creó la Oficina Local de Católicas por el Derecho a Decidir —sede de la coordinación de América Latina—, que cumplió un papel muy importante hasta fines del siglo pasado. Como culminación del proceso, se hizo una manifestación muy concurrida: Movimiento de Mujeres por la Legalización del Aborto. A pesar del entusiasmo y la efervescencia, no quedaron registros en los medios sobre la reivindicación por la legalización del aborto por parte de las mujeres. *Yo aborto, tú abortas, todos callamos* publicado en 1989 por el Colectivo Feminista Cotidiano Mujer constituyó un hito que, a través de una serie de testimonios de mujeres que abortaron, asentó una postura política feminista clara.

En los primeros años de la década de los noventa, se llevó a cabo el proceso de elaboración del proyecto de ley de la voluntaria interrupción del embarazo, en el que participaron feministas. El proyecto no llegó a ser tratado en el Plenario de las Cámaras, pero puso el debate sobre el aborto en los medios, en la agenda feminista y en la agenda política. Con posterioridad a ese momento, el tema desapareció: devino una cuestión del orden de lo privado, del cual no se hablaba, que lo transformó en secreto. El debate sobre el aborto salió de la agenda feminista.

Después de El Cairo,⁷⁰ los discursos del feminismo uruguayo se centraron en los derechos sexuales y reproductivos, lo cual también quitó visibilidad al aborto. Esto se constató en el Encuentro Mujer y Salud en Uruguay, organizado por Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) en 1996. En este, se realizaron talleres de mujer y sida, cáncer en la mujer, embarazo adolescente, menopausia, salud mental y violencia, y derechos sexuales y reproductivos. En este último, se hizo una sola mención a la interrupción del embarazo; el taller discutió sobre anticoncepción, planificación familiar, maternidad voluntaria, maternidad como derecho, educación sexual e información, derecho al placer y sexualidad plena (MYSU, 1997). Lentamente, el tópico de los derechos sexuales y reproductivos fue instalándose entre las feministas, especialmente a partir de El Cairo +5.⁷¹ Las feministas dedicadas al tema de la salud se consolidaron en torno a MYSU y se dedicaron al *advocacy* y al *lobby* a nivel de decisores de opinión en las distintas áreas estatales y locales. La Casa de la Mujer de la Unión fue la única instancia feminista que, además, mantuvo de manera constante relaciones con las mujeres de base y contacto directo desde la práctica de una atención alternativa.

69 Comunicación personal con algunas de ellas y mi propia participación como activista.

70 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, organizada por Naciones Unidas, El Cairo, setiembre de 1994.

71 Asamblea General de Naciones Unidas, realizada en 1999 en Nueva York, en la sede de Naciones Unidas, en la cual se revisó el cumplimiento de los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo que se había desarrollado en El Cairo.

Entre 2001 y 2002, como consecuencia del aumento de muertes por complicaciones post-aborto, hubo una gran represión a las clínicas clandestinas. Las muertes y las clínicas desbaratadas fueron noticia diaria, como lo fue Iniciativas Sanitarias, que comenzó a tomar forma entre algunos ginecólogos del CHPR. En esta situación, algunos grupos feministas se organizaron con la finalidad de incidir en la agenda política; otros también se acercaron a los médicos nucleados en torno a Iniciativas Sanitarias, procurando influir con una mirada desde el género en la elaboración del protocolo para el tratamiento pre- y post-aborto y en otros actores legitimados de la sociedad.

Los discursos

Para ahondar en el lugar del aborto entre las feministas uruguayas (conceptualizaciones y alcances), he tomado como corpus para mi análisis los discursos de organizaciones de mujeres que gozan de legitimación social, es decir, los emanados en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, a saber: la Comisión Nacional de Seguimiento (Cristina Grela), Mujer y Salud en Uruguay (Lilián Abracinskas), la Casa de la Mujer de la Unión (Gilda Vera); Cladem (Nea Filgueira y Graciela Dufau) y la carta abierta que la CNS, MYSU y Cladem elevaran a la opinión pública. Al igual que en el caso anterior, mantengo el anonimato de las expositoras y denomino las piezas discursivas correspondientes a las distintas organizaciones como DF (discurso feminista): DF1, DF2 y así sucesivamente. Hay otras organizaciones que pueden tener otras posiciones, pero no fueron llamadas por la comisión, aún cuando sus acciones hayan influido en el devenir de los acontecimientos.

De igual modo que en el análisis del discurso médico, indagué en las connotaciones de *aborto* en las distintas piezas discursivas. Estas son las siguientes:

Debate que hemos seguido; Problemática tratada por Naciones Unidas; Problema de injusticia social; Malas condiciones de salud; Aumento de muertes maternas; Tema sobre el que organismos (FIGO, OMS y OPS)⁷² se expiden; Un grave problema de salud pública, de injusticia social y de derechos humanos; es una expresión de discriminación contra las mujeres.

Existen, además, otras relacionadas con la «muerte», el «riesgo» y el «problema de salud pública», pero también hay relatos que se centran en la mujer en situación de aborto y refieren a la «soledad» y a «miedos que acompañan a una mujer que aborta». En varias piezas discursivas, se coloca el aborto en un lugar de «equilibrio ante la dimensión social e individual de los derechos».

Con base en este mapa de sentidos, he agrupado tales connotaciones en tres ejes:

1. Es un tema de derechos sexuales y derechos reproductivos;
2. Es un problema de injusticia e inequidad social;
3. Es un asunto de salud pública.

72 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Respecto al primero, en todas las intervenciones, las referencias al aborto —excepto en los casos en que la representante de la Casa de la Mujer de la Unión hace referencia a su experiencia directa con mujeres— lo ubican en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, sin relacionarlo a prácticas concretas.

Para finalizar, y reconociendo los esfuerzos realizados por esta comisión parlamentaria, consideramos que este proyecto de ley es insuficiente, ya que se focaliza en un solo aspecto del proceso sexual y reproductivo. Debiera formar parte de una propuesta global, a nivel de política de Estado, que asegure la vigencia de todos los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, constitutivos de los derechos humanos básicos e inalienables en todo el territorio nacional, sin discriminación alguna, como ejercicio de la ciudadanía plena de la sociedad democrática y plural a la que aspiramos. [...] (DF1).

«El tema del aborto lo consideramos incluido en una cuestión mayor que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos.» Y luego, al final de su intervención, plantea: «Por eso, decía al inicio que este tema se enmarca en el de los derechos sexuales y reproductivos. Aquí también tenemos que hablar de educación sexual, del acceso a todos estos medios y no aisladamente. Lo que sucede es que hoy nos convocaron para considerar un proyecto concreto» (DF2).

En ese sentido, nos gustaría no solo hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino también de los de los hombres. [...] No se puede legislar solo sobre aborto; es necesario tomar todas las medidas preventivas, educativas y de implementación de servicios, porque solo la legislación sobre aborto, sea cual sea la decisión a que se llegue, no resolverá el problema (DF3).

Así como abundan las connotaciones sobre derechos sexuales y reproductivos, son muy escasas aquellas que lo relacionan con discriminación de género. Tanto es así que dichas referencias provienen solo de dos intervenciones:

En nuestro caso, tanto con respecto al aborto como a otras políticas que podía haber habido en materia de reproducción, la discriminación se manifiesta por el hecho de que las únicas normas que se mantienen y, en todo caso, se tratan de desarrollar, son aquellas que de algún modo llevan al control de la sexualidad o de la capacidad reproductiva de las mujeres, sin la consulta —diría que necesaria— a ellas. Es decir, las necesidades de las mujeres son interpretadas en un marco mucho más general que tiene que ver con una versión sobre la sociedad donde las mujeres están discriminadas, porque no tienen capacidad de decisión acerca de su propio cuerpo o capacidad reproductiva y están regidas por una norma que les impide elegir u optar libremente (DF2).

Constituye un indicador [...] de discriminación contra las mujeres [...]. Así, las iglesias, los Estados, los gobiernos, los partidos políticos, los profesionales del derecho y de la medicina consideran que tienen más criterio para decidir sobre el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres que las propias mujeres (DF3).

En los discursos analizados, predomina la idea de que el aborto forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, y esa es la perspectiva desde la que se lo aborda.

Hay distintas posiciones dentro del feminismo sobre la subsunción discursiva del aborto en los derechos sexuales y reproductivos (Durand y Gutiérrez, 1998; Gutiérrez, 2004; Palma, 1998; Ardaillon, 1997). La antropóloga feminista Marta Lamas (1997b) expresaba, a fines del siglo pasado, que las discusiones políticas sobre el aborto se centraban en considerarlo un crimen, frente a lo cual, las feministas debieron desarrollar un nuevo discurso con una perspectiva más democrática que dejara de lado los argumentos que apelaban a la apropiación del cuerpo, porque, de esa manera, solo se incluía a las mujeres. En la misma época, la feminista argentina Mabel Bellucci (citada por Durand y Gutiérrez, 1998: 291) sostenía que «posicionar el aborto bajo la etiqueta de derechos reproductivos fue despoliticarlo». Parece bastante claro que los discursos radicales —más en el sentido de pensamiento radical que de radicalismo político—, que enarbolaban la bandera del aborto unido a la apropiación de las mujeres de su cuerpo, se debilitaron cuando el aborto se subsumió en los derechos sexuales y reproductivos. Estos incluían el derecho a abortar en determinadas condiciones. Lo que continúa siendo materia de discusión es si todo lo que implica el aborto puede enmarcarse en los derechos sexuales y en los reproductivos o si, por el contrario, existen otras dimensiones del aborto que van más allá de estos. Los procesos derivados de las conferencias de la ONU parecían mostrar un avance del pensamiento feminista. Sin embargo, los documentos emanados de las mismas subsumieron el derecho individual (a la agencia, al ejercicio de ciudadanía en el propio cuerpo) en uno colectivo que privilegia los aspectos médicos (acceso a procedimientos adecuados). Estos enunciados han influido fuertemente en las agendas del movimiento feminista.

Con relación al segundo eje, el aborto como problema de inequidad e injusticia social, las piezas discursivas analizadas presentan dos planteos que pueden considerarse complementarios. Por un lado, el señalamiento directo de la ilegalidad del aborto como problema de inequidad social; por otro, la referencia al aborto como problema en tanto puede tener consecuencias graves en la salud de las mujeres pobres, el cual se entrelaza con el tercer eje (problema de salud pública).

«Mantener la ley vigente es, por lo tanto, una hipocresía y un acto de discriminación contra las más desprotegidas» (carta abierta).

[...] Un grave problema de salud pública, de injusticia social y de derechos humanos. Es una expresión de discriminación contra las mujeres, dado que las muertes maternas son evitables, y esto hoy debería medirse como un indicador de desarrollo de un país (DF3).

[...] Es el final de la cadena en la que mueren mujeres, especialmente las de menores recursos, a causa del aborto de riesgo, en condiciones sépticas o en las manos de personas sin idoneidad. [...] La ilegalidad y clandestinidad del aborto es un acto de violencia contra las mujeres, ya que pone en riesgo sus vidas y las de sus familias (DF1).

Y más adelante, añade:

Felicitamos nuevamente a esta comisión por la iniciativa tomada para evitar esas muertes, que son realmente evitables (DF1).

Es interesante notar que, sin dejar de lado el problema obvio que constituye tanto la muerte como las mutilaciones u otras consecuencias para las mujeres, el discurso feminista analizado enfatiza estos aspectos y no los directamente ligados a la relación entre la legalización del aborto y la apropiación del cuerpo como instancia del proceso de empoderamiento de las mujeres. No contempla la idea de que la legalización del aborto habilita el derecho de las mujeres a decidir la interrupción o no de su embarazo, que le permite ejercer el derecho al propio cuerpo como elemento de libertad —asuntos estos que estaban presentes en los discursos feministas pro legalización del aborto de los países europeos en las décadas de los sesenta y setenta. En este sentido, vale la pena señalar que existe cierta coincidencia entre el discurso feminista y los enfoques epidemiológicos; no obstante, este hincapié en los rasgos sociosanitarios del aborto tiene un contrapeso con los énfasis en los derechos reproductivos y sexuales. Las circunstancias del aborto para las mujeres de capas medias y altas (donde están ubicadas la mayoría de las agentes de los discursos feministas) no se muestran problematizadas. Las referencias son las programáticas:

Entendemos que deben acceder en forma autónoma al derecho a la atención del aborto sin riesgo. Esto requiere una atención especializada, con servicios de consejería para niñas, niños y jóvenes de ambos sexos, en el marco de un plan integral de atención a la salud (DF1).

El tercer eje del aborto como problema de salud pública aparece frecuentemente entrelazado con la problemática derivada de la inequidad social. Sin embargo, es relevante destacar que, en varias oportunidades, se apela a argumentos epidemiológicos para fundamentar la necesidad de legislar sobre el aborto, lo cual lo ubica como problema de salud pública.

Hoy nos enfrentamos a un aumento de la causal de muerte materna por aborto inseguro en el Uruguay [...] (DF1).

Lo último que hemos recogido nosotras como información es que el circuito clandestino se ha clandestinizado aún más, sobre todo, en cuanto a las condiciones de riesgo, y el hecho de que el circuito se haya clandestinizado no desestimula a las mujeres, sino que las pone cada vez más en situación de riesgo. Entonces, se puede prever que las muertes maternas por aborto inseguro vayan en aumento y no en descenso. Por eso, las iniciativas sanitarias que ha tomado un grupo de médicos, que ustedes recibieron, nos parecen sustanciales para el debate (DF3).

Finalmente, cabe señalar que a pesar de la legitimidad que estas organizaciones feministas sustentan —en tanto son grupos llamados por los parlamentarios para expresar su parecer respecto al proyecto de ley— siguen teniendo un «discurso subordinado» (Fraser, 1993). En consideración de esta situación, se evidencia el seguimiento de estrategias de legitimación externas al

feminismo. Bourdieu (1985) afirma que la autoridad de un enunciado proviene de la autoridad misma de quien lo enuncia, más que de su contenido. El agente que enuncia puede no ser el enunciador. Discursivamente, esto se advierte por el uso mayoritario de la tercera persona del singular o el impersonal precedido por *se*, de modo que lo dicho queda dicho por una entidad supradiscursiva. Esta es la generalidad de los enunciados del corpus analizado. La excepción procede de una de las voces de la Casa de la Mujer de la Unión, donde el enunciador es la Casa misma, que se yergue en la autoridad del mensaje, el cual se refiere a su praxis cotidiana. La primera persona del plural está poco presente en los discursos y alude mayoritariamente a un casi anónimo *nosotras las mujeres*; es muy escaso el uso del *nosotros* inclusivo (la hablante y los escuchas). Junto con esto, se percibe que casi la totalidad de las intervenciones son expositivas —no procuran el diálogo—, y el destinatario de la exposición es poco claro. Las referencias a las situaciones concretas derivaron de organizaciones que además de dedicarse al *advocacy* realizan trabajos de intervención directa. En los otros casos, las intervenciones apuntaban a interpretaciones del proyecto de ley en discusión o a alusiones a acuerdos emanados de las conferencias de Naciones Unidas.

El discurso feminista menciona reiteradamente las diferencias entre mujeres. En algunas piezas más que en otras, se especifica que las mujeres pobres son quienes corren peor suerte, pero no se expresan otras fuentes de inequidad. A pesar de los matices existentes entre ellos, la problemática etnicorracial u otros ejes de inequidad social no son integrados. Cuando se habla de «nosotras» (el cual es un *nosotras las mujeres*), el constructo *mujer* se basa en las características de las mujeres de capas medias.

Discurso juridicolegal

Por último, el discurso juridicolegal. Tiene algo de síntesis, en tanto contiene discursos emanados por juristas en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y provenientes de los legisladores (diputados y senadores), en ocasión del tratamiento parlamentario; legisladores que, de una manera u otra, tuvieron en consideración todos los discursos vertidos en las consultas de la comisión respectiva.

Al inicio del capítulo, hice referencia a que el plano discursivo permite observar la manera en que se va conformando la modalidad amortiguadora; el discurso jurídico es central en esto, por el lugar de privilegio que la sociedad uruguaya le otorga y porque su misma práctica —elaboración e implementación de leyes— produce y reproduce este aspecto. Real de Azúa señala:

El exitoso ejercicio del arbitraje entre demandas de distinta proveniencia y una caudalosa inventiva legal y constitucional, siempre presente cuando había de salirse del paso en momentos difíciles, afinó las destrezas de este personal y concurrió, junto con otros determinantes más generales, al alto grado de legitimidad que sostuvo a todo el sistema (Real de Azúa, 2000: 52).

Contractualistas y comunitaristas

La comprensión de los discursos juridicoclegales exige tomar en cuenta las posiciones contractualistas y comunitaristas, que están en la base de varios de ellos. Las discusiones sobre la legalización del aborto colocan sobre la mesa la cuestión de los derechos ciudadanos de las mujeres, tensada por la antinomia de ser consideradas individuos abstractos, construidos en la ficción de la igualdad —y, por lo tanto, ciudadanos—, o sujetos sexuados que viven en condiciones concretas, determinados histórica y culturalmente por un conjunto de relaciones sociales que los exceden (Rosenberg, 1998; Ciriza, 2002).

Contractualistas y comunitaristas ponen énfasis en distintos aspectos cuando se trata de definir las condiciones necesarias para el ejercicio de la ciudadanía. Los contractualistas insisten sobre la igualdad formal con base en una concepción universalista de la justicia; los comunitaristas resaltan los lazos de pertenencia que en sus condiciones concretas de existencia los individuos tienen hacia una comunidad determinada. Alejandra Ciriza (2002) advierte sobre la importancia particular que este debate tiene en sociedades que han estado sometidas a dictaduras caracterizadas por la ausencia de cualquier tipo de ejercicio de ciudadanía. Las dictaduras dejaron como herencia una gran preocupación por la legalidad, que nos acerca como sociedad a los contractualistas. Lo complicado aquí es que perdura la ilusión de subsumir los conflictos en el consenso, con lo que pueden diluirse los derechos individuales. Cuando consideramos la perspectiva de género, y, respecto al aborto, es central, la postura comunitarista parece más comprehensiva. Sin embargo, tampoco garantiza totalmente la posibilidad de reconocimiento de los derechos individuales.

El discurso jurídico procura su legitimidad con base en una fuerza moral de la idea de la racionalidad que lo particulariza. Mi aproximación contrasta con esta posición y más bien se acerca a la desarrollada por Bourdieu, contraria a la teoría de la acción racional, en la que enmarca su noción de que «el derecho más rigurosamente racionalizado es solo un acto conseguido de magia social» (Bourdieu, 1985: 16). El derecho no es otra cosa que acuerdos coyunturales, resultante de juegos de poder entre distintas fuerzas.

A lo largo de los discursos estudiados, pueden seguirse las corrientes contractualistas y comunitaristas. Aun cuando no siempre son expresadas claramente, leerlos buscando la posición subyacente resulta esclarecedor de los propios contenidos. Comunitaristas y contractualistas responden a distintas concepciones de sociedad, por lo tanto, pretenden reglar la vida en sociedad de manera diferente.

Los discursos

El corpus del discurso juridicoclegal incluye las actas de las entrevistas de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, llevadas a cabo en el proceso de discusión del proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, a lo largo de 2002, a saber: la Asociación de Magistrados del Uruguay; el doctor Miguel Langón, director del Instituto de Derecho Penal; el doctor Gervasio Guillot,

presidente de la Suprema Corte de Justicia; el Colegio de Abogados; la doctora Graciela López, Dirección de Prevención Social del Delito del Ministerio del Interior. Esto se complementa con la revisión de los diarios de sesiones del tratamiento en ambas Cámaras de los proyectos de ley en el período entre 2002 y 2004 y entre 2007 y 2008. Como en casos anteriores, mantengo el anonimato de quienes dicen los textos analizados, porque sus nombres no aportan a este análisis, más allá de que las actas son públicas, lo que es distinto al de los debates parlamentarios, donde cada legislador ocupa su lugar por los votos recibidos, por lo que corresponde dar sus nombres y partido político. Designo DJ (discursos jurídicos) a cada uno de dichos discursos: DJ1, DJ2 y así sucesivamente.

La legislación debe responder a la posición de la sociedad manifestada a través de su Parlamento (DJ1).

Por otra parte, acerca el derecho a una realidad social impactante y al reconocimiento de derechos humanos fundamentales que, en el caso particular, afectan con especial vulnerabilidad al sexo femenino, tanto en mujeres adultas como en las adolescentes [...] (DJ4).

La decisión está dada por las circunstancias, esto es: no hay nadie a favor del aborto. Lo que se está es en contra de castigar penalmente aquellas situaciones donde la miseria de pauperización económica, fragilidad psicológica o vulnerabilidad —todos los textos a los cuales quieran referirse— llevan a la persona a incurrir en la maniobra abortiva (DJ3).

El análisis del lugar del enunciador en estos discursos, si se toman en cuenta las visiones contractualistas y comunitaristas, resulta revelador. Emisor y enunciador pueden ser distintos: el primero es quien emite un discurso; el segundo es quien enuncia lo que el emisor dice. El análisis del enunciador del discurso jurídico permite determinar dos lugares claramente definidos. Por un lado, un enunciador ausente, cuyas referencias son a partir del uso mayoritario de la tercera persona impersonal, que tiende a diluirse en el mismo discurso, convirtiéndose, en ocasiones, en un metadiscurso legal. En estos casos, se analiza exclusivamente aspectos técnicos, de la letra. No existen menciones a las mujeres que se practican abortos (clase social, vulnerabilidad social, etcétera). Esta manera de decir se asocia a contenidos contractualistas.

Por otro, un enunciador que habla desde sí, que coincide con el emisor y que toma los elementos jurídicos en discusión como material extrajurídico. No remite a un metadiscurso, sino que intenta hacer dialogar las propuestas jurídicas con la realidad material (cotidiana, de la existencia misma de la sociedad), y, entonces, se abre a buscar las relaciones entre el texto jurídico y la realidad social, más cercano a posiciones comunitaristas.

En el primer caso, se destaca el detalle y preciosismo del análisis de la letra, sin discutir conceptualmente los alcances del proyecto de ley. Constituye una reflexión en un plano metajurídico —necesario para asegurar la consistencia de la ley— que no toma en cuenta la relación entre la elaboración de la ley y la sociedad de la cual emerge y a la cual quiere darse determinados marcos legales,

precisamente para su vida social. Por el contrario, en el segundo caso, se procura ajustar el proyecto de ley a la realidad social del país.

En ninguno de ellos, aparecen conflictos sociales, éticos o de cualquier otro tipo. Las diferencias son zanjadas sin enfrentamiento. Para ello, se recurre a distintas fuentes de autoridad para dirimir los posibles problemas en torno a la legalización del aborto.

Una vez en la Cámara de Diputados, el 13 de noviembre de 2002, el Frente Amplio, el Partido Colorado y el Nuevo Espacio dejaron en libertad de conciencia a sus representantes para que votaran de acuerdo a sus propios principios y posiciones, mientras que el Partido Nacional adoptó la posición de rechazo al proyecto de ley.

El primer tema puesto a debate fue el nombre de la ley: Defensa de la Salud Reproductiva. Los legisladores contrarios a la legalización del aborto planteaban que se trataba de un eufemismo para referirse a dicha legalización. Los favorables al proyecto de ley respondían que esta última añadía un número importante de ítems además del referido a la legalización del aborto, entre los que se incluían educación sexual y planificación familiar.

Como este trabajo trata sobre el aborto voluntario, centraré mi análisis en los debates del proyecto de ley correspondiente al capítulo II, justamente el que refiere a la interrupción voluntaria del embarazo.

El análisis muestra que los argumentos van de lo abstracto a lo concreto, según sean más cercanos a posiciones contractualistas o comunitaristas. Los argumentos esgrimidos por los legisladores contrarios a la despenalización del aborto en ambos períodos generalmente se basan en fundamentos abstractos que apuntan a una mujer que no se ajusta necesariamente a las mujeres concretas que abortan. Algunos de ellos recurren a doctrinas religiosas o metafísicas que aluden al momento en que aparece el alma o al inicio de la vida en tanto persona. En general, las voces contrarias a la legalización construyen su discurso en torno a la idea del propio producto de la concepción como persona sujeto de derechos.⁷³

Transcribo, a modo de ejemplo, algunos fragmentos tomados del diario de sesiones del Senado (2007):

[...] Consideramos que esas causales son extremadamente subjetivas,⁷⁴ pues la norma proyectada expresa «a su juicio». Esta expresión [...] denota claramente la subjetividad que tiene el criterio, en el sentido de que la madre considere que a su juicio esas causales le impiden seguir con el embarazo. En esta materia, está en juego el derecho a la vida que, creemos, no es cualquier derecho, sino el primer escalón [...] [que] ocupa un lugar en materia de valores superiores, por

73 Ardaillon (1997) lo analiza para Brasil.

74 Se refiere a las contenidas en el proyecto de ley, artículo 9 (condiciones): «Para ejercer el derecho reconocido en el artículo anterior, la mujer alegará ante el médico circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sucedido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso».

encima de los pragmatismos o realismos [...]. El valor de la vida es un concepto demasiado caro e importante.

En otra intervención, el mismo senador afirmó:

[Con] base [en] una meditada decisión, consideramos que la jerarquía del derecho a la vida está por encima de otras consideraciones [...] (senador Eber Da Rosa, en contra, perteneciente al Partido Nacional).

Estas argumentaciones contraatacan una idea que jamás se afirmó en ninguno de los dos proyectos de ley ni en sus justificaciones: no hay vida antes de las doce semanas de gestación.⁷⁵

Otras argumentaciones han privilegiado lo que denominan un «beneficio para la sociedad» como elemento fundamental:

Todos los que hemos asumido posiciones sobre este tema, lo hemos hecho considerando que es lo mejor para la sociedad [...]. Tenemos una población casi estable, que crece muy poco [...] [debido a] la baja tasa de natalidad y la emigración, dos indicadores que vaticinan un futuro oscuro y problemático para la sociedad uruguaya (senador Juan Justo Amaro, en contra, del Partido Colorado).

Esta coloca el énfasis en la tensión individuo-sociedad. El liberalismo utilitario propone que a mayor bienestar individual, mayor bienestar colectivo, lo que supone una «sociedad organicosimbiótica, en la cual las pérdidas individuales se compensan con las ganancias sociales» (Figueira-McDonough, 1990: 29).⁷⁶ Esta postura es contraria a la expresada en el fragmento transcrito. El legislador señala la necesidad de la sociedad de aumentar el número de nacimientos —por lo tanto, las mujeres no deben abortar, aun cuando no quieran ser madres—, pero nada dice respecto a quién debe ser responsable por el bienestar de esos niños. De modo que la pregunta central es: ¿Quién debe hacerse cargo de una nueva criatura y cuáles son sus derechos y deberes con relación a ella? Si se considera que una mujer es un sujeto moral, es decir, capaz de tomar sus propias decisiones, entonces, debe tener la posibilidad de asumir responsabilidades y compromisos, en tanto solo ella posee la capacidad de embarazarse, por lo que es quien debe asumir si llevar o no a término su embarazo, y comparar esa opción con los otros compromisos y responsabilidades que ya tenga asumidos (Figueira-McDonough, 1990). Este razonamiento empata con las nociones de libertad y libre opción propias del liberalismo.

Sin embargo, si la mujer está inhabilitada de elegir —tal como en el fragmento transcrito—, no parece sensato exigirle deberes de cuidados hacia un hijo que eligió no tener, sino que el Estado la obligó a llevar a término su embarazo. Entonces, ¿a quién le corresponde arrogarse los deberes para con ese ser? Marta Lamas señala que «hoy la cuestión crucial sobre el aborto radica en determinar quién decide si nacen o no ciertas criaturas» (Lamas, 2004). ¿A quién

75 Daniel Jones hace este planteo en su análisis de los debates entre 2002 y 2004 (Jones, 2007).

76 Original en inglés.

le compete decidir la continuación o la interrupción de un embarazo? El mandato social no censura tanto la interrupción del embarazo como que sea la mujer quien lo decida, pues no es considerada sujeto legitimado socialmente para tomar la decisión de interrumpir su propio embarazo. El cuerpo y la sexualidad de la mujer son tratados como asuntos públicos.

Las argumentaciones de los legisladores favorables a la legalización del aborto se apartan de las abstracciones y generalizaciones, de modo que la singularidad de la mujer concreta que aborta es observada exclusivamente en los discursos a favor de la aprobación del proyecto de ley.

Ellas están solas [...]; quien debe someterse a un aborto es la mujer. [...] Estamos, señor presidente, nos guste o no, administrando un capital ajeno. Podemos disfrazar ese hecho de mil maneras distintas; podemos manejar [...] los porcentajes de mortalidad materna como consecuencia de abortos realizados en condiciones inapropiadas o hablar [...] del interés ético de la sociedad en preservar el valor de la vida humana por encima de cualquier consideración [...], [pero] estamos nosotros, los legisladores hombres, decidiendo en abstracto sobre lo que es en concreto una realidad a la que solamente, y solas, se deben enfrentar las mujeres (senador Alberto Breccia, del Frente Amplio).

Aquí es prácticamente la única oportunidad donde se alude al hecho de que la mujer no eligió quedar embarazada, está forzada por ser mujer, «esa falta de libertad original», al decir de Laura Klein (2005).

Otros legisladores en sus intervenciones se refirieron a la necesidad de respetar la pluralidad de posturas, sin imponer una sobre otras, lo cual se aleja de los valores absolutos y generalizados, observados en las transcripciones anteriores. En ese sentido, se apeló a la laicidad —como sinónimo de respeto y tolerancia a la pluralidad—, valor tradicional del Estado uruguayo.

También aparecen alusiones a la necesidad de incorporar una perspectiva de género al tema:

Consideramos que va a ser difícil que se incorpore la perspectiva de género en las políticas de salud, si el concepto que se utiliza es solo y estrictamente biomédico y si en los diagnósticos de situación del país no están presentes las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres, de las que derivan las situaciones de violencia que sufre la mujer [...] cuando decide interrumpir su embarazo, ya que es penalizado (senadora Sara López, a favor, del Frente Amplio).

Es interesante la forma en que la senadora asocia los fundamentos biomédicos con el mantenimiento de las relaciones de inequidad de género y los coloca al servicio de la postura que he denominado de «control patrimonial del cuerpo», siguiendo a Tamayo (2001).

¿La vida o la libertad de elegir?

El conflicto de intereses *mujer/zef*, es decir, entre la libertad y la vida, ocupó un lugar central tanto en los debates parlamentarios, como en los públicos. No es una polémica novedosa en sí misma; sin embargo, su actualidad hace que amerite un análisis. El debate llega a un punto muerto dada la inconmensurabilidad, en tanto imposibilidad de diálogo, ya que se trata de principios no negociables en una y otra de las premisas.⁷⁷ Aquí intentaré dar cuenta de algunos de los elementos involucrados y subyacentes en la discusión centrada en el conflicto *mujer/zef*.

La ideología del nombre

Conocer es nombrar. No es necesario ser foucaultiano para reconocer que aquello que no forma parte del discurso no existe. Asimismo, al nombrar, damos una determinada identidad a aquello que es nombrado. Por lo tanto, cada perspectiva ideológica, al marcar una determinada manera de organizar el mundo, procurará los términos que le sean adecuados a sus fines. En el caso del aborto, existe una batalla por el nombre del producto de la concepción: cigoto, embrión, feto, nonato, niño o bebé, que deja de lado la otra discusión también ligada al nombre: persona, ser humano, vida, persona en potencia, el por nacer, etcétera. También hay una lucha por el nombre de la mujer: mujer, madre o gestante.

Cada uno de los términos mencionados se relaciona con una manera específica de organizar y actuar en el mundo, pues implica una ideología diferente. Las propuestas en pugna pueden sintetizarse en aquellas que promueven un «control patrimonial del cuerpo» (Tamayo, 2001) y aquellas que promueven la autonomía de todos los individuos, hombres y mujeres.

El conflicto *mujer/zef* aparece en distintos niveles. En lo concerniente a los debates políticos y legislativos, algunos de los argumentos conservadores esgrimidos en el parlamento uruguayo por aquellos contrarios a la legalización del aborto siguen el «mito» —como lo denomina Roberto Lorea (2006)— de que la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, de 1969) asegura la protección de la vida desde la concepción. La feminista uruguayana Graciela Dufau hizo un análisis sobre las ya famosas *comas* «en general».⁷⁸ Lorea afirma que:

77 Danielle Ardaillon denomina «*différends*», siguiendo a Lyotard, a estos «conflictos sin solución, [...] discusiones que no llegan a un consenso definitivo» (Ardaillon, 1997).

78 Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 40, inciso I: «Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente». «Entonces, el Pacto de San José de Costa Rica habla “en general” —entre comas—, y las discusiones que se realizaron a nivel internacional que explican el sentido de esta frase indican que, de esa forma, se da cabida a las excepciones que pudiera haber, como esta del caso del aborto regulado en condiciones y plazos» (Dufau, Cladem, Comisión número 194, Comisión de Salud y Asistencia Social, 5 de junio de 2002).

sostener que ese dispositivo impide a los Estados signatarios del Pacto descriminalizar el aborto revela un enorme desconocimiento sobre la construcción histórica de la Convención Americana de Derechos Humanos, o, peor aún, resbala para la esfera de la deshonestidad intelectual (Lorea, 2006: 196).⁷⁹

Vida versus libertad o *zef* versus mujer resume la discusión juridicolegal. ¿Cuál es el bien que el Estado debe velar?

En la mayoría de los textos que integran nuestro corpus, el sujeto es un supuesto bien social colectivo. «Lo aceptamos [al proyecto de ley] porque creemos que propone un balance más que razonable y justo entre los alcances que la técnica curativa médica tiene al presente y los valores con que se juega» (DJ3). Encontramos, asimismo, la procura del «balance», del equilibrio, necesarios para llegar a acuerdos y consensos, y evitar enfrentamientos y conflictos.

En varios de los discursos, aparece la tesis de los dos bienes jurídicos:

¿Cuál es el bien jurídico protegido por la legislación que penaliza el aborto? En cuanto al delito del aborto, la primera cuestión es determinar [...] cuál es el bien jurídico protegido (DJ2).

Por un lado, tenemos el bien jurídico que es el derecho a la vida, y, por otro, el bien jurídico que es la decisión y el consentimiento de la mujer de hacer con su cuerpo lo que ella desee. Es un tema opinable, porque se trata de dos derechos. No es que se desconozca el derecho del feto, sino que se toma la vida de la mujer como prioritaria, porque el feto, fruto de su vientre, forma parte indisoluble de ella, es toda una unidad que se defiende en la vida de la mujer (DJ1).

Se presenta la contraposición entre la mujer y el *zef*. En uno de los textos discursivos analizados (DJ2), el término *mujer* aparece connotado por *bien jurídico* y por *madre*, mientras que *zef*, por *bien jurídico*, *niño*, *el concebido*, *persona* y *feto*. Decir *madre* siempre remite a alguien, a un *¿de quién?*; es un término relacional, ya que la mujer deja de ser un sujeto autónomo para situarse en relación —de madre— con el sujeto implícito de la enunciación, en estos casos, *zef*. Conuerdo con Mabel Campagnoli (2000) en subrayar la diferencia existente entre decir «mujer embarazada» o «mujer grávida» y decir «madre».

Por el contrario, en otra pieza discursiva (DJ1), *mujer* aparece connotado principalmente por *mujer* (en tanto sujeto) y por *madre* cuando está referida a *zef*, y este último, solo por *feto*. En DJ4, las significaciones de mujer son básicamente *mujer* como categoría descriptiva y como sujeto autónomo; *madre* surge solo en relación con un embarazo aceptado. En cuanto a *zef*, no se manifiesta una sola referencia a *niño* o *persona*.

En otros textos, la terminología resulta básicamente de la utilizada en el proyecto de ley.

El análisis de las nociones asociadas a uno y otro término da cuenta de la visión del discurso jurídico. La misma amplitud terminológica de las menciones a *zef*, esgrimida en uno de los textos analizados, en contraposición con la pobreza

79 Original en portugués.

vinculada a la mujer, exhibe el peso relativo de los sujetos intervinientes en las argumentaciones jurídicas sobre el aborto.

Las referencias al *zef* como persona revisten interés, porque coincide con la conceptualización propuesta por los grupos pro vida, a los cuales me referí al tratar el discurso religioso.

El comienzo de la vida

La pluralidad de interpretaciones, tanto del proyecto como de las distintas maneras de abordar el derecho, conlleva a diversas localizaciones de la autoridad. Algunos discursos procuran la autoridad para plantear el tema y tomar decisiones en la ciencia, mientras que otros lo hacen en la ética y en la metafísica. Esto es así tanto en los jurídicos (entrevistas de la Comisión de Salud y Asistencia Social) como en los legislativos. Por lo tanto, continúo dando un tratamiento conjunto en este asunto que entiendo central.

Estamos ante la discusión sobre cuándo empieza la vida de una persona, si se trata de una persona o no [...] (DJ2).

¿Dónde se buscan estas respuestas? En general, no hay claridad en esos itinerarios. En varios textos, se busca la autoridad de la ciencia, lo que esta dice respecto al inicio de la vida.

En cuanto al plazo de las veinte semanas, también hubo cierto acuerdo a nivel de comisión en que parece algo extenso; se manejó la hipótesis de que probablemente la ciencia avance hasta el punto de que dentro de muy poco un feto de veinte semanas pueda nacer viable y nos preguntamos qué sucedería dentro de esa proyección de algo que sucederá a muy breve plazo (DJ3).

Se llega a un resultado poco claro, porque la ciencia constituye un método para buscar ciertas respuestas, el cual se basa necesariamente en su falibilidad. Es decir, todo enunciado científico debe ser contrastado empíricamente, pudiendo entonces ser falso o verdadero. En este último caso, solo será verdadero provisoriamente —a la espera de los avances en los conocimientos científicos—, por tanto la ciencia nunca llega a verdades absolutas. En otro orden, los desarrollos tecnológicos —incluidas las tecnologías médicas— posibilitan prácticas que serían imposibles sin ellos. Las verdades son del orden de la metafísica o de la ética, nunca de la ciencia. Sin embargo, los argumentos científicistas tienen la facultad de desactivar políticamente la discusión sobre el aborto.⁸⁰

La asociación entre la biomedicina y la religión se ve reforzada en la intervención de un legislador contrario a la despenalización del aborto, quien se expresaba:

[...] Desde nuestra óptica, existe vida desde la concepción. A medida que han ido pasando los años, la evidencia científica avala cada vez más esa posición [...]. Está científicamente comprobado y demostrado que con la unión de los 23 cromosomas paternos y los 23 cromosomas maternos, producida en el acto

80 Klein (2005) se extiende en este punto.

de penetración del óvulo por el espermatozoide, o sea, en la fecundación, se genera un individuo único e irrepetible [...]. El embrión es *otro* con relación a la madre —está en la madre, aunque podría no estarlo, pero no es de ella (senador Ruperto Long, en contra, del Partido Nacional).

Y más adelante, el mismo legislador cita a Juan Pablo II: «La vida es un bien absoluto y no relativo».

Este fragmento une los fundamentos de la biomedicina con los de la religión católica, específicamente a partir de los discursos que emanan del Vaticano. Esto es un punto a subrayar: la ciencia y el catolicismo se unen para fortalecer una postura que dificulta a las mujeres actuar como agentes, es decir, como sujetos morales.

El derecho a la vida fue el principal argumento de los opositores al proyecto, tanto en los debates entre 2002 y 2004 como en los del 2007. El Partido Nacional, en ambas oportunidades, fue mandado por su cúpula partidaria a votar en bloque en contra del proyecto de ley. Entre sus legisladores fue donde hubo más argumentaciones en este sentido.

El embrión es una entidad jurídica autónoma, cuya existencia debe ser preservada por su propio valor humano intrínseco y, por lo tanto, tutelable desde el punto de vista penal [...] (informe en minoría de Raúl Argenzio, 13 de noviembre de 2002, p. 40).⁸¹

El informe en mayoría en esa oportunidad apuntaba a que

Existe una colisión de derechos que se enfrentan con fuerza en este problema del aborto: uno es el derecho a la vida del no nacido dependiente de la madre, y el otro es la vida de la madre, que es autónoma, pero de la cual también pueden depender otras vidas humanas. A ello, debemos agregarle otros derechos que tiene la madre embarazada: el derecho a la libertad para decidir sobre su cuerpo y actuar en consecuencia, el derecho a la salud y fundamentalmente a la salud sexual y reproductiva [...] (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 13 de noviembre de 2002, p. 44).

Vida y libertad son los conceptos en torno a los cuales se define el debate. Ambos son signos inestables (Bajtín, 1981), indefinidos las más de las veces, cargados de contenidos ontológicos por una parte y por contenidos concretos por otra. Esto no permite la existencia de un espacio de significación común que habilite el diálogo.

81 Probablemente, el legislador no haya medido el alcance de sus palabras, ya que si el Código Civil considerase que el embrión es una «entidad jurídica», deberían modificarse una serie de leyes, entre ellas, las de herencia, aun cuando no llegue a nacer.

Para cerrar

Como pudo observarse, se encuentran discursos socialmente legítimos que promueven que todo producto de una concepción nazca, mientras que otros sostienen que una mujer tiene derecho a interrumpir un embarazo. Los enunciadores principales de unos y otros han modificado sus argumentos con el correr de los tiempos. La Iglesia Católica permite percibir cómo los contextos culturales influyen en la definición de su dogma. También las organizaciones feministas han cambiado sus énfasis (de aborto a derechos sexuales y reproductivos).

Se trata de discursos que inciden en las acciones individuales. Sobre las discusiones parlamentarias que de alguna manera constituyen una síntesis de lo expuesto por los distintos grupos en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, quiero llamar la atención sobre algunos tópicos centrales. Tales como las discusiones en torno a *vida*, la disputa entre *mujer/zef*, *libertad-/vida*. Algunos de ellos, probablemente aparezcan formando parte de las prácticas y cavilaciones de mujeres y ginecólogos.

Parte 3

MUJERES Y GINECÓLOGOS
FRENTE AL ABORTO

Las mujeres: sus prácticas y discursos frente a un embarazo no esperado, la construcción de la decisión de abortar y la realización del aborto

Difícil de tomar, porque se va en contra de un mandato de la naturaleza.

FLORENCIA

Me lo sacaba o me lo sacaba.

DIANA

Identidad de género y sexualidad: entre la obligación conyugal, la ingobernabilidad y el placer

Las prácticas y representaciones de la sexualidad tienen un correlato en la construcción de las identidades de género, tanto para hombres como para mujeres. Respecto a las mujeres, analicé las connotaciones sugeridas con relación a la sexualidad no reproductiva. Se trataba de mujeres que estaban en situación de aborto o que lo habían estado recientemente. Debe pensarse que su situación vital influye en las valoraciones de todo lo circundante, incluida, por supuesto, la sexualidad. En todas ellas, las referencias a la sexualidad se reducen a sus prácticas sexuales, en especial las sexocitales. Se aprecia una fuerte asociación entre sexualidad y reproducción, que deja fuera toda mención a juegos eróticos y fantasías sexuales. La mayoría de los testimonios actualizan la escisión entre maternidad y erotismo, establecida en la Modernidad. Las mujeres con quienes entré en contacto durante el trabajo de campo connotaban las prácticas y representaciones de su sexualidad con la obligación conyugal, con la ingobernabilidad del sexo, y las menos, con el placer, a la vez que sobrevolaba en la mayor parte de los testimonios de mujeres pobres la asociación de la sexualidad con la reproducción.

Obligación conyugal

Y, a veces, yo no tengo ganas... A mí el sexo no es algo que... Yo que sé, pero a ellos les gusta. Mi marido siempre quiere, y bueno, a mí no me importa. Me gusta que se quede contento (Eloísa, nivel socioeconómico medio).

En la misma dirección, una adolescente entrevistada en una policlínica me dijo que tenía relaciones sexuales sin ganas, solo porque creía que debía acceder cada vez que su pareja quisiera. Varias entrevistadas consideraban que, en tanto amaban a sus compañeros, debían tener sexo con ellos. La visión romántica del

amor engarza con la noción de «ser para el otro»; la mujer sacrifica su propio deseo para satisfacer el del varón (también señalado por Grimberg, 2001; Lamas, 1996; Lagarde, 1996). Simone de Beauvoir (1965) señalaba que a los chicos se los anima a afirmarse a sí mismos como sujetos, mientras que a las chicas, a aceptarse a sí mismas como objetos, a apreciar su «ser para los otros» como su dimensión básica. Algunos testimonios demuestran que las mujeres llegan a no tomar en consideración sus deseos, no tomarse en cuenta a sí mismas como personas, sino que se perciben solo en función de los otros.

La idea de obligatoriedad generalmente se une con la de deseo irrefrenable por parte del varón. Así lo expresaron algunas entrevistadas:

Mi marido es 10 años menor que yo [...]. Cuando vi que se iba para otro lado, [con otra mujer, porque] yo no podía complacerle por mis temores [...], estás libre, le dije (Alicia, nivel socioeconómico bajo).

Dicen que no [los hombres], pero para hacer el trámite, siempre están dispuestos. No quieren un bebé para protegerlo, pero quieren hacer el trámite (notas de campo, policlínica B, junio de 2005).

Peligrosidad e ingobernabilidad

Una mujer, refiriéndose al momento en que se tienen relaciones sexuales, decía:

No pensás en pastillas ni nada, ¡metés la pata! (notas de campo, policlínica A, abril de 2007).

[...] Porque mi madre siempre me decía: «Cuando se calienta la de abajo, la de arriba no gobierna». Y pasa eso; capaz que una parejita que ya están de novios, capaz que ya están más prevenidos, pero si te encontrás con una canita al aire, como le decimos nosotros, no estás prevenido. Digo, pasa y se terminó, pero a nosotras nos pasa (Alicia, nivel socioeconómico bajo).

Estos testimonios ponen de manifiesto que, paradójicamente, cuando la mujer quiere tener una relación sexocital, tampoco es dueña de sí, sino que aparece esa sensación de ingobernabilidad sobre sus actos. Las mujeres que hacían referencia a dicha ingobernabilidad no relacionaban sus prácticas sexuales al placer y al goce, sino que derivaba en una especie de enajenación de sí mismas. Aun cuando existiera placer durante los encuentros sexuales, este no era percibido como un motivo aceptable para llevar a cabo el coito. Existe una clara noción dualista de cuerpo y mente: el peligro consiste en la ausencia de participación de la mente; es el cuerpo que actúa irrefrenablemente.

Placer y autoafirmación

A mí me gusta... Me gusta sentirme deseada, ¡qué querés que te diga! [*Riéndose*]
Está bueno, el sexo está bueno (Leticia, nivel socioeconómico medio).

Testimonios que aluden a la búsqueda del placer, en las relaciones heterosexuales como deseables por la mujer, son los menos frecuentes. Si bien no se menciona explícitamente, estas referencias dan cuenta de la unidad entre cuerpo, mente y erotismo. Acá, el acto sexual es buscado, y la persona lo vive desde su integralidad.

Prácticas sexuales son prácticas reproductivas

Una mujer con quien conversé en la sala de espera argumentaba su postura contraria al aborto, diciendo:

Una se abre de piernas porque quiere; después, que se haga cargo (notas de campo, policlínica C, agosto de 2007).

Un número importante de mujeres, con quienes charlé en las salas de espera de las policlínicas, ligaban las prácticas sexuales con las reproductivas de manera indisociable. No consideraban la posibilidad de llevar adelante una actividad sexual exentas de la eventualidad del embarazo. Interrogadas sobre los métodos anticonceptivos (MAC), afirmaban conocerlos. Sin embargo, estos no entraban en su horizonte de posibilidades, no los asociaban a llevar adelante prácticas sexuales no reproductivas; es más, muchas de ellas no los usaban regularmente a pesar de no tener intenciones de embarazarse.

Que se vaya a sacar las ganas por ahí, ¡con la cesárea que tuve! (notas de campo, policlínica C, setiembre de 2007).

Una mujer de 19 años, con tres hijos —los tres resultado de embarazos no esperados—, separada de su compañero antes de que naciera el menor, decía que ahora no mantenía relaciones sexuales:

¡Disparo de los hombres! (notas de campo, policlínica C, agosto de 2007).

Otra de 18 años me comentaba que antes ella no usaba MAC ni seguía ninguna práctica anticonceptiva, porque no se le había ocurrido la posibilidad de embarazarse a pesar de mantener relaciones sexuales de manera habitual. Cuando quedaba embarazada, su pareja —que tenía 20 años— estaba algo desconforme, pero luego lo aceptaba.

¡Tendríamos que habernos cuidado!,

terminaba exclamando, pero desde una mirada retrospectiva. En el momento, ella aceptó su embarazo sin problematizarlo; no deseaba ser madre, pero consideraba que estaba en su

naturaleza de mujer (notas de campo, policlínica C, octubre de 2007).

Estos no son casos aislados, pues varias mujeres de los sectores más pobres no separan las relaciones sexuales heteroocitales de la reproducción. No obstante, mantienen relaciones sin considerar la posibilidad del embarazo, el que se produce inesperadamente, o de lo contrario, evitan las relaciones heteroocitales.

Regulación social de la reproducción y dominación masculina

El material empírico relevado refuerza la noción de que, en nuestras sociedades modernas, la regulación social de la sexualidad y la reproducción constituye un eje estructurador de la vida social y una expresión y representación de la «objetivación» simbólica de las mujeres (Bonan, 2003; Bozon, 2004; Mujica, 2007). En ese marco, la reproducción se conforma en un campo privilegiado de disputa de sentidos, prácticas, significados y resignificaciones. Entre llevar adelante prácticas sexuales porque es su deber como mujer o tener sexo por la

ingobernabilidad de su cuerpo, se ubica un amplio espectro del no ejercicio de derechos. Estas características respecto a su sexualidad colocan a las mujeres como no agentes. De acuerdo a Giulia Tamayo (2001), ese campo de disputa es un núcleo central de «tensión en relación con el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos».

En una sociedad articulada a partir de la dominación masculina (Bourdieu, 2000), el cuerpo de las mujeres y su sexualidad (sus prácticas y significados) es el terreno donde se actualiza esa dominación, que se extiende al campo de la regulación de la reproducción. A pesar de la difusión masiva de los MAC, especialmente los anticonceptivos orales (ACO), comúnmente conocidos como «la píldora», y su significado como elemento que *libera* a las mujeres de las prácticas sexuales ligadas a la procreación, las disputas sobre el control de sus cuerpos y la reproducción no han cesado. Tampoco lo han hecho dentro mismo de las mujeres, quienes no logran vivir y experimentar sus cuerpos de manera autónoma (separados de la reproducción, del deseo del varón o de la ingobernabilidad).

La información empírica sobre las mujeres de sectores socioeconómicos pobres muestra que la revolución de la píldora con la correspondiente liberación de las mujeres no las alcanzó. Si se amplía la base empírica, las experiencias respecto a las prácticas sexuales contradice la posición de Françoise Héritier (2007). La antropóloga francesa sostiene que la difusión de los nuevos métodos de regulación de la fertilidad marca una suerte de revolución histórica y esencial para las mujeres, al punto de conducir a una nueva relación entre los géneros. El material proveniente del trabajo de campo no permite poner en cuestión la existencia de modificaciones resultantes de la difusión de los MAC, pues no toma un corte diacrónico; sin embargo, sí afirmar que independientemente de posibles modificaciones, continúa habiendo una dominación masculina.

El concepto de «violencia simbólica», tal como lo define Pierre Bourdieu (2000; 2010), resulta explicativo de la dinámica de la sexualidad, de acuerdo a lo manifestado por las mujeres entrevistadas. Una de las características (y complejidades) de la violencia simbólica está dada por el hecho de que, siendo subordinadas, las mujeres comparten el universo de sentidos y representaciones de sí mismas que provee la cultura dominante. En el campo que nos ocupa, esto se estructura alrededor de las representaciones y prácticas relativas a la sexualidad y su relación con la reproducción; ellas mismas colocan su sexualidad como algo ajeno, que debe ser socialmente controlado. Dice Bourdieu al respecto que

[...] La representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social se ve investida por la *objetividad de un sentido común, entendido como consenso práctico y dóxico, sobre el sentido de las prácticas*, [y como consecuencia], las mismas mujeres aplican a cualquier realidad [...] unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder, [que derivan de actos de conocimiento, reconocimiento práctico y

adhesión] que no tiene que pensarse ni afirmarse como tal, y que crea, de algún modo, la violencia que sufre (Bourdieu, 2000: 49).⁸²

El embarazo no esperado

Embarazo no esperado y prácticas anticonceptivas

En todos los casos relevados, los abortos constituyeron la manera de ponerle fin a un embarazo no esperado. Prefiero utilizar este término, por sobre otros de uso común en los trabajos tanto sociales como epidemiológicos, como ser los términos *embarazo no deseado* o *embarazo no planificado*. El adjetivo *no esperado* quita cualquier valoración: simplemente es un embarazo no esperado, mientras que *embarazo no deseado* conlleva ciertas incomodidades si avanzamos en sus posibles sentidos psicológicos. Hacer referencia a *no planificado* implica una racionalidad, a la vez que se asocia a las propuestas de planificación familiar, que no se focalizan en las mujeres, sino en las familias, por lo que no se adecuan a este trabajo.

Un embarazo no esperado es independiente de que la mujer lleve a cabo ciertas prácticas anticonceptivas o no. Dichas prácticas pueden incluir el uso de MAC, basarse en el coito interrumpido u otra. El único punto es que, al momento de tomar conocimiento de la gravidez, esta no es esperada. Una vez tomado conocimiento, puede convertirse en un embarazo deseado o «no viable». Uso la categoría «embarazo no viable» (Sanseviero, 2003) para referirme a aquellos sobre los que la mujer ya tomó la decisión de abortar, pero aún no se lo realizó. La categoría se construye a partir de la decisión de la mujer de abortar y no por la manera en que se produce el embarazo. Este es un punto importante: es la situación específica que está viviendo la mujer lo que define el tipo de embarazo (viable o no viable). Ella no quiere o no puede continuarlo en las circunstancias vitales por las que transita, lo cual puede acaecer incluso cuando en un primer momento el embarazo haya sido deseado. Lo distingo del *embarazo no conveniente*, también definido desde el presente del embarazo. En estos casos, la mujer podría culminarlo aunque en un principio hubiera preferido interrumpirlo. Entre los profesionales de la salud, se utilizan los términos *embarazo no deseado* o *embarazo no planificado*, sin problematizar quién o desde qué lugar se define el tipo de embarazo.

El embarazo no esperado resulta del fracaso de las prácticas anticonceptivas, de la falla, uso incorrecto o discontinuo de los MAC, o la ausencia de dichas prácticas. Se torna significativa la manera en que se gestionan las negociaciones sobre el tema con el compañero sexual. Ninguna de las mujeres entrevistadas había llegado al embarazo por desconocimiento de los MAC (lo cual no significa que sepan usarlo correctamente), ni por imposibilidad material de acceder a ellos. Esto indica que existe una relación intrincada entre la anticoncepción y el no deseo de embarazo.

82 Itálicas en el original.

Las mujeres han realizado diversas prácticas anticonceptivas desde tiempos inmemoriales, que van desde el coito interrumpido hasta colocarse distintos dispositivos en la vagina.⁸³ Con la llegada de los llamados anticonceptivos modernos, en la década del sesenta, se hizo posible una realidad no vivida previamente por la gran mayoría de las mujeres: gozar la sexualidad en su exclusiva dimensión erótica, independiente de la reproducción. Se pensó que con la difusión de los métodos anticonceptivos (MAC) ya no habría embarazos no esperados; sin embargo, estos siguen existiendo, y de acuerdo a Leridon (1995), su aparición es menos aceptada en la medida que aumenta la eficacia de la tecnología anticonceptiva. La persistencia de la práctica del aborto en sociedades como la uruguaya, donde el conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) es muy amplio, exige al menos una reflexión. Las prácticas anticonceptivas requieren una atención constante, cuya recompensa (ausencia del embarazo) no es visualizada con claridad, dado que no es inmediata. En contraste, el aborto constituye un solo acto con un resultado inmediato, que interviene después del hecho, pues se realiza para interrumpir un embarazo. Por lo tanto, refiere a este último y no a las prácticas sexuales, mientras que el uso de los MAC forma parte del ejercicio de la sexualidad no reproductiva.

Acababa de morir una amiga y me sentía muy mal [...], y esa noche viene ese muchacho... Yo, ¡imagínate! [...] Yo, ¿qué me voy a poner a pensar en?, ¡en nada...! Nada, este... Eh... No pensé. Ni siquiera supuse que él se iba a cuidar [...]; me contuvo muchísimo. Cuando se estaba yendo, le dije: «Vení, yo quiero estar contigo», este... Y, y, un pelotudo, un pelotudo: [no usó condón]. Entonces, después yo empecé a sacar cuentas y pensé que no, que no, que no iba a quedar, pero igual, cuando se fue, yo en la cartera tenía un *ponstinor* y dije: «Yo lo tomo, igual, no pierdo nada» (Graciela, nivel socioeconómico medio. El resultado de ese encuentro sexual fue un embarazo).

Un número relativamente elevado de mujeres tienen embarazos no esperados, a pesar de intentar tomar medidas para evitarlo. Las prácticas anticonceptivas son el resultado de una serie de decisiones y lógicas complejas que se articulan unas con otras (Petchesky, 1984; Fraisse, 1999). Muchas mujeres continúan dependiendo del aborto para evitar maternidades forzadas.

Los resultados de las cinco encuestas realizadas en las salas de espera de policlínicas muestran que frente a la pregunta «¿por qué quedaste embarazada?», efectuada a mujeres que interrumpieron sus embarazos, se abre un amplio abanico de explicaciones.

La mayoría de las mujeres manifestaban que el embarazo no esperado fue resultado de una falla en los MAC. Si bien este es un motivo plausible, el análisis de la información expuso que las mujeres apelan a esta causa por ser una razón aceptada para un embarazo no esperado, especialmente por el personal de salud.

83 Al respecto, la película peruana *La teta asustada* (2009), dirigida por Claudia Llosa, cuenta sobre una joven campesina que para protegerse de posibles violaciones se había colocado una papa en la vagina.

En la India, donde el aborto es legal, la falla del MAC es una causal aceptada para que la mujer se lo practique (Rabindranathan, 2003: 459).⁸⁴ En el transcurso de las conversaciones mantenidas una vez concluido el cuestionario, con frecuencia, las mujeres entraban en contradicción con lo expresado al responderlo. A modo de ejemplo, una mujer dijo que su embarazo era el resultado de la rotura del condón, y luego, me comentó que usaba anticonceptivos orales (ACO) porque su pareja se negaba a usar preservativos.

El análisis de la información evidenció una brecha entre los motivos reales del embarazo y aquellos explicitados al personal de salud. La comparación entre las preguntas directas de la encuesta y la conversación más extensa y profunda, desarrollada posteriormente con las mismas mujeres, muestra que preguntadas directamente las mujeres intentan ofrecer las respuestas *correctas*, que no las coloca como «mujeres irresponsables que tienen sexo sin tomar precauciones para evitar un embarazo». Tienen una necesidad de mostrarse responsables, es decir, de que su embarazo no esperado resulta de una falla de los MAC y no de la ausencia de prácticas anticonceptivas, ni siquiera de actos de violencia sexual por parte de sus compañeros. Siguen una estrategia para evitar que se las reproche por no haber tomado las precauciones necesarias para evitar el embarazo; quieren evitar que se las responsabilice o, más aún, se las inculpe.

Un tipo de incongruencia similar sucede respecto a la negociación sobre el uso del condón. Al responder el cuestionario, varias dijeron que el embarazo no esperado se debía a la negación de su pareja a usar el condón. Luego, en la conversación, manifestaron no tener problemas en cuanto a la negociación por el uso del condón. Esto significaría que ella tampoco tenía interés en que él lo usara (pero decirlo sería ser irresponsable) o que no logra negociar su utilización, pero no quiere dejar eso en evidencia.

Las preferencias respecto a los MAC entre las mujeres pobres se centran en: el preservativo en primer lugar, luego las ACO y, en tercer lugar, el dispositivo intrauterino (DIU). Tomé especial cuidado en averiguar si tenían información correcta y si empleaban de manera adecuada los MAC. La mitad aproximadamente no sabían usar correctamente el condón, pues dependían exclusivamente de su pareja para ello. Cabe destacar que algunas mujeres que utilizan o utilizaron métodos confiables dicen haber tenido embarazos no esperados debido a que estos fallaron o debieron interrumpir su uso por distintas causas (contraindicaciones de las pastillas, necesidad de quitar el DIU por infección, movimiento o sustitución, y discontinuidad con los ACO). Esto muestra la ausencia de prácticas anticonceptivas eficientes: al suspender un anticonceptivo, no lo sustituyeron por otro, lo que deriva en un embarazo no esperado. El mal uso de los MAC no es considerado en las encuestas sobre anticoncepción y fecundidad, que simplemente preguntan si conoce y usa algún MAC. Entre los planificadores de salud, no parece existir una

84 «La angustia causada por tal embarazo no deseado, [el que resulta de la falla de un mac], puede suponerse que contribuirá a lesiones graves a la salud de la mujer embarazada.»

problematización sobre las prácticas anticonceptivas, ya que prevalece la noción de que información y accesibilidad aseguran un uso correcto.

Entre las mujeres de capas medias, las prácticas anticonceptivas presentan tanto semejanzas como diferencias respecto a las de las mujeres de sectores pobres. Las entrevistas realizadas indican un empleo correcto de los MAC, especialmente los ACO, así como una mayor popularidad del DIU.

Entre las mujeres pobres, existe una serie de creencias en relación con el uso de este método, que van desde relatos de bebés que nacieron con un DIU incrustado en la cabeza, hasta cuentos sobre una mujer a la que este se le fue al corazón. Entre las de capas medias, hay un conocimiento adecuado del DIU, sus principios, la forma en que opera y los cuidados que exige, y un seguimiento del proceso de medicalización de sus cuerpos. Consecuentemente, entre las mujeres de este sector social, la información y el uso correcto de estos MAC es mayor que entre las mujeres pobres.

Sin embargo, al igual que entre las mujeres de sectores pobres, también es elevado el porcentaje que desconoce el uso apropiado del condón, ya que lo dejan totalmente en manos de su pareja. No obstante, algunas parecen estar mejor posicionadas para negociar su uso. Cuidarse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial del VIH-SIDA, está más extendido entre los sectores medios que entre los pobres.⁸⁵

Yo, como no tengo pareja estable; yo digo «no tengo pareja estable», pero no soy la Virgen María, te lo repito nuevamente. Yo me doy cuenta de que los hombres con los que yo salgo, si fuera por ellos, ninguno usaría forro. Si fuera por ellos, ninguno lo usaría, o sea, soy yo la que tengo el forro acá y le digo: «Ponételo, porque si no, nada» (Luisa, nivel socioeconómico medio).

Por otra parte, al igual que entre los sectores de mujeres pobres, algunas mujeres de capas medias no realizan ninguna práctica anticonceptiva ni usa MAC. No obstante, tienen una vida heterocoital activa sin intenciones de embarazarse. Tienen la información, saben cómo usarlo correctamente, pero no lo hacen y no tienen ninguna razón que ellas consideren válida para sostener su posición.

[...] Yo, para mí, hay un grado de inconsciencia [...]. Yo me cuido naturalmente, ¿no? (Florencia, nivel socioeconómico medio).

Cerca de un tercio del total de mujeres encuestadas no usaban MAC. Entre ellas, algunas mencionaron seguir ciertas prácticas anticonceptivas como «terminar afuera»⁸⁶ o «las fechas».⁸⁷ Cuando el método a usar es «por las fechas», es

85 En investigaciones previas, en Rostagnol (2003c), trabajé sobre la relación entre varones y mujeres pobres, especialmente adolescentes y jóvenes, y sus prácticas sexuales. Todos los adolescentes pobres tenían reticencia hacia el uso del condón; alegaban que ellos sabían «si la mina está picada» (si es portadora de VIH).

86 Es la manera más habitual con que las mujeres se refieren al coito interrumpido, principalmente las de sectores pobres.

87 Es la forma habitual en que las mujeres de todos los sectores sociales se refieren al método natural de regulación de la fecundidad Ogino Knaus.

frecuente que sus parejas no acepten tener sexo solo los días seguros. En algunos casos en que la conversación permitió entrar en espacios más íntimos, algunas de ellas mencionaron que cuando sus parejas querían tener sexo, les resultaba muy difícil negarse. Ellos no aceptaban esperar; algunos las amenazaban con «ir a buscar a otra». En un estudio realizado por Susanna Rance en Bolivia, se observa que las mujeres hospitalizadas con aborto incompleto decían haber utilizado la abstinencia periódica como método, pero sus maridos no estaban de acuerdo con esperar a las fechas seguras, por lo que la violencia sexual era la causa de sus embarazos (Rance, 1993).

Este... Yo nunca deajo, jamás deajo que me acaben adentro, jamás [...]. Yo no estaba tomando pastillas porque decía: «¿Para qué vas a tomar pastillas?, ¿para tener sexo una vez al mes, alguna vez cada dos meses?». No voy a estar tomando pastillas porque no son buenas para el cuerpo (Graciela, nivel socioeconómico medio).

Por lo general, las mujeres con parejas sexuales ocasionales no usan anticoncepción oral (ACO) ni dispositivo intrauterino (DIU), descansándose en el uso del preservativo. Sin embargo, en el momento de tener las relaciones sexuales heterocoitales, el preservativo no siempre aparece, y en oportunidades, tampoco forma parte de las negociaciones con la eventual pareja sexual.

La anticoncepción de emergencia (AE) ameritó preguntar de modo específico acerca de su conocimiento y uso, ya que se trata de la manera más adecuada de evitar un embarazo en caso de no haber tomado precauciones o haber fallado el método. La mitad de las mujeres a las que se les aplicó el cuestionario expresó conocer el anticonceptivo de emergencia, fundamentalmente las más jóvenes, en general, menores de 30 años.

Las relaciones forzadas con parejas estables surgieron muy tímidamente en las entrevistas de sala de espera. Las mujeres que manifestaron tener relaciones solo porque su pareja quería no consideraban que este tipo de relación entrase en la categoría de forzada. Dejaban esta denominación para aquellos encuentros sexuales mediados por actos violentos. Entre quienes hicieron alguna mención a vínculos forzados, solo dos resolvieron el problema explicitando su situación y negándose. Sin embargo, un número no despreciable de entrevistadas aludió a tener problemas con sus parejas; en algunos casos, se trataba de hombres violentos que las obligaban a tener sexo cuando ellos querían. No obstante, ellas no problematizaban esta situación, más bien se referían naturalizadamente.

Quedó en evidencia que, entre quienes no estaban tomando medidas para evitar un embarazo, este también sobrevenía de manera inesperada en la subjetividad de las mujeres. En su horizonte de posibilidades, no estaba el embarazo, a pesar del tipo de prácticas heterocoitales llevadas a cabo.

Las conversaciones mantenidas en torno a la anticoncepción mostraron la complejidad del tema: prácticas anticonceptivas no es necesariamente lo mismo que el uso de métodos anticonceptivos. Sobre cada práctica y método existen diversos sentidos y significados; uno de ellos es el proveniente de la medicina y

de las políticas públicas. Se cruzan sentidos del cuerpo, de la moral y relaciones de poder con el compañero sexual, además, por supuesto, del tipo de relación sexual de que se trate (estable o casual), todo lo cual ameritaría una investigación específica sobre la temática.

Entre las adolescentes

El embarazo en las adolescentes da cuenta de una sexualidad activa por parte de la joven, sexualidad sobre la cual la sociedad ofrece discursos contradictorios: apenas una incipiente educación sexual aún no consolidada en los programas oficiales de educación,⁸⁸ asociada a imágenes eróticas de adolescentes en los medios de comunicación masiva.

Entre las transiciones que definen el pasaje a la adolescencia, la sexualidad con un compañero o compañera es la de mayor repercusión. Los adolescentes aprenden el ejercicio de una sexualidad, que incluye la experimentación personal y con sus pares, sumergiéndose en la cultura sexual del grupo, lo cual excede la mera genitalidad (Heilborn, 2006: 35). En Uruguay, la edad media de inicio de la vida sexual se sitúa para las mujeres en los 18,2 años, con oscilaciones que van de 17,1 para sectores socioeconómicos bajos, y 19,5 para los altos, de acuerdo con la encuesta Proyecto Género y Generaciones (2005).

El embarazo en las adolescentes de capas medias generalmente no es buscado; mientras que muchas veces sí lo es entre las de sectores pobres, o está dentro del horizonte de posibilidades sin que hagan ninguna problematización al respecto.

Ya tengo 16 años y todavía nunca estuve embarazada», comentó en voz alta una adolescente en la sala de espera de una policlínica donde iba a acompañar a una amiga (notas de campo, policlínica B, febrero de 2005).

Entre las entrevistadas que pasaron por el aborto, el embarazo no esperado estaba enmarcado en relaciones de noviazgo o de amigovios; existía una relación estable con el genitor. El embarazo no era el producto de un encuentro casual, sino que había un conocimiento previo y algún tipo de relación con el varón, aunque esta no fuera de noviazgo.

Al igual que entre las mujeres adultas, la concepción no buscada deviene de prácticas anticonceptivas inadecuadas, ya sea por la no utilización de métodos o por su uso incorrecto o discontinuo. Con frecuencia, las adolescentes —independientemente de su sector social— tienen dificultades en tomar píldoras

88 En marzo de 2006, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) constituyó la Comisión de Educación Sexual con el cometido de «elaborar un proyecto programático que apunta a la incorporación de la educación sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un contexto de desarrollo, salud y derechos que potencie la construcción de ciudadanía» (Anexo 1, resolución 1-100213/05). Es así que, en 2007, se incorporó el Programa de Educación Sexual al sistema, que desarrolló actividades de formación a docentes de enseñanza primaria y secundaria en el área de educación sexual. En 2010, se dejó sin presupuesto dicho programa, lo cual tuvo como consecuencia modificaciones importantes respecto a su implementación, aún no asentadas.

anticonceptivas, y en algunos casos, porque sus padres ignoran que tienen una vida sexual activa y quieren seguir ocultándoselas:

Escondía las pastillas en los zapatos para que mi madre no supiera (Diana, nivel socioeconómico bajo, refiriéndose a su adolescencia).

En otros casos, porque no cuentan con el dinero suficiente para comprarlas. Algunas adolescentes, que se asisten en policlínicas públicas donde se les proporciona ACO gratuitamente, no lo solicitan, ya que, por una parte, alegan diversas razones: «vergüenza», «no siempre hay», «son de mala calidad, no se puede confiar en ellos», o «no puedo tomar pastillas porque me hacen mal». Sin embargo, desde los servicios de salud, pude observar que, en los últimos años, la oferta se ha mantenido con regularidad y la calidad de los ACO es aceptable de acuerdo a los profesionales de salud. Por otra parte, estas adolescentes que argumentan no poder usar ACO por problemas de salud, lo hacen sin fundamentos en chequeos médicos.

El MAC que las adolescentes manifiestan preferir es el condón, aunque varias entrevistadas, hacen mención a dificultades para negociar su uso, especialmente entre las adolescentes de sectores pobres.

«Hace dos meses que estamos juntos. Yo le digo que sin forro nada, pero él me dice que no, que con forro no siente nada, que no me preocupe, que en todo caso, él termina afuera», me dijo una adolescente de 17 años mientras conversábamos en la sala de espera (notas de campo, policlínica B, febrero de 2005).

Por otro lado, algunas también expresan inconvenientes en ser ellas quienes lo proporcionan:

Si me ve con un preservativo, va a pensar que soy una sarpada (Lidia, 17 años, nivel socioeconómico bajo, en relación con lo que pensaría como su novio).

A su vez, los varones adolescentes, cuando lo usan, no siempre lo hacen de la manera adecuada, según pude constatar en una investigación anterior (Rostagnol, 2003c).

La rotura del condón como explicación de un embarazo no esperado es mencionada con frecuencia entre adolescentes.

Pasó que se le rompió el preservativo. Los dos nos dimos cuenta, ninguno de los dos hizo nada, como tomar *postinol*, algo de eso. Después, me vengo a enterar que no son muy efectivos, no sirven para mucho. Ninguno de los dos hizo nada... (Marisa, nivel socioeconómico medio).

Finalmente, cabe mencionar que la necesidad de inmediatez que frecuentemente se corresponde con las relaciones sexuales entre los adolescentes los aleja del uso del condón.

Porque hay casos que, como es en el momento, vino alguien, les gustó y lo hicieron, ¡no piensan ni siquiera en ponerse un preservativo! Entonces, lo hicieron y ya está. «No, por una vez no me pasa nada», y por esa vez es lo que pasa (Diana, 36 años, refiriéndose a los adolescentes de su entorno, nivel socioeconómico bajo).

Supongo que como consecuencia de la asociación de los métodos de barrera con la prevención de ITS, en las relaciones prolongadas, las adolescentes tienden a abandonar el uso del condón, sin reemplazarlo por otro MAC. Esta constatación coincide con lo observado por Brandao (2004) respecto al comportamiento de parejas estables de adolescentes en Brasil.

Existe entre los y las adolescentes en general, y lo comprobé en las entrevistas, una cierta imposibilidad de predecir y planificar, unido a la omnipotencia de creer que por solo no quererlo ni va a embarazarse ni contagiarse de ITS. Las adolescentes de sectores medios manifestaban cierta preocupación por evitar el contagio de ITS, especialmente VIH-SIDA. Apelaban, por ello, al uso del condón. Entre las de sectores pobres, varias de ellas con hijos, evitar el contagio de ITS no estaba entre sus inquietudes. Este aspecto merece un tratamiento agudo, que proporcione información apropiada para la elaboración de políticas públicas que contemplen la heterogeneidad y especificidad de las distintas poblaciones.

La difusión de la anticoncepción de emergencia es parcial. Son pocas las adolescentes que van al ginecólogo para realizarse un chequeo y discutir las posibilidades de regulación de su fecundidad (Sanseviero, 2008). Cuando lo han hecho, difícilmente los ginecólogos les informaron sobre su uso. No es de fácil acceso, a menos que se la compren en una farmacia, ya que si bien en las policlínicas públicas se supone que hay stock y su entrega es gratuita, no siempre están disponibles.⁸⁹ El conocimiento de la AE proviene fundamentalmente del boca a boca; es fragmentado y, en ocasiones, distorsionado, lo que induce a usos inadecuados. Sin embargo, son las adolescentes quienes declararon tener más información sobre AE en comparación con las mujeres adultas.

Todas las adolescentes manifestaban tener conocimientos de los MAC, pero tener información no implica que los usen; por el contrario, la adopción de métodos anticonceptivos constituye un proceso más bien lento que incluye discusión con la pareja, lo que es, al final, una disciplina dificultosamente compatible con la incorporación a la cultura sexual. Por ello, se vuelve una práctica complicada para los y las adolescentes.

Entre las adolescentes de estratos bajos, es más frecuente que los embarazos no esperados lleguen a término. Los embarazos de varias adolescentes fueron no esperados, pero una vez embarazadas, no pensaron en abortar, sino que cursar el embarazo se tornó lo deseable. Esta observación coincide con los hallazgos del estudio de Aquino y otros (2003) entre adolescentes de Salvador de Bahía, Río de Janeiro y Porto Alegre. Entre las de sectores socioeconómicos medios, la interrupción de embarazo no esperado es más usual. Para ellas, la maternidad no parece estar en su horizonte de posibilidades —y menos aún en la de sus

89 La directora de una policlínica ubicada en un barrio periférico, rodeada de asentamientos, me dijo que cuando ella no estaba, dejaba las pastillas de AE bajo llave, para que no se hiciera un mal uso de estas. De modo que, si ella estaba ocupada en las tareas administrativas o no estaba en la policlínica, nadie podía facilitar ae a una mujer.

padres—;⁹⁰ no obstante, algunas entrevistadas han continuado sus embarazos con apoyo familiar.⁹¹

El descubrimiento del embarazo

El descubrimiento del embarazo no esperado provoca distintos sentimientos: angustia, desesperación, paralización o es un evento extraño (Harden y Ogden, 1999) que hace que algunas mujeres se sientan devastadas.

Yo temía, lo estaba temiendo. Hablé con una amiga que me dijo: «Hacete el examen», y yo: «No, vamos a esperar unos días más». ¡Yo!, que además soy de que la vez pasada, como había tenido un retraso, dije: «Ya lo hacemos, al segundo día, ¡a mí no me vas a tener sufriendo!»⁹² Ella me decía: «Dale, si no va a pasar nada». ¡Mentira!, la otra pensaba que yo estaba embarazada. Y bueno, llegó un día que lo hice, que fue muy gracioso porque llegué a la farmacia con mi amiga y mi amiga pidió el test. Entonces, le dijo, porque es una situación muy incómoda, entran dos chiquilinas, jóvenes, a pedir un test de embarazo, no es... Le pide el test, nos estamos yendo y, en la puerta, el tipo nos grita: «¡Mucha suerte!». Y ahí me sentí, no sé, rarísima. Entré a una farmacia de la que no voy nunca; además, no fui a la farmacia de la esquina tampoco. Y allá nos fuimos para casa, y las dos rayitas salieron enseguida. Y me vino como ese miedo rarísimo (Marisa, 18 años, sector socioeconómico medio).

¿Qué se está negando mediante la invisibilización de la propia potencial necesidad de recurrir al aborto? Quizás sea el rechazo a las violencias que el aborto representa, sean estas conocidas personal o socialmente. El embarazo no esperado está presente como posibilidad —reconocida en las prácticas anticonceptivas, en las conversaciones entre amigas—, pero la eventualidad del aborto nunca parece estar presente, aunque su ocurrencia esté inscrita en el orden de los acontecimientos que pueden derivar de una sexualidad así vivida. ¿O será que es una presencia demasiado conflictiva —por la carga de violencia física y simbólica que incluye— para poder tolerarla?

[...] Y cuando me enteré [de] que estaba, no lo podía creer, ¡no lo podía creer! Yo decía: «¡No puede ser!» Las fechas estaban; yo decía: «Bueno, me pasó un shock tan fuerte [*estaba pasando momentos difíciles*] y me cambió el ciclo, y la pastilla [postinor] estaría vencida...» Se dieron, cuando se tiene que dar, se tenía que dar (Graciela, sector socioeconómico medio).

Es un evento extraordinario porque lleva a la suspensión temporal de vida normal. La mujer pierde el control sobre su cuerpo y su vida, y aparece muy fuertemente el deseo de volver a la normalidad, asimilada a *no embarazo*. Algunas también lo asocian a comportamientos irresponsables y sienten vergüenza y

90 Uno de los ginecólogos, con quien mantuve un prolongado contacto en oportunidad de una consulta post-aborto, atendió a una adolescente, a quien sus padres la habían obligado a abortar.

91 En otro trabajo, comparé los abortos y las maternidades en mujeres adolescentes de sectores medios. Ver Rostagnol y Viera (2006b).

92 Se trató solo de un retraso; en esa oportunidad, no estaba embarazada.

culpa, lo cual se refuerza cuando deben contar lo que les sucede a otra persona, por ejemplo, al médico.

Cuando estábamos esperando la consulta, Patricia, sus padres y yo, me dijo que el embarazo era el resultado de la rotura del condón en su primera relación sexual. Dada la relación conflictiva que mantenía con sus padres, era poco probable que efectivamente se tratara de su primera relación heterosexual. Le pregunté por su novio y me dijo que cuando supo del embarazo, no quiso saber nada, y se desentendió por completo. Patricia estaba de 12 semanas y media y recién se habían enterado del embarazo. Ella comenta en voz suave que había tenido menstruaciones dos meses con sangrado escaso y raro. Su padre la mira, me mira a mí y me dice: «Tuvo mala liga. Ella no lo dijo por pudor, no se animaba». Patricia responde: «Por pudor y por miedo a decepcionarlos» (notas de campo, enero de 2006).

El descubrimiento del embarazo viene de la mano de la imposibilidad absoluta de evitarlo y también, a constatar la esclavitud de la mujer a su cuerpo; por el mero hecho biológico de ser mujer, puede embarazarse, aun sin proponérselo.

Construcción de la decisión

Frente a un embarazo no esperado, al cúmulo de sensaciones y emociones que vive la mujer, se abre, por lo general, un panorama confuso, que incluye negación del test de embarazo positivo, angustia, desesperación, fantasear con tener un hijo, revisión de proyecto de vida, etcétera. Es una lista casi infinita. Cada mujer vive un conjunto de emociones y sentimientos que prevalecen ante cualquier racionalidad. Una decisión no resulta del mero razonamiento, ya que implica una encrucijada ética. La mujer se enfrenta a una responsabilidad de la cual no se puede evadir y debe actuar (Klein, 2005: 45). A partir de esa experiencia extremadamente compleja, la mujer va construyendo su decisión de abortar o continuar ese embarazo. Varias y diversas son las consideraciones que entran en juego durante su proceso de construcción. Hay idas y vueltas; difícilmente se arribe a una de manera inmediata y unívoca. Las mujeres explicitan algunas razones, mientras que otras quedan implícitas en sus narrativas, sin ser expresadas como tales. Rara vez es una sola, sino que se combinan. El material empírico muestra que se trata de un proceso complejo, lo que coincide con lo sostenido en otros trabajos (Rabindranathan, 2003; Bajos y Ferrand, 2002; Petchesky, 1984).

Es una decisión compleja porque todo es relativo (al momento vital, a la relación de pareja, a la situación económica, y podemos continuar), no existen universales con relación a la maternidad, ni al embarazo ni al aborto. Por el contrario, sus significados y sentidos están mediados por las circunstancias específicas presentes cada vez que se produce: clase social, origen étnico-racial, existencia de otros hijos, presencia de la pareja, compromisos profesionales, entre otros varios. Pero más importante aún para considerar el carácter de único que tiene cada aborto concreto es lo señalado por Rosalind Petchesky: «En las mismas circunstancias, para la misma mujer, la conciencia sobre el aborto es

multifacética y contradictoria» (Petchesky, 1984: 365); es decir, en cada caso particular, la mujer tomará una decisión específica.

Pocas veces, las causas se presentan puras, y es por ello que esta se va construyendo a través de un proceso de idas y vueltas, inseguridades y desazones. Puedo aventurarme a plantear como hipótesis que cuanto más nítidamente sobresale un argumento sobre todos los demás como único elemento a considerar, más agudos los dilemas que afronta la mujer y mayores sus dudas y conflictos consigo misma. Cuando existe una combinación de varios motivos que la mujer considera valiosos para interrumpir ese embarazo, más firme es su decisión. No se trata de fórmulas mecánicas; la sensibilidad, el sistema de relaciones y la historia personal de las mujeres constituyen aspectos fundamentales en el proceso de elaboración de dicha decisión. Es necesario, además, localizar el aborto en la circunstancia específica en que se realiza; dicho de otra manera, es imprescindible situar ese embarazo no esperado en la circunstancia concreta de vida de esa mujer, que la lleva o le permite tomar la decisión de abortar. No es una decisión fácil, y no es poco frecuente que en la construcción de la decisión las mujeres cambien, argumenten en una dirección y, al día siguiente, en otra. Se abren distintas opciones, evalúan las distintas posibilidades y, finalmente, optan. ¿Qué toman en cuenta las mujeres en la construcción de su decisión? ¿Cuáles son los criterios que siguen en ese proceso?

Un primer aspecto a señalar tiene que ver con distinguir aquello que realmente entra en juego en la construcción de la decisión de los motivos aludidos por la mujer como base de su elección. No hay contradicción, pero es preciso tener presente que son dos momentos diferentes, que cumplen también finalidades diferentes. Cuando las mujeres se ven enfrentadas a dar una explicación para justificarla, generalmente la explicitan de maneras que puedan ser más o menos aceptadas por sus interlocutores. Cuando ella está sola consigo misma, cavilando e intentando dilucidar qué hacer, el recorrido es otro, complejo y plagado de contradicciones.

Y, la verdad es que al principio yo no sabía bien qué hacer. Pero ‘ta, después sí. Resolví (Carina, nivel socioeconómico medio).

En la construcción de la decisión sobre las acciones a tomar ante el advenimiento de un embarazo no esperado, ya sea continuarlo o interrumpirlo, intervienen una serie de elementos que, con una finalidad analítica, he agrupado de la siguiente manera:

1. la limitación temporal;
2. las nociones de maternidad/maternalidad, el deseo de tener hijos (en algún momento de su vida);
3. las características de la relación de pareja con el compañero sexual;
4. el contexto material;
5. la vivencia de la sexualidad;
6. la situación emocional interior que está viviendo la mujer;
7. su situación vital: lugar asignado a la profesión, al trabajo y al estilo o proyecto de vida.

Estos aspectos intervienen de diversas maneras y con distintos pesos en la construcción de la decisión, que se distinguen no solo de una persona a otra, sino de un aborto a otro en aquellas mujeres que han tenido más de uno.

Tomé en cuenta las explicaciones *emic* para elaborar estas dimensiones que estimo como sustantivas en la construcción de la decisión.

Limitación temporal

Si bien en Uruguay existe una legislación restrictiva, los abortos clandestinos se realizan sin mayores dificultades hasta la 12^a semana de gestación. A partir de este momento, se dificulta encontrar quién realice el aborto, al tiempo que aumenta el riesgo respecto a la salud e integridad física de la mujer, de modo que las mujeres disponen de un lapso muy acotado para construir su decisión, tomarla efectivamente y ejecutarla.

La perentoriedad del tiempo comienza con la inminencia de la noticia: no hay matices, nadie está *un poco embarazada*.

Y yo estaba con ella en el momento en que me hice el análisis, que fue un momento rarísimo, y ella estaba conmigo, y bueno, me tranquilizó, fue como un cable a tierra: «Se va a solucionar, no pasa nada, lo vas a hacer», todo muy simple, ¿no?, como sacándole todo. Ahí fue una sensación rarísima ver las dos rayitas, fue miedo puro, nunca había tenido miedo puro [...]. Pero nunca había sentido el miedo así. Además, fue un instante, fue como un pánico, pánico: ¡Ahhhhhhh, eso es mío!, y es algo que no le voy a poder escapar, que está ahí y lo resuelvo o lo resuelvo. [...] Me quedé dura, porque me pasó eso, me quedé dura, y empecé a tomar agua, me vino como sed, empecé a fumar, a tomar agua, a fumar, a tomar agua. Y le pregunté a mi amiga cómo había sido el aborto de su hermana, y me dijo: «Bueno, es anestesia general». Cuando me dijo «anestesia general», empecé a llorar como una histérica [...] (Marisa, nivel socioeconómico medio).

Hace 6 años que estoy con Juan. Soy superirregular. Esto, no sé... ¡Fue una estupidez! ¡Tan protegida no estaba! [...] A las cuatro semanas, se me hinchó el busto. Hay meses que no tengo menstruación... No tenía ningún síntoma, pero la hinchazón me hizo pensar que estaba embarazada (Valentina, nivel socioeconómico medio).

Como en otros casos, en Valentina, las transformaciones fisiológicas refuerzan el sentimiento de inmediatez, de algo que debe ser hecho de inmediato. El cuerpo va dando cuenta de transformaciones, visibiliza las transformaciones internas, de que va a seguir su curso a menos que sobrevenga la interrupción.

La decisión es menos inmediata y exige un tiempo de cavilaciones cuando emergen contradicciones y dudas; sin embargo, el tiempo destinado a la reflexión a fin de construir la decisión se ve acotado. La dinámica de la decisión está encerrada en un espacio de tiempo teóricamente limitado (Bajos y Ferrand, 2002: 119). La inmediatez funge como elemento de presión: urge tomar decisiones y provoca desesperación y angustia en muchas mujeres.

[...] ¡Pero es el momento! [...] Claro, te encuentra en esa situación, con tanta presión, que no te importa hacer lo que sea para salir del paso. ¡Hacés lo que sea, hasta mentís igual! Me lo saco y entrás a averiguar con otras personas qué podés hacer o qué podés tomar. Te hacen tomar cualquier cosa (Diana, nivel socioeconómico bajo).

Comentamos con Teresa que el jueves no atendían en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR —semana de Turismo—, pero que con su edad gestacional podía esperar sin problemas. Pero a Teresa la inquietaba que pasaran los días y no poder hacer la consulta. Dos días después, me llama para contarme que el lunes tampoco atendían porque era feriado. Pide para encontrarnos; accedo. Quiere «solucionar su problema», como ella lo denomina. Me dice: «Y ya estoy un poco superada (por no decir completamente)». Habla rápido, entrecortada, se come las uñas —en realidad, se mordisquea la punta de los dedos y uñas—, mueve las manos constantemente. Me repite: «No banco más, quiero terminar con esto» (diario de campo, abril de 2006).

Las nociones de maternidad/maternalidad y el deseo de tener hijos (en algún momento de su vida)

Una maternidad forzada es un aborto no realizado, por lo que es sustancial analizar la decisión de abortar en consonancia con la de ser madre. Después de todo, las cavilaciones de una mujer que quiere abortar son también sobre no ser madre en ese momento. La maternidad trasciende la acción biológica de procrear. Conviene distinguir *maternidad forzada* de *maternidad voluntaria*. Ambas pueden considerarse categorías descriptivas, pero también extremos de un continuo. Frente a un embarazo no esperado, hay mujeres que no lo interrumpen, ya sea por el miedo que les produce abortar o ya sea porque no están de acuerdo con el aborto. Sin embargo, no querían ser madres, y la suya es una maternidad forzada, mientras que para otras mujeres un embarazo no esperado deviene en una maternidad no solo aceptada, sino deseada.

Marcela Nari (2004) utiliza el término «maternalización» de las mujeres para referirse a la confusión entre mujer y madre, feminidad y maternidad. Mucho se ha elaborado desde el feminismo, que cuestiona esta materialidad de la mujer desde su rol de madre (Badinter, 1992). No obstante, parece persistir la noción que iguala mujer a madre en la *doxa*, y prevalece la idea de que la maternidad está inscrita en los cuerpos de las mujeres, en su «naturaleza».93 La maternalización no implica que las mujeres pueden ser madres, «sino que solo debían ser madres» (Nari, 2004: 101). Estas concepciones han acompañado el proceso civilizatorio signado por el sistema capitalista. La noción prevalente en las primeras décadas del siglo xx era que las mujeres «sólo con hijos alcanzarían la feminidad verdadera, solo así estarían completas y felices» (Nari, 2004: 130).94

93 Buena parte del pensamiento de Simone de Beauvoir en *El segundo sexo* deviene de cuestionar esta noción.

94 Subrayados en el original.

Contradictoriamente a lo que podría suponerse, la idea de madre implicaba sufrimiento, abnegación, no pensar en sí misma y dar todo por el otro; en una palabra, la maternidad de las mujeres implicaba su desagenciamiento en tanto sujetos (Nari, 2004).

Sin embargo, también es necesario precisar que, para muchas mujeres, dicha idea implica alegría, proyección; tener un hijo está en su horizonte de expectativas, tanto como deseo de tenerlo como de vivir una maternidad. Quieren un día tener un hijo o varios, por lo que desempeñan ellas mismas la agencia. Se trata de una maternidad voluntaria.

Este no es un tema menor, ya que frente a los diferentes planteos que confluyen en intentar presentar definiciones acerca del inicio de la vida, de la vida humana y el carácter de persona de *zef*, el deseo de la mujer de tener ese hijo o hija constituye uno de los criterios utilizados. Muchas teólogas y feministas defienden la idea de que el *zef* se convierte en persona cuando la conciencia de la mujer embarazada lo desea (Petchesky en Olivares, 2001; Padovano, 2004). Investigaciones socioantropológicas también arriban a la conclusión de que solo cuando la mujer embarazada considera que *zef* es su hijo, este tiene una entidad humana (Leal, 1995). Este aspecto ha aparecido con claridad en mi propia investigación.

Elaboré un mapa de sentidos con el material de las entrevistas y de las notas de campo, que connota la maternidad, el ser madres con relación a sí mismas. Los resultados ayudarán a pensar en las identidades de género con que estas mujeres experimentan sus vidas y el lugar asignado a la reproducción.

1. Fatalismo esencialista

Las mujeres no tienen opciones. Si son mujeres, serán madres. Es su destino y su razón de existencia. Es la maternidad puesta en acción. Si bien esto es común en mujeres de distintos sectores sociales, es entre las más pobres donde esta connotación tiene más fuerza. En las mujeres de sectores medios, este sentido de maternidad es observado entre aquellas que mantienen una modalidad conservadora en sus relaciones de género, a veces asociado a su formación religiosa. Entre las adolescentes, esta idea emerge algo más diluida.

Si te mandan hijos, es por algo, me educaron para ser mamá (notas de campo, policlínica C, marzo de 2007).

Yo, yo venía de una familia católica que me habían enseñado de que una mujer que queda embarazada quiere a su hijo, le nace de adentro, ¿no?; por arte de magia, te nace el amor al hijo que tiene en el vientre... Este... (Graciela, nivel socioeconómico medio, quien hace ese comentario con relación a la primera vez que abortó cuando tenía 19 años).

2. La maternidad como un autocastigo por una conducta sexual inadecuada

Esta conducta es observada en las narraciones respecto a otras mujeres, nunca con referencia a sí mismas. La maternidad forzada es considerada un castigo por un ejercicio de la sexualidad no aceptable.

Si te abris de piernas, te tenés que bancar lo que te pase después, yo soy de esa opinión (notas de campo, policlínica A, zona pobre, abril de 2007).

Esta noción, en ocasiones, aparece en personal de salud cuando atienden mujeres con abortos en curso o complicaciones post-aborto. Daniela (17 años, nivel socioeconómico medio) acudió a la Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), de la que era socia, una vez hecha la expulsión, porque el sangrado y los dolores continuaban.

Me trataron como el orto. La enfermera o nurse, yo qué sé quién era, no paraba de decirme: «¿Por qué no pensaste antes?!». Y después, el médico diciendo de todo porque me había puesto las pastillas, puteando contra el Pereira y diciéndome que «¡qué barbaridad lo que había hecho!, ¡que mucho libertinaje, mucha cosa y después no se hacen cargo!». Fue horrible, horrible, yo estaba ahí, la sangre no paraba, me dolía todo, tenía miedo. Por suerte, estaba mamá que medio les paraba el carro.

La versión de la propia maternidad forzada es significada como un acto de responsabilidad, de hacerse cargo de los actos realizados. En las salas de espera, más de una mujer mencionó que su embarazo había sido inesperado y que, a pesar de los posibles problemas, siempre pensó que era su responsabilidad seguir adelante.

3. Una decisión basada en el deseo

Solo son madres cuando quieren serlo; la maternidad resulta del deseo de ser madre.

Yo podría haberlo tenido, o sea, económicamente lo podía sostener, este... Y en el entorno también hubiera contribuido, los amigos, yo qué sé... Pero igual, en definitiva, estás sola y después el [...]. Es que es eso; yo creo que muchas mujeres ni piensan, casadas o divorciadas, lo que sea, solas. El bebé es lindo cuando nace, el bebé y no sé qué, a veces es como una mascota, ¿viste? Y después, cuando crece, ya no hay pañales y ya tiene que ir a la escuela, y después, ¿de qué?, y darle límites y no sé qué, y es más complejo que tener un bebé, o sea, que tenerlo, que tener pañales, ¿viste? Y mamaderas, y... Y resolver ese tema primario, eso [no] es nada comparado con todo lo otro. Un hijo es para toda la vida; ¿qué hacés?, ¿lo dejás tirado a los 1,5 años?, no sé cómo es. Yo creo que hay gente que no lo piensa eso. Para eso, se precisa un entorno, un... Un poco. Vos tenés que estar muy bien plantada. Si el otro no lo quiere, no quiere; si vos querés realmente, lo tenés y salís adelante, porque la prueba está, hay muchas mujeres que lo han hecho. No hay mujer que no pueda, es que no quiere en realidad (Carina, nivel socioeconómico medio).

Yo pienso que una persona que no tiene el espíritu de madre no tiene el derecho moral de tener un hijo, por el simple hecho de no hacerse un aborto. Porque cuando vas a hacer el amor con un hombre o te acostás con un hombre porque te gustó, o te mamaste y lo hiciste y quedaste embarazada, vos no estás pidiendo un hijo (Blanca, nivel socioeconómico bajo).

4. La maternidad forma parte de un proyecto más amplio (casarse, familia, etcétera)

La maternidad y las opciones reproductivas históricamente han definido la relación de la mujer con la sociedad (Petchesky, 1984). Por ello, en la modernidad tardía, caracterizada por la reflexividad (Giddens, 1991), es poco probable que la maternidad sea una decisión tan autónoma como el tono de la época indicaría. Todavía pesan mandatos sociales, de manera explícita e implícita, que se conectan con aspectos emocionales o se traducen en la presión familiar y social por tener hijos. Sin embargo, también es verdad que muchas mujeres llevan adelante maternidades elegidas.

Mis dos primas quedaron embarazadas jóvenes. Si alguna vez me pasa algo en mi vida, no voy a tener hijos joven. Una compañera de liceo también, que no era amiga, pero estaba ahí. Yo soy bien a la antigua: quiero casarme, tener hijos... (Valentina, nivel socioeconómico medio).

Hay una madre cuando hay un hijo o una hija

Cuando el embarazo no sobreviene a partir del deseo de un hijo, las mujeres lo viven con ajenidad. No es asumido en su condición relacional, no sustantiva, dada por los lazos que tiene la mujer con su pareja, con sus otros hijos si hubiera, con el resto de su familia y sus amigos. Entonces, no se le da el carácter de persona a *zef*, y por lo tanto, la mujer no se siente madre. Esto, que asigna el rasgo de persona al producto de una concepción —independientemente de la edad gestacional— cuando ocupa un lugar en el sistema de relaciones sociales, coincide con la definición de persona en varios grupos etnográficos, lo que remite a distinguir entre el embarazo a partir de los indicadores biológicos y embarazo a partir de los indicadores sociales y subjetivos.

Algunas entrevistadas sentían un gran dolor acompañado de sentimiento de culpa por tomar la decisión de abortar, aunque sin remordimientos posteriores. En algunos casos, donde mi vínculo con la entrevistada perduró varios años, pude constatar que a medida que pasaba el tiempo más firme se sentía frente a la decisión tomada. Ese fue el caso de Elisa:

Ahh, es una experiencia superdolorosa [...]. Fue superdoloroso tomar la decisión y... Y vivirlo, ¿no? Porque es una cosa dolorosa, no solo físicamente, sino que es algo también, digo que, de que te queda marcado, te queda marcado de... Creo que para siempre. Y cada vez que ves un niño y... yo qué sé, o ves una mujer embarazada, o pensás que podías haber sido tú. No sé, pero eso, lo voy a tener para siempre o hasta que tenga hijos y pueda... De alguna m..., forma compensar lo que hice. Me siento culpable, igual... Bueno (Elisa, nivel socioeconómico medio).

Luego, Elisa vino a vivir a Montevideo para ir a la universidad. Se ha convertido en una joven con una participación política importante, siempre activa en eventos que se realicen a favor de la legalización del aborto. Ha mantenido una preocupación por las mujeres que deben abortar en clandestinidad.

Cabe destacar que, entre las mujeres entrevistadas, la decisión de abortar no ponía en cuestión su maternidad (existente o potencial).⁹⁵ La ausencia de un proyecto de maternidad futura en las entrevistadas no inducía, como propone Boltanski (2004: 171-175), al rechazo del feto en términos de feto «tumoral».

Las características de la relación de pareja con el compañero sexual

De acuerdo a la información relevada, es posible señalar que, con frecuencia, las circunstancias de pareja en las que una mujer se embarazó son puestas en consideración en sus cavilaciones y posterior decisión de abortar. Las mujeres, en general, hacen referencia explícita a la relación con su pareja al momento del embarazo no esperado. Con base en sus relatos, agrupé las parejas de acuerdo a las características relevantes para la construcción de la decisión.⁹⁶

a. Pareja en sus inicios, con probable porvenir

—Y bueno, con Diego, que habíamos hablado alguna vez. Nosotros salimos hace muy poco, cinco meses ahora. Pero ‘ta, ¡nunca ahora!, más a futuro y más resolviendo otras cosas primero.

—Tu pareja, entonces, ¿no es una pareja consolidada como para tener un hijo?

—¡Nooo! Está en otra etapa. Estamos conociéndonos, si querés (Carina, nivel socioeconómico medio).

Diego, de 27 años, acompañó a Carina en todo el proceso del aborto, compartiendo con ella desde la búsqueda de dónde y cómo hacerlo hasta cuándo se coloca el misoprostol, y en las siguientes etapas. Su relación con él fue un elemento más que entró en sus reflexiones en el proceso de construir su decisión.

b. Parejas conflictivas o problemáticas

Se trata de parejas estables, algunas convivientes. En estos casos, se advierte en ellas una crisis que puede estar marcando el inicio de la ruptura. En algunas oportunidades, son parejas que no logran llevar una vida armónica. En otras, más allá de su estabilidad, uno de sus miembros —el hombre, por lo general— está casado con otra mujer de quien no va a separarse.

—[...] Porque yo no vivía con mi pareja, [...] pero hace mucho tiempo que estaba diciendo que tenía ganas de volver a tener otro hijo, porque a mí me gusta criar. [...] Y, sin embargo, sentí que no... Que no... Que no me daba... Sentí mucha inseguridad por... Por el otro lado también, ¿no?

—¿De la pareja?

95 Algo similar se encuentra en el trabajo de Rosângela Di Giovanni (1983) sobre el aborto entre mujeres brasileñas, en el que se destaca que «el deseo de la maternidad nunca era cuestionado; por el contrario, constantemente reafirmado».

96 Natalie Bajos y Michèle Ferrand (2002) toman en cuenta el tipo de pareja que tenía la mujer en la construcción de la decisión de abortar, y tomé varias ideas de su investigación.

—De la pareja. Y eso también me pesó muchísimo... La inseguridad, ¿no? La... El no saber si estaba tirando para el mismo lado, más allá de que el día de mañana no siguiéramos juntos. Pero como la... Cuando vi, apareció la duda y dije: «¿Otra vez sola con dos?». Sola con una es una cosa, pero con dos... (Florencia, nivel socioeconómico medio).

Una pareja problemática para la finalidad de procreación puede ser una pareja con la cual solo se pretenda tener buenas relaciones sexuales, sin interés en compartir otros aspectos de la vida. Es decir, puede no haber necesariamente conflictos, pero no hay lugar para pensar en hijos. Tal es el caso de Graciela, que vive sola, lejos de su familia, y al momento de su tercer embarazo no esperado, mantenía una relación estable sexoerótica, cuyos fines no iban más allá de la circunstancia que compartían.

Entonces, yo siempre había dicho que la tercera era la vencida [*ya tenía dos abortos*], que yo otro aborto no me lo iba a hacer. Para colmo de males, yo estaba sola en Punta Arenas, no tenía un mango... Y que este tipo, que si bien es muy tierno y muy amoroso, más vale tenerlo lejos [*se ríe*]... Este tiene ¡cuatro hijos ya! No, no, no va muy bien... Me parece, corre paralelo a la ley, ¿viste?, me parece que... No hace nada aparentemente, pero me parece que corre por otro lado. [...] No puedo tener yo una relación con esa persona, porque, puntos de vista de la vida totalmente distinta... Y no puedo, no puedo, ¿viste? (Graciela, nivel socioeconómico medio).

Claudia tenía una relación estable sin convivencia, carente de un proyecto conjunto a futuro; es más, en los planes de su pareja estaba emigrar, a lo cual Claudia no pensaba acompañarlo. De modo que cuando sobrevino el embarazo no esperado, tuvo muy claro desde el primer momento que, en caso de continuarlo, ella iba a tener que afrontar sola la crianza de la criatura.

[...] Apenas llegó la fecha y no tuve la menstruación, enseguida me compré un evatest. Y me dio positivo, por supuesto. Esteee... Entonces bueno, tenía que tomar alguna medida, porque no era algo que había, que hubiésemos planificado. Además, él pensaba irse del país, esa era la idea. Así que bueno, tuve que buscar una solución (Claudia, nivel socioeconómico medio-bajo).

El alcoholismo del compañero estable conviviente aparece como una causa de la conflictividad que inhabilita pensar en un hijo. Eso le sucede a Margarita, después de haber tenido ya hijos con su compañero, y también a Elena, con una pareja relativamente estable, aunque no conviviente.

Este... Si bien es una persona que yo adoro, ¿‘ta?, por una cantidad de cosas, es una persona alcohólica, ¿‘ta?, con toda una problemática atrás, y bueno... En realidad, era eso, ¿no?, de esa cosa que se mantenía dentro de lo inestable y de lo informal, y producto de eso es que yo quedo embarazada por accidente, y ‘ta (Elena, nivel socioeconómico bajo).

c. La pareja como tal no existe

Se trata de relaciones efímeras, carentes de un compromiso erótico-coactivo que permita suponer que el vínculo evolucionará hacia un proyecto de vida compartido. Cuando es así, la idea del hijo está ausente o el tipo de relación es lo primero que se esgrime en el camino de la construcción de la decisión.

Sí, sí, eso es [...] Yo no, en ningún momento consulté a nada, a la otra persona. Podría haber dicho: «Bueno, vamos a poner la plata los dos, porque se nos rompió a los dos». Pero no, pero preferí no, ¿viste? En realidad, es mi problema, ahora es mi problema (Marisa, nivel socioeconómico medio).

Si tenés una pareja, es distinto, pero yo a un flaco, ¿viste?, que curtí así nomás ¿viste?, que el tipo era, era un curte y punto, eh, no, no, no. Meter a alguien en el medio, ¿viste?, si no, yo esta me la banco, sé que me la banco, tengo plata para pagarlo (Graciela, nivel socioeconómico medio).

d. Pareja consolidada, con proyecto de futuro

De acuerdo a Natalie Bajos y Michèle Ferrand (2002), las mujeres enfrentadas a un embarazo no esperado, que tienen una pareja consolidada con proyecto de futuro, son las más proclives a continuarlo. Entre las mujeres entrevistadas, era un número muy menor quienes estaban en esta situación al momento del embarazo no esperado, por lo que puede pensarse que quizás aquí suceda lo mismo que se observa en la investigación francesa. El caso de Eloísa, de sector medio, casada, con dos hijos ya adolescentes, esta mantenía una buena relación con su marido. Frente a un embarazo no esperado, ambos tomaron la decisión de abortar: no se sentían en condiciones ni con interés en «empezar de nuevo». Transitaron juntos todo el proceso, tomaron juntos la decisión y fueron juntos a las consultas pre- y post-aborto, y fue Andrés —el marido de Eloísa— quien la ayudó a colocarse el misoprostol y la acompañó en el aborto.

El contexto material

Se trata específicamente de aquellos casos donde la situación económica no permite cubrir las necesidades básicas que requiere criar un hijo. Resulta ser un motivo que tiene amplia aceptación entre quienes entienden que el aborto debe ser restrictivo a causales. Es así que es una de las razones más frecuentemente esgrimidas ante los ginecólogos en la consulta preaborto.

No existe una medida objetiva de cuáles son las condiciones materiales necesarias para la crianza de un hijo, por lo que estas se vuelven una categoría subjetiva, específica en cada caso. En algunos, como el de Jacinta, representa la sobrevivencia.

Mi situación era muy mala, entonces, no podía tener a la criatura, no tenía recursos: mi esposo estaba sin trabajo, yo estaba sin trabajo, pero quería hacerme en una clínica arriba del Bar San Felipe. Yo fui a ver cómo estaba, y estaba de casi dos meses. Él me dijo que hasta los tres meses no hacía nada. Mi abuela

me dio la plata, era mucha plata, era mucha plata, me la dio, yo fui, primero a una entrevista para ver cómo era (Jacinta, nivel socioeconómico medio-bajo).

Para otras, significa que la familia no baje su nivel de vida por la llegada de un nuevo miembro. Aquí piensan en los costos de la educación, necesidades de la vivienda e incluso gastos de recreación.

Entre las mujeres que consideran el contexto económico, existen dos grupos más o menos definidos. Uno de ellos, mujeres que, como Jacinta, manifiestan una decisión precisa, en la que tal vez hubiera otros elementos que aportan, pero la situación económica es definitiva, sin cuestionamientos. Otro está constituido por mujeres que en principio querrían tener un hijo, pero son conscientes de que en su contexto económico les resultaría muy difícil llevar adelante la crianza. En estos casos, tomar la decisión les resulta un proceso doloroso.

Vivencia de la sexualidad

Específicamente, me refiero a la presión o censura por el ejercicio socialmente no legitimado de su sexualidad, del cual el embarazo es el *resultado*.

A esta, se le agrega la censura por decidir abortar. Algunas mujeres que eligen interrumpir su embarazo por esta razón son muy jóvenes, y sus padres ignoran que mantienen relaciones sexuales; otras han tenido relaciones casuales sin tomar precauciones. En fin, son muchas las situaciones que quedan comprendidas en este grupo de motivos.

[...] [Cuando quedaba embarazada, mi novio] siempre estaba asustado de mi papá: «¿Qué va a decir tu papá?» (Blanca, nivel socioeconómico bajo. Su padre nunca supo de sus abortos).

Yo me quedé embarazada con 17 años. Mi primer embarazo, yo tenía 17 años. Mi madre ni siquiera sabía si tenía novio, y me quedé embarazada [...] Mi tía se vino con dinero [para el aborto]. Mi tía decía: «Yo prefiero ver una de mis hijas muerta antes que sea una madre soltera» (Alicia, nivel socioeconómico bajo).

[...] No podía decirles [que tenía un compañero sexual a los hijos], porque el tema de ellos es que vos sos madre y no podés ser mujer (Aurora, nivel socioeconómico medio-bajo).

La mayoría de las mujeres, cuyos embarazos no eran viables, principalmente porque delataban una vida sexual no socialmente legitimada, eran adolescentes o muy jóvenes, o ya hacia el final de su ciclo reproductivo.

Momento interior-emocional que está viviendo

Tiene que ver con razones muy íntimas de la mujer, cosas que solo ella siente. En ocasiones, puede significar que está atravesando una depresión, pero también que no se siente con fuerzas emocionales para encarar una maternidad. A menudo, se conecta con dudas sobre su relación de pareja y con sus sentimientos respecto a esta.

Y aparte, estaba justo en un momento que estaba mal en la pareja, muy mal, estaba como que me iba a separar. Mi hermana estaba muy... Ella tenía una enfermedad; ahora falleció. Todo eso me presionaba. Digo: «Pah, traigo otro niño ahora y estoy mal» (Diana, nivel socioeconómico bajo).

En el proceso de toma de decisión, las mujeres que están atravesando un momento emocional complicado, a veces, se preguntan si el hijo no constituye una señal de que su llegada pueda hacerlas sentir mejor y resultar en la solución de sus problemas. Es una postura fatalista en el sentido de pensar que si estando mal, quedan embarazadas, ese sería el camino para sentirse bien.

Su momento vital

El momento vital refiere, por una parte, a aspectos relacionados a su edad, cualquiera sea, pero lo común es que se ubique en los dos extremos del ciclo reproductivo cuando las mujeres la consideran como una razón para no continuar el embarazo. Otro rasgo es el momento en su ciclo de vida, el ciclo de vida de la familia, en el que los hijos adolescentes pueden ser un motivo para que una pareja no quiera tener otro; por el contrario, en otros casos, una nueva pareja con frecuencia promueve el nacimiento de un hijo, aunque ambos integrantes ya tengan otros grandes.

El momento vital también refiere al proyecto de vida, tanto en relación con su carrera, su familia, expectativa de emigrar como con cualquier otra característica que considere importante en esa circunstancia como dicho proyecto.

Pero yo no me abrí en un mínimo... O sea, sí, miento si digo que no lo pensé, porque lo pensás; además, en ese momento empezás a ver mujeres embarazadas por todos lados, niños chiquitos por todos lados... [En] todos lados está lleno de gente que tiene hijos, y ¡chau! Eso es fuertísimo. Y tampoco me sentí... No me siento culpable, para nada. Sería peor que yo trajera al mundo un chiquilín, que fuera más que mi hijo, mi hermano, que no tuviera futuro, poco más que lo trajera para que tenga una vida jodida, porque tiene una hermana, una hermana mía que tiene un hijo, y yo veo lo que es la situación, y veo lo que es el padre, y veo cómo se porta, y veo lo que va a ser el futuro del chiquilín: problemas psicológicos, bla, bla... Y no es justo, ni para él ni para mí (Marisa, nivel socioeconómico medio).

¿Quiénes intervienen en la construcción de la decisión?

Un segundo aspecto a tomar en cuenta en el proceso de construcción de la decisión surge al pasar revista y analizar quiénes son los actores que intervienen.

El interrogante subyacente en el análisis de este punto es si se puede considerar que la decisión resulta de las interacciones en el sentido de Erving Goffman o si, por el contrario, la construcción de la decisión se lleva a cabo de manera más introspectiva, en diálogo consigo misma, aun cuando pesen —y en algunos casos, de manera determinante— factores provenientes del mundo exterior; a modo de ejemplos: la posición de los padres en mujeres adolescentes, la opinión de la pareja, los mandatos sociales, entre otros muchos.

Los pensamientos personales, en diálogo consigo mismas, son probablemente los más densos en el momento de tomar conocimiento de su embarazo, antes de compartir la noticia con otra persona.

[...] Me empecé a dar cuenta que era yo la que tenía que decidir, nada más: si yo lo quería tener, lo tenía; si no lo quería tener, no lo tenía (Florencia, nivel socioeconómico medio).

Yo, eh, a los 19 [años]. No, y no existía, no existía. Después, me empecé, cuando empecé a pensar en esa posibilidad, me di cuenta [de] que si yo en mi casa lo planteaba, me iban a hacer tenerlo. Entonces, agarré, cerrada la boca, y en mi casa, nunca más. Por suerte, yo tenía una amiga, en esa época, que se había hecho un aborto hacía poco tiempo; yo la había acompañado a la clínica, conocía al médico (Graciela, nivel socioeconómico medio).⁹⁷

Casi todas las mujeres entrevistadas, con quienes conversé informalmente, señalaron de manera más o menos enfática que necesitaban un tiempo para sí mismas, para sentir y pensar sobre lo que les estaba sucediendo.

A partir de las narrativas, solo las dos mujeres que tenían una pareja muy consolidada compartieron el proceso de tomar la decisión con ellos. En ambos casos, sus parejas participaron desde el momento en que supieron del embarazo. Todas las cavilaciones fueron compartidas. Por supuesto que también hubo pensamientos y emociones totalmente personales, pero ambas mujeres relataron que luego las compartieron con sus parejas. Se trata de parejas con muchos años de convivencia y experiencias compartidas, con hijos adolescentes y preadolescentes.

Para algunas mujeres, las opiniones de las parejas —no así sus actitudes— no tuvieron peso decisivo en el proceso de tomar la decisión, mientras que otras lo vivieron acompañadas por estas. En un extremo, se encuentran aquellas que optaron por tomar la decisión sin permitir que su compañero participe, a veces, sin siquiera informarles del embarazo.

Fui clara y concisa: «Me lo voy a sacar, no digas nada», le dije (Diana, nivel socioeconómico bajo).

—No, ni consulté... Por cagona [*se ríe*]... Por miedo [a] que me dijeran: «Daaale, ¿qué te hiciste?»

—¿Que te presionaran?

—Que me presionen y yo era muy así... Digo todo, ya cuento, canto y lloro... Por eso... Me la jugué sola: si me pasa algo, sabía que fui yo y... Me arriesgué sola, no quería extender ni segundo, ni tercero, sino yo, porque siempre están de más (Cristina, nivel socioeconómico bajo).

También fue obvio para Claudia que estaba en pareja estable, pero sin proyecto de futuro, que solo a ella le correspondía tomar la decisión. Dijo que ellos jamás habían considerado tener hijos y que estaba acordado que era ella quien debía tomar las precauciones para evitar el embarazo.

97 Graciela tenía 19 años en 1993.

Carina comparte en parte el proceso con su pareja. Es ambigua en su relato; desde un *deber ser* señala que un hijo es un asunto de dos; sin embargo, desde su práctica, ella tomó la decisión sola, si bien coincidió con lo que pensaba su pareja.

Fue medio inmediato, porque te digo, fue de un jueves al domingo, yo lo estuve pensando todo el fin de semana. Vino mi pareja que vive afuera. Vino recién el domingo... El sábado... El domingo. Y 'ta, yo le avisé ni bien supe: el jueves. Los dos nos enteramos, pero a la distancia, ¿no? Entonces, yo creo que cada cual lo [...]. El no tenía dudas cuando nos vimos el domingo, que pasamos el día conversamos sobre cómo vamos a resolver el problema. Porque, para mí, un hijo siempre es un problema de dos: no tiene mucho sentido el traerlo solo al mundo, aunque 'ta, ¡bien por las madres solteras! (Carina, nivel socioeconómico medio)

La narración de Carina es similar al de otras mujeres que sienten que su relación de pareja tiene futuro, pero están transitando una etapa en la que aún no está consolidada. Así, el deseo de no querer un hijo aparece casi espontáneamente en ambos. No hay dudas; la angustia y la inquietud sobrevienen respecto al itinerario del aborto. El compartir esa etapa es vivido como un acercamiento, un paso hacia la consolidación de la pareja.

Hay un tiempo en que la mujer considera su situación en diálogo consigo misma; no obstante, sus parejas intervienen de una u otra forma en la mayoría de los casos. Tanto en el relato precedente como en el que está a continuación, los novios compartieron o aceptaron la decisión de la mujer. Es muy frecuente que las mujeres digan que sus parejas les habían expresado su apoyo, fuese cual fuese su decisión. En estos casos, las parejas la dejan exclusivamente en manos de la mujer. Este apoyo usualmente se traduce en pagar o colaborar en el pago; en otros, en un acompañamiento a través de toda la travesía que hace al aborto. Cuando es así, más allá de la no intervención en la decisión, sí actúa en el proceso del aborto.

[...] Él [*el novio*] me apoyó mucho, creo que eso m... Me, nos unió... No sé, me apoyó muy bien, aunque la decisión la tenía que tomar yo... Digo, con la decisión que yo tomara, me apoyó siempre, [...] porque él es mayor que yo, tres años, y creía él que... Que aunque él, si yo quisiera tener, él está preparado; creía que, que... Que él no me veía... Yo tenía 15 años; que él no encontraba, no encontraba justo, yo qué sé... Entonces 'ta, tenía que ver yo... Me acompañó al médico, todo; me acompañó cuando me hice la ecografía, me acompañó cuando me pusieron la sonda, cuando me sacaron, todo, todo el tiempo (Elisa, nivel socioeconómico medio).

Otros relatos muestran a la mujer viviendo en soledad el tránsito por el aborto; es una decisión tomada en soledad, en un proceso donde la mujer, en última instancia, está sola.

Yo lo único que me acuerdo de eso fue, el, la angustia, la angustia esa terrible que queda... Viene de adentro, de la noche anterior... Estar en mi casa, saber que al día siguiente te vas a hacer un aborto y en tu casa nadie sabe nada...

Digo, que te pueda pasar algo... Y por primera vez en la vida, decir: «Tengo que enfrentar algo sin mi mamá, ¿no?» Y algo duro, y sin mi mamá (Graciela, nivel socioeconómico medio, refiriéndose a su primer aborto cuando tenía 19 años).

Muchas mujeres comparten el proceso con amigas. La sociedad de mujeres se alza como el lugar del apoyo y la confidencia. El tipo de relaciones que se traduce en sus narraciones recuerda el relato que las mujeres tuv hacían sobre los vínculos con las coesposas (Bohannan, 1964). Hablar del tema con amigas ha fungido como alivio, compartir el dolor, la preocupación, la ansiedad, el temor.

[Hablé con] mis amigos, amigos, o sea, esa gente que uno ve que puede confiar, que los momentos que vos te vas a sentir mal van a estar [...]. Con esta gente uno sabe que antes de juzgarte te va a apoyar y a estar contigo, y a darte mi... Porque en realidad no hay una ayuda que te puedan dar que sea... Nadie puede hacer algo por vos, porque es algo que tenés que hacerlo solo (Marisa, nivel socioeconómico medio).

Varias adolescentes entrevistadas lo habían conversado especialmente con sus madres, algunas con hermanos, hermanas y padres, contrariamente al caso de Graciela.

Son interesantes para discutir la noción de autonomía y la relevancia de la red o soporte social de las mujeres para la toma de decisiones.

Autonomía y agencia en el proceso de tomar la decisión

La posibilidad de las personas para ejercer sus derechos sin coacción alude a la autonomía; después de todo, esta es el anverso de la dominación. Este es un componente sustantivo en el escenario de la vida personal y de la interacción social, porque habilita un vínculo igualitario y, a su vez, respetuoso de los demás (Dides, 2001; Tamayo, 2001). La autonomía como concepto no se define en tener o no tener, sino que supone una gradualidad. Un sujeto es autónomo en la medida en que ejecuta una acción o que pudiendo actuar de otra manera no lo hace, por decisión propia. Esta es así cuando la persona examina y analiza los motivos por los cuales decide actuar o dejar de hacerlo. Entonces, su actuación es resultado de una reflexión crítica, en la que considera sus deseos, preferencias y fines o si su actuación resulta de obedecer normas o reglas que la persona misma ha decidido aceptar (Olivé, 1999: 202). La exploración sobre la autonomía se entrelaza con la búsqueda de las complejas y variadas formas de resistencia y poder, con el ejercicio de agencia.

Yo tenía más que claro que no quería un hijo [...]. El primer mes, hice de todo: 400 lagartijas por día, ¡hacía de todo! Yo hacía de todo para que se me fuera, ¿viste? Yo decía: «No quiero». Pero no, no había caso (Luisa, nivel socioeconómico medio).

Luisa ya tenía un hijo al momento de su aborto. No mantenía una relación que incluyera un proyecto de vida común con su pareja sexual. En su narrativa, la decisión parece haber sido inmediata al conocimiento de su embarazo no

esperado. Algunas mujeres entrevistadas presentan relatos similares en cuanto a la rapidez en la construcción de la decisión.

Sin embargo, tomar la elección de interrumpir un embarazo autónomamente no parece ser sencillo, por lo que es frecuente que en el proceso las mujeres cambien, argumenten en una dirección y, al día siguiente, en la otra. Boyle y McEvoy (1998) sugieren la «ambivalencia» como emoción asociada al aborto. Las sucesivas sesiones de entrevista más extensas, en las que fue posible hablar una y otra vez sobre lo sucedido, me hacen suponer que, en general, una mujer frente a un embarazo no esperado no toma rápidamente y sin vacilaciones la decisión de interrumpirlo; por el contrario, su cabeza va de una a otra, titubea, cambia de ideas, se confunde.

[...] Cada paso que tomás, cada decisión, te la volvé a preguntar, ¿entendés?
La llamada: que la llamás al otro día, ¿qué la llamo o no la llamo? [*A la clínica clandestina*] Que la llamo. Que tengo que comprar el antibiótico, ¿qué lo compro o no lo compro? (Florencia, nivel socioeconómico medio)

La posibilidad de modificar los puntos de vista, las creencias, es justamente lo que permite hablar de la construcción de la decisión; confirma que el individuo es un ser en proceso, en el que razón-emoción-cuerpo, en un momento y espacio dados, se conjugan en una trama también cambiante de poder, donde se generan resistencias y dominios. Existe, además, la condicionante de la circunstancialidad, lo que Petchesky (1984) denomina «moralidad de la situación»: es necesario localizar el embarazo en la circunstancia específica de vida de esa mujer. Las decisiones son, desde este ángulo, el resultado de negociaciones entre ideología, realidad social y deseo, dimensiones que pueden presentarse contradictorias. Hay una realidad social que constriñe las posibilidades de agencia de la mujer, pero esta también puede verse limitada por factores derivados de su subjetividad. La gama de posibilidad de elección de la mujer se ajusta a sus condiciones de existencia; así, las diferencias socioeconómicas definen opciones diversas. Lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo social no constituyen dimensiones antagónicas, sino planos entrelazados de manera compleja, que convergen en distintas situaciones a lo largo de la vida de los individuos, y una de ellas es la construcción de la decisión de abortar.

Las narrativas de las mujeres me permitieron observar que la dinámica de construcción de la decisión se mueve en dos niveles: el de la regla y el de la práctica. En el primero, predominan los valores y los principios, pues es un plano abstracto; el segundo es aquel determinado por las circunstancias, habitado por personas concretas (Pierre Bourdieu, 2010, y Ondina Leal y Bernardo Lewgoy, 1995, lo aplican al estudio del aborto). Una de las adolescentes entrevistadas, Daniela, los pone en juego de forma rotunda: ella decidió abortar y efectivamente lo hizo (nivel de la práctica); no estaba de acuerdo con legalizar el aborto por sola voluntad de la mujer (nivel de la regla), porque lo consideraba un asesinato. Asimismo, que en su situación (capa media, 17 años, 5.º año de secundaria, pareja estable aunque no enamorada) no podía hacerse cargo de un hijo ni estaba

dispuesta a hacerlo, no quería hacerlo. Creía que abortar está mal, pero ella se sentía viviendo una circunstancia de excepcionalidad tal que le permitía dar ese paso sin sentir culpas. De manera similar, conversando en una sala de espera, una mujer ya cercana a los 50 años que dijo haber tenido dos abortos, manifestó estar completamente en contra de que las mujeres abortasen. Señaló contundentemente que abortar era «asesinar un hijo». Sin embargo, ella no estaba arrepentida de ninguno de sus abortos; ambos habían obedecido a circunstancias especiales, por lo que volvería a hacerlos. La distancia entre el nivel de la regla y el de la práctica está bien definida en ambos relatos; la incompatibilidad de una con otra no provoca perplejidad alguna en cualquiera de los ejemplos. Esto refuerza la afirmación de la «moralidad de la situación» (Petchesky, 1984).

A fin de ensayar un análisis del grado de autonomía que ejercen las mujeres en la construcción de la decisión de interrumpir su embarazo, elaboré un continuo entre «autonomía» y «heteronomía», adaptando sus definiciones para la finalidad de este estudio,⁹⁸ que es más heurística que explicativa.

Autonomía:

Es la creencia por parte de la mujer de que la autoridad para tomar la decisión está en sí misma. Estos elementos internos son falibles, relativos y cambiantes, por lo que una decisión autónoma puede implicar dudas e incertidumbres, idas y vueltas, y angustias.

Heteronomía:

La fuente de autoridad para decidir sobre su aborto está ubicada fuera. Esta autoridad representa una justificación para el aborto, sobre la cual existe cierto grado de consenso social. Un ejemplo podría ser el aborto que pone fin a un embarazo resultante de una violación. Entre las justificaciones que concitan grados mayores de consensos están las razones económicas, riesgos para la salud física y la edad de la mujer.

La reflexión sobre los motivos aludidos para elegir abortar, conjuntamente con la trayectoria de cada una de las mujeres entrevistadas, me permite agruparlos en dos tipos definidos:

- «Porque no lo quiero tener»;
- «Porque en este momento no lo puedo tener o no estoy dispuesta a tenerlo en estas circunstancias».

Al primer grupo lo denominé *motivos autónomos*. Aquí, la razón citada para la construcción de su decisión de abortar está, de alguna manera, dentro de la mujer, la cual se expresa de diversas modalidades.

Al segundo grupo, *motivos heterónomos*, porque provienen de fuera de la mujer, más allá de que haya tomado la decisión sin presiones externas. Es decir, la construyó con base en las circunstancias. Las razones esgrimidas pueden referirse a la situación económica, a no contar con el apoyo del compañero o a mantener secreta su actividad sexual.

98 El artículo de Carlos Lista (2001) resultó muy sugerente para realizar este análisis.

La mayoría de las mujeres manejan argumentos de ambos tipos.

Todas las adolescentes entrevistadas⁹⁹ manifestaron que su decisión de abortar se basaba en considerar que no era el momento apropiado para ser madres, paratener un hijo, ya que en su presente no había lugar ni deseo de uno: «No sé qué hacer conmigo, menos con un hijo». Esto hace pensar en una decisión autónoma. Sin embargo, algunas de ellas agregaban con igual énfasis la necesidad de abortar para evitar que sus padres se enterasen de que llevaban una vida sexual activa. Aunque no lo mencionaban explícitamente, resulta bastante obvio que vivían su sexualidad como socialmente no legítima, al menos respecto a las relaciones intergeneracionales. Esto colocaría su decisión como heterónima. Evidentemente, las diferencias entre las decisiones autónomas y las heterónimas no son tajantes, sino graduales. Por ello, la idea de un continuum en el que las decisiones puedan ubicarse más cerca de uno u otro extremo resulta apropiada.

La diferencia entre unos y otros motivos no es objetiva, sino que refiere a las vivencias de las mujeres, pues prevalecen sus subjetividades, de modo que, más allá de sus explicitaciones, importan las trayectorias de cada una y sus relatos completos, no solo las referencias a la decisión de abortar.

La mayoría de las mujeres, cuya decisión está situada más cerca del extremo de autonomía, una vez arribada a ella (con itinerarios más o menos largos), se sintieron muy seguras. En la gran parte de los casos del otro grupo, más cercano al extremo de decisión heterónima, si bien esta sobrevino rápidamente, estuvo acompañada de pena y dolor; no obstante, estaban totalmente convencidas de haber hecho lo correcto, dadas las circunstancias. Esas mujeres hubieran preferido que el contexto fuese distinto, de modo de haber podido continuar con ese embarazo. Muchas de ellas lo que no querían eran las circunstancias vitales que definían su realidad, más que el no tener un hijo. Entre las mujeres entrevistadas, Florencia es quien mejor representa esta situación:

Fue raro porque... Yo estaba muy convencida de que iba, de lo que, de que lo quería tener: estaba radiante... 'Taba feliz. Aparte, ya me había empezado a, empezás a tener síntomas, ¿no?, muy fuertes... Y... Y, estaba decidida a seguir... Y bueno y al final, eh, este, mi compañero, dijo que él estaba. Él tiene dos hijas más, que él... Estaba, estaba dudando de que en este momento fuera, fuera oportuno para las otras dos [hijas] también, de cómo lo iban a aceptar, de cómo íbamos a hacer si no estábamos viviendo juntos...

Su compañero no estaba seguro de nada: ni de querer tener el hijo ni de querer que ella abortara. Florencia conocía los riesgos de una maternidad planteada en tales términos; tenía una hija de siete años, cuyo padre se había desentendido cuando era pequeña. Al recordar esos momentos, su voz, en general muy segura, construye un discurso entrecortado, casi desarticulado:

[...] Pero, pero no ten..., no, tengo... No sé [*casi pidiendo disculpas*], capaz que me puse muy egoísta, pero no tenía ganas de pasarla mal de vuelta... [*Muy*

99 Excepto Viviana, cuyo embarazo fue producto de violaciones sucedidas durante su secuestro y se encontraba en estado de shock.

apagada y culpable] No tenía ganas de pasarla mal,[...]¿entendés? Criar sola... Criar sola... Sola. [...] Están, el hecho de que estén cuando se te, les cante, ¿viste? Él, cuando el pibe está, pero está cuando se le canta, y para mí eso no es. [...] Para mí, eso no es una, no es paternidad, ¿entendés?

Martha Rosenberg afirma que «la continuación de un embarazo involuntario suele ser posible [...] cuando no implica un compromiso grave del sentimiento de identidad de la mujer que lo porta» (Rosenberg, 1997: 57). En este ejemplo, no se trató de un embarazo involuntario. No era esperado, pero inmediatamente se convirtió en un embarazo deseado. Sin embargo, se torna luego no viable porque en el proceso de la negociación con su pareja, Florencia percibe comprometida su identidad. Ella quiere ser madre nuevamente, pero no está dispuesta a volver a pasar por la experiencia de «criar sola».

Al final, decidimos que no me lo iba a hacer [el aborto]... Y ‘ta, y fue divino ese momento, porque, porque... Salí con un alivio... Salí feliz, [...] y bueno, nada, esa, ese día fue divino, porque parecía que íbamos a tener otro hijo... Y entonces me vuelvo a casa... Los dos estábamos radiantes [...]; me vinieron unas ganas de vivir, ¿viste?, unas ganas de vivir [...], pero después, al día siguiente, te cae la ficha del mundo... Otra vez; entonces, otra vez empezamos con las dudas.

El compañero de Florencia mantuvo hasta el último momento una actitud dual: cuestionaba el aborto, pero no asumía las consecuencias de tener un hijo. Cuando Florencia decidió finalmente abortar, tomando sobre sí sus propias dudas y las de su pareja, este no secundó los preparativos prácticos y pasó la víspera del aborto enojado y violento.

A lo largo del relato de Florencia, se pueden observar las negociaciones entre la ideología, la realidad social y el deseo, ya que para ella fue una negociación íntima, dolorosa y solitaria.

[...] A mí no me parece que esté mal [haber abortado], porque yo tengo la certeza de eso que dije, ¿no? Siento que es una energía que, que, que en cualquier momento se puede materializar de vuelta, y ‘ta.

A Florencia la determinó a interrumpir ese embarazo la conciencia de su vulnerabilidad, derivada de la experiencia de su anterior maternidad solitaria y de la reacción de su pareja ante el embarazo. Ella refiere como «algún instinto sabio» que la «guiaba a hacerlo» (abortar). Florencia construyó su decisión y la llevó a cabo en soledad, proceso doloroso de violencias, dudas y contradicciones.

En el proceso de construcción de la decisión, en la mayoría de las mujeres se entrelazan factores autónomos y heterónimos, con valoraciones diferenciales. Los relatos relevados muestran que las mujeres decididas a abortar —aún en contextos legales restrictivos— lo harán de cualquier manera. Esto no significa que la elección de interrumpir un embarazo sea necesariamente una decisión autónoma. Algunas mujeres, justamente, la toman para continuar cumpliendo determinados mandatos sociales. En estos casos, su autonomía para la decisión queda entrelazada con su subordinación a los mandatos sociales. Tal es el caso de Aurora, de 44 años, quien abortó sin informarle a sus hijos (de 22 y 23 años),

porque ellos desconocían su vida sexual, no lo aceptaban: «La madre es solo madre», y con esa frase, Aurora estaba significando *asexualada*; lo aceptaba para evitar una confrontación con sus hijos, y eso la llevaba a ocultar sus relaciones sexuales ocasionales o relativamente estables. También es el caso de Sofía, adolescente del interior del país, que viaja hasta Montevideo para practicarse un aborto, ocultándoselo a sus padres, quienes creían que ella seguía siendo virgen. Más allá de que tanto Aurora como Sofía tuvieran otras razones por las cuales querer interrumpir sus embarazos, surge con fuerza en ambas mujeres (una al comienzo de su ciclo reproductivo; otra, finalizándolo) la voluntad de ocultar su vida sexual a su familia inmediata (padres o hijos) y cumplir así con ciertos mandatos sociales. En el caso de ellas, el acto de abortar reforzó el control patrimonial sobre sus cuerpos.

Para Amartya Sen (1995), la agencia es la capacidad del sujeto para perseverar en la búsqueda de cualquier meta o valor que considere importante. Para ello, necesita tener la libertad suficiente que le permita alcanzar sus fines. Anthony Giddens (1979) ubica la agencia en relación con la estructura. En un punto intermedio, Sherry Ortner (1996) advierte que el desafío consiste en lograr imaginar formaciones indisolubles de agencias estructuralmente alojadas y estructuras pobladas de intenciones. Para la antropóloga, la agencia se define por la intencionalidad, con lo cual se acerca al pensamiento del pensador indio, pero es indisoluble de la estructura. La acción de abortar siempre es un momento de agencia para las mujeres: hay una intencionalidad y un sujeto que actúa. Esto es así aun en aquellos casos en que la mujer recurre al aborto como una estrategia de subordinación: se trata de una agencia que no la empodera, pero aun así es agencia.

La autonomía refiere a la toma de decisiones con base en las convicciones propias, independiente de personas o instituciones. Existen elementos intersubjetivos en toda persona, lo cual conlleva frecuentemente a relaciones interdependientes, y estas no necesariamente se oponen a la autonomía. Lo que se le opone es la dominación, es decir, aquellos ejes de poder que ubican a las mujeres en lugares de subordinación, lo cual dificulta o directamente inhibe la posibilidad de autonomía. Esta situación de dominación-subordinación refiere a una construcción cultural, a un orden social que va mucho más allá de lo que pueden ser las experiencias interpersonales y las personas concretas. Esto significa que hay mujeres con determinadas dotaciones de poder, del mismo modo que existen hombres privados de tal: ellos mismos están subordinados a la dominación masculina. Pierre Bourdieu (2000: 22) sostiene que este orden social «funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya», de manera que las mujeres —como cualquier grupo dominado— adjudican a su vida cotidiana esquemas de acción y pensamiento que son producto de dicha dominación. Estos constituyen el *habitus*, es decir, «sus pensamientos y percepciones están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto» (Bourdieu, 2000: 26), por lo que estamos frente a una violencia simbólica. Los grupos subordinados y las mujeres

en tanto tales aplican para explicar su realidad los esquemas mentales que han asimilado en las relaciones de poder que los involucran.

Agencia y subordinación

Partir de la conceptualización de Bourdieu para analizar el proceso de desarrollo de la autonomía posibilita desentrañar cómo las mujeres al tomar sus decisiones lo hacen usando un esquema de percepciones, representaciones y pensamientos que obedece a un orden social signado por la dominación masculina.

Las mujeres —tomadas en su conjunto y más allá de la heterogeneidad del grupo—, además de compartir con los hombres una percepción androcéntrica del mundo que toman como dada —es decir, incambiable y naturalizada—, desarrollan estrategias que les permiten vivir en su lugar de subordinación. Desde el inicio del proceso de socialización y a través de los múltiples reforzamientos de este (tanto en el ámbito educativo, laboral como en el doméstico), las mujeres desarrollan estrategias que no solo les hacen tolerable la dominación de que son objeto, sino que bajo ciertas circunstancias pueden sacar una aparente ventaja, la cual siempre reafirma y refuerza la relación de subordinación —y, por consiguiente, de falta de autonomía. Estas estrategias se corresponden con unos ciertos escenarios conocidos, donde las reglas de juego son claras: todos saben las acciones que le atañen al rol que desempeñan.

Ya mencioné que algunas adolescentes y otras ya mayores con abortos practicados en su adolescencia atravesaron el proceso sin que sus padres tuvieran conocimiento de sus embarazos; es más, les ocultaron su vida sexual activa. Esta es una manifestación muy potente del lugar de la sexualidad en las relaciones de género.

Andrea (17) tiene un novio desde hace tiempo. Sus padres lo conocen. Según ella, ellos siguen creyendo que ella es «una nena», dice, y que no se les pasa por la cabeza que pueda tener relaciones sexuales con Javier. Él la acompaña durante todo el proceso del aborto; entre los dos consiguen el dinero y los contactos para realizárselo. Por su parte, Graciela a sus 19 años queda embarazada de un amigo con quien sale, pero según dice, «no está ni ahí». De acuerdo a su relato, sus padres no tienen idea de su vida sexual activa. El hermano la acompaña y la ayuda a ocultar «todo el asunto» frente a los padres. Sofía (17) sale con un «tipo casado» (28); sus padres ignoran todo al respecto. Ella tiene una pésima relación con ellos. Cuando se entera de su embarazo, su pareja le «da salida». Según me cuenta, «se enojó porque yo no me cuidé y me dijo que él no piensa arruinar su vida por mi culpa». Sofía recurre a amigas para conseguir el dinero y la información necesaria para abortar, además de la contención emocional.

Los tres casos son bien diferentes entre sí, aunque tienen en común que las tres adolescentes interrumpen sus embarazos fundamentalmente para continuar con la ficción que según ellas han desarrollado sus padres sobre la ausencia de actividad sexual de su parte. Sin embargo, esta ficción también es alimentada por sus propios comportamientos. Las estrategias que las tres siguen, de maneras y

realidades distintas, son las «estrategias del subordinado» (Bourdieu, 2000). Es decir, llevan a cabo una transgresión (abortar) para no revelarse contra quien(es) ejercen dominación. Claudican, de hecho, del ejercicio de sus derechos, para continuar con un *status quo* que las coloca en el lugar del subordinado, para no enfrentar la violencia simbólica que caracteriza esa situación en la que ellas también toman para sí: los argumentos del dominador.

El orden social dado establece una homologación de la mujer con la madre, en la que la maternidad se presenta como natural e instintiva y se invisibiliza la idea de esta como fenómeno histórico,¹⁰⁰ afectivo y volitivo. La tradición judeo-cristiana define a la mujer como madre y la culpan o castigan si se aparta de ese mandato. Abortando la mujer subvierte ese orden. Cháneton y Oberti (1998) lo expresan de manera elocuente: «Este es el monstruo, la que no quiere ser madre. El crimen consiste en pretender atravesar los límites de lo humano. La humanidad de la mujer está permanentemente puesta en cuestión, entonces ella adquiere el estatuto *humano* cuando se hace madre».

Abortar es decidir no ser madre en ese momento. Si se considera la autonomía, el primer dispositivo que una mujer debe adquirir cuando opta por abortar es la toma de conciencia de que ella puede decidir sobre su maternidad. Pero aún así, o justamente por ello, se convierte en una decisión difícil, porque la idea de la maternidad está muy arraigada. Esto es lo que está presente en Florencia cuando, hablando de la decisión de abortar, dice: «Difícil de tomar porque se va en contra de un mandato de la naturaleza».

Este mandato de la maternidad se presenta con toda su fuerza entre las adolescentes. Cinco adolescentes de capas medias (Marisa, 17; Elisa, 15; Daniela y Patricia, 17, y Leticia, 19) manifestaron haber abortado porque no era el momento apropiado para tener un hijo: la maternidad, en esa circunstancia, entraba en colisión con sus proyectos de vida o se sentían incapaces de asumirla. En cuatro casos, sus padres estaban separados y contaron con el apoyo de sus madres, y en uno, el activo apoyo del padre. Los padres y las madres hicieron frente económicamente con los gastos. Si bien sus decisiones no se revelaron contrarias a las de sus familias de origen, con quienes compartían la noción de que la maternidad debe concretarse siendo mayores, debieron enfrentarse al mandato social de la maternidad. Como ya mencioné, Daniela expresaba estar en contra de que las mujeres pudieran decidir interrumpir un embarazo. Otra de ellas, Elisa, narró el sufrimiento que le significó llevar adelante su decisión. El apoyo de su madre, sus hermanas y su novio le resultó indispensable; sin embargo, me contaba que corrían lágrimas por sus mejillas cada vez que se cruzaba con una mujer embarazada en la calle y ella sabía que lo estaba e iba a abortar o ya había abortado. A medida que pasaron los años, fue volviéndose más segura de haber tomado la elección adecuada.¹⁰¹

100 Al respecto, muchos autores han desarrollado argumentaciones para demostrar que la maternidad es una construcción cultural, entre ellos, probablemente la más conocida sea Elizabeth Badinter, con su obra *¿Existe el instinto materno?*, 1980. Ver también Rostagnol, 2002.

101 Entrevisté a Elisa a lo largo de los años.

El caso de Leticia es similar. Al quedar embarazada con 18 años, sus padres y su novio la apoyaron a lo largo de todo el proceso del aborto. Ella dice no haber dudado sobre la decisión porque «no estaba ni ahí con tener un hijo», aunque cuenta que se sintió angustiada y culpable por no querer ser madre. Durante los primeros meses posteriores al aborto, tenía la sensación de que iba a ser castigada por su negación a la maternidad. Al momento de la entrevista, reflexionaba, diciendo:

¿Te das cuenta cómo te taladran la cabeza con eso de que la mayor felicidad para una mujer es ser madre?! ¡Qué horror! ¡Hay tantas cosas que yo quiero hacer con mi vida y ninguna tiene que ver con pañales! [*Dice sonriendo*].

Cuando una mujer piensa interrumpir voluntariamente su embarazo, está ejerciendo un derecho sobre su propio cuerpo, su propia persona. En la situación actual, esto constituye un acto de trastocamiento de un orden social que precisamente atribuye un poder patrimonial sobre la sexualidad y la reproducción. Las mujeres que pasaron por la experiencia del aborto —hayan seguido decisiones más o menos autónomas— pueden llegar a reconocerse, pensarse y sentirse a sí mismas, desde su propia trayectoria vital, alejándose de los significados que las representaciones hegemónicas imparten al acto de interrumpir voluntariamente un embarazo. A través de ese acto, alcanzan su agencia, si es que ya no la ejercían, pero este no necesariamente las conduce al empoderamiento.

La mujer que está considerando abortar debe tomar decisiones sobre la vida y la muerte. María Consuelo Mejía (2001) sostiene que el dilema teológico ocupa un lugar central a la hora de tomar una decisión sobre el aborto. A pesar de su raigambre agnóstica, la cultura uruguaya comparte lo que podría denominarse como una teología católica tradicional, de acuerdo a la cual Dios es el único que puede dar y quitar la vida. Al decidir sobre una vida, las mujeres se están igualando a Dios. Desde un lugar de ausencia de poder, a través de la decisión de abortar, las mujeres lo ejercen sobre la vida, y es ese acto lo que las convierte en «agentes morales capaces de tomar decisiones sobre sus vidas» (Mejía, 2001: 314).

Traspassar este umbral para muchas mujeres significa modificar las estrategias que habían venido desarrollando a lo largo de sus vidas, quedarse sin libreto. Una vez más, solas. Pierre Bourdieu (2000) sostiene que entre los procesos del mundo natural y los principios de visión que se les aplican existe una lucha cognitiva por el sentido de las cosas, en especial de las relaciones sexuales. Para aquellas mujeres, la disyuntiva de abortar constituye el acceso al escenario que les permite avanzar en esa lucha cognitiva, que cambia el sentido que algunas cosas cotidianas tenían para darle otro. En la mayoría de las mujeres entrevistadas, este proceso implica dolores fuertes, porque incluye pérdidas del sentido y en la manera en que habían organizado su mundo, con sus divisiones y clasificaciones. La decisión de abortar para algunas significa posicionarse de una manera distinta frente a su propia vida, a sus vínculos, a sus ideas sobre la sociedad y el mundo. Del análisis de mis entrevistas se percibe que también por esto el aborto es una decisión, la mayoría de las veces, tomada en soledad.

Entre la decisión y la concreción del aborto: el miedo

La posibilidad de implementar la ordenanza 369/04 y su implementación efectiva en algunos centros de salud, incluido el CHPR, disminuyó la vulnerabilidad programática (Mann y otros, 1992) a la que estaban expuestas las mujeres en situación de aborto. La difusión del uso abortivo del misoprostol redujo los riesgos para su salud.

El proceso de concreción del aborto está signado por el miedo: esa es la palabra que con mayor asiduidad mencionaban mis entrevistadas. Miedo a no poder llegar a tiempo para hacerse el aborto, que se convierte en angustia y ansiedad, miedo a lo desconocido, miedo a la denuncia, a la policía, miedo a sufrir, a sentir dolor, a quedar con lesiones tales que no puedan volver a embarazarse, y miedo a morir. El miedo es la compañía de todas las horas y todos los días hasta que el proceso del aborto está definitivamente concluido.

Pero a pesar de él, algunas mujeres están dispuestas a todo para poner fin a un embarazo:

¡Me lo sacaba o me lo sacaba!, no había vuelta. (Diana, nivel socioeconómico bajo).

La limitante temporal presiona a las mujeres. En aquellas a quienes acompañé durante el proceso del aborto pude observar cómo a medida que pasaban los días sin que pudieran solucionar el problema, su preocupación y angustia se hacían cada vez más intensas.

[...] Y ahí sí, ‘ta... La acorralo ahí [*a la ginecóloga, a quien ya le había dicho sobre su decisión de abortar y le había contestado con ambigüedades*]¹⁰² y le pregunto, le pregunto y le pregunto a ver qué hacer, porque había averiguado por otros lados y las clínicas estaban cerradas, la gente que yo conocía... Todas las puertas se cerraban, todas las opciones daban que no y el tiempo pasaba... Y bueno, ‘ta. Estaba en el segundo mes. Entonces, estaba muy ahí, había que actuar muy rápido: en dos semanas, en una semana o dos (Carina, nivel socioeconómico medio).

La situación de aborto hace de las mujeres seres más vulnerables, lo que conformaría el principio de relevancia,¹⁰³ aquel que implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias. Esta circunstancia, que entiendo casi como indefensión, está directamente relacionada con la mayor o menor permisividad social y policial hacia los abortos. Cuanto mayor es la permisividad, mayor la seguridad de la mujer, es decir, los abortos clandestinos suponen menos riesgos. La situación vital de la mujer se entrelaza con las políticas públicas y con los temas de agenda. En momentos de fuerte represión a las clínicas clandestinas, generalmente como consecuencia de denuncias o por la muerte de una mujer, resultado de maniobras abortivas, las mujeres en situación de aborto quedaban

102 Se trataba de la ginecóloga de su mutualista (IAMC), quien no aplicaba la ordenanza 369/04.

103 En el capítulo siguiente, hago referencia a tal.

en un lugar de gran indefensión, donde los riesgos por su integridad física aumentaban significativamente.

Converso en la sala de espera de la policlínica de asesoramiento del CHPR con una chica. Estaba vestida correctamente, aunque con ropa ya algo gastada, no fina, y se movía con seguridad. Me dijo que tenía 24 años, estudiante de 5.º de Abogacía. Pareja estable desde hace 5 años (no sé si viven juntos). Trabaja; también su pareja. «No lo quiero, no me gustan», me repetía una y otra vez. Hace referencia a su sobrinito, al que adora, porque es su sobrino, porque los chiquilines no le gustan, vuelve a aclarar. «Yo me quiero recibir. Estos últimos dos meses han sido una pesadilla».

Tiene un problema de tiroides, por lo que toma T4. Parece que le sucedió algún desacomodo, no le entendí bien. El 24 de marzo menstruó; en abril, no menstrúa. Localiza una clínica que hace abortos; le cobran \$ 15.000. Consigue el dinero, con dificultad, pero lo consigue. Va al lugar acordado para que la recojan, pero no pasa nadie. Transcurre el tiempo y no aparece nadie. Se siente muy angustiada, regresa a su casa. Habla con una amiga y se entera de que en la noche anterior murió una mujer que se practicó un aborto en esa clínica, razón por la cual cerraron y nadie fue a buscarla. «¡¡Podría ser yo!! ¡¡La muerta podría ser yo!! Casi me vuelvo loca». Continúa su relato:

Pasaba el tiempo y yo no sabía qué hacer. Finalmente, averigüé otra clínica. Fuimos a verlo con mi novio y él me dijo que no estaba trabajando. Fue él que me mandó para acá. Él me dijo que acá te explicaban todo y te conseguían las pastillas, que ellos te decían dónde ir a buscarlas. Yo vine el viernes pasado, no atendían, pero igual me atendieron. Me mandaron a hacer una ecografía; ahora la traigo. El ecografista dice que está de 14 semanas, entonces, las cuentas no coinciden [*Está muy angustiada, quiere abortar*] (diario de campo, mayo de 2006).

Ir a la clínica (clandestina) era una etapa del proceso del aborto marcada por la soledad y la sordidez, junto con el desconocimiento de todo cuanto envolvía dicho proceso. Cuando se producían actos de represión, las clínicas tomaban medidas de seguridad. Esto hacía que las mujeres debieran acudir a una esquina estipulada de antemano, donde eran recogidas ignorando la dirección a la que eran conducidas, no pudiendo ser acompañadas. El momento del aborto propiamente dicho estaba pautado por la prisa de quienes lo realizaban, por su necesidad de seguridad y de rentabilidad empresarial. Para las mujeres, ese momento y esa prisa representan un momento de desempoderamiento radical, de despojo, de cosificación, de ausencia de derechos.

El miedo a lo inesperado y eventualmente a la muerte estaba presente durante todo el proceso. El hecho de que lo enfrentasen no parece asociado en sus subjetividades a actos de valor, sino a llevar a cabo algo porque no había otra alternativa. Los peligros eran considerados menores que la opción de llevar a término el embarazo.

[...] Llegó un momento y no pude, que no pude más, no pude, no pude, no pude, no pude... Era... ¿Sabés qué me empezó a pasar? Empecé a pensar que me podía morir [...] y que al día siguiente, Lucía [*su hija*] no iba a tener mamá (Florencia, nivel socioeconómico medio).

[...] Vi a esta muchacha que estaba medio dormida, medio despierta, y hablaba... Y ahí fue cuando me vino un ataque de desesperación, que me vino miedo... ¡Real miedo! Sobre todo porque no sabés quiénes son, qué te van a hacer... (Marisa, nivel socioeconómico medio).

Al referirse a sus procesos de aborto, las mujeres que entrevisté manifestaban conocer los riesgos a que se exponían al acudir a una clínica clandestina, aun aquellas que habían pagado varios cientos de dólares.

Sus recuerdos sobre las maniobras abortivas propiamente dichas varían según el o la practicante de aborto con quien se lo hicieron. Sin embargo, sus narraciones muestran que la situación de aborto creaba tal estado de liminaridad en sus vidas que no les permitía estar atentas a disminuir los niveles de riesgo. Ninguna dijo haber preguntado si había anestésista. Ninguna mencionó haber solicitado exámenes de sangre ni habérselos hecho en una clínica particular, ni siquiera aquellas con factor sanguíneo RH negativo, de modo que el riesgo asumido no solo no fue cuestionado, sino que tampoco llevaron a cabo acciones para disminuirlo, pues solo se traducían en miedo. Esto fortalece la hipótesis de que la situación de liminaridad vivida en esas circunstancias coloca las valoraciones sobre peligro, vida y muerte en una perspectiva diferente que nunca asumirían en el devenir de su vida cotidiana.

Abortos medicalizados y abortos practicados mediante saberes populares

Las mujeres gestionan sus abortos bajo dos modalidades: por un lado, medicalizados unos, aquellos realizados en clínicas clandestinas o mediante la consulta de asesoramiento para la utilización del misoprostol, y, por otro lado, a través de prácticas populares, que pueden también incluir el uso del misoprostol si su conocimiento provino del saber popular. Los primeros están contenidos en el paradigma biomédico (práctica médica, ya sea legal o ilegal), mientras que los segundos se basan en el conocimiento popular que, en ocasiones, representan supervivencias de saberes femeninos o médicos resignificados en femeninos.

Las prácticas populares, especialmente hasta el 2004-2005, eran los recursos con que contaban las mujeres de contextos de extrema vulnerabilidad personal, social y programática (Mann y otros, 1992). Estas llegan a ellos desde una superposición de subordinaciones: de clase, que no les permite acceder a abortos menos inseguros; subordinación del saber, porque la medicalización de la sociedad descalificó los saberes tradicionales femeninos, colocándolos en un lugar subalterno, y también la de género, porque las prácticas gestionadas desde los espacios femeninos —aun aquellas en que participan mujeres que compartan el saber médico— son descalificadas por carecer de legitimidad social.

Diversos recursos argumentativos esgrimidos en los debates parlamentarios refieren a la injusticia social inscrita en las prácticas populares del aborto en condiciones de riesgo (en principio, todos debido a la situación de clandestinidad,

pero algunos más que otros). De acuerdo a la información relevada, la mayor visibilidad de las complicaciones derivadas de abortos practicados mediante saberes populares obedece al comportamiento diferencial de las mujeres que recurren a uno u otro tipo de aborto una vez instalada la complicación. El miedo a la denuncia retrasa la consulta médica, a pesar de la presencia de síntomas que dan cuenta del desorden. Este comportamiento ha venido modificándose en los últimos años como consecuencia de la campaña de difusión mediática sobre el alcance del secreto profesional en la práctica médica, que no les permite denunciar policial o judicialmente a una mujer que se practicó un aborto.

Por el contrario, cuando una mujer se realiza un aborto en una clínica clandestina, vuelve a esta ante la menor sospecha de complicaciones. El personal médico toma los recaudos para solucionar el problema, aunque no siempre logran evitar la cadena de complicaciones que termina con la muerte de la mujer. Ante problemas de entidad, las mismas clínicas arreglan el ingreso de la paciente a sanatorios privados u hospitales públicos, incluido el block quirúrgico, donde se realizan las gestiones correspondientes para que no queden registros médicos que revelen la complicación post-aborto (Sanseviero, 2003).

Tanto los abortos realizados desde los saberes populares de las mujeres como aquellos en los que hay algún tipo de intervención médica constituyen vivencias que, en mayor o menor medida, están signadas por la violencia y la indefensión como consecuencia no solo de la ilegalidad, sino también de la sanción social que obliga a las mujeres a silenciar y ocultar la experiencia del aborto. Esta se teje en la oscuridad de teléfonos de alguien que tiene misoprostol o de alguien que sabe a quién recurrir, y las mujeres acuden con la incertidumbre de no saber si su procedimiento será o no exitoso, si dejará o no secuelas, pero seguras de que la otra opción es peor.

Ginecólogos: sus prácticas y discursos en torno al aborto y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Los ginecólogos ocupan un lugar privilegiado con relación al proceso del aborto. La mujer con un embarazo no esperado puede consultarlo y su respuesta es escuchada e interviene en comportamientos futuros. Sus prácticas con las mujeres que ingresan con abortos incompletos o con complicaciones post-aborto inciden en las decisiones de estas respecto a recurrir a los servicios de salud.

Sin embargo, su influencia proviene principalmente del poder que detentan, otorgado por la sociedad, que impregna de legitimidad sus prácticas y discursos. El incremento del poder médico se encuadra en un modelo de sociedad moderna a la que aspiraba el Uruguay de las primeras décadas del siglo XX, que continuó profundizándose con el correr del siglo. La omnipotencia del poder y el saber médicos se desarrolló entrelazándose con la instauración del biopoder. La medicina fue un instrumento. A través de los mecanismos estatales, los médicos lograron penetrar en el sentido común y, de ese modo, influir en las prácticas cotidianas (Barrán, 1992; Nari, 2004). Este entramado resulta en que los médicos adquieren un papel central en el «proceso civilizatorio».¹⁰⁴

Como parte de este, tuvieron injerencia en los más diversos aspectos de la vida cotidiana, especialmente en los cuerpos de las mujeres. En lo concerniente a la salud reproductiva, esto se manifestó en la generalización del parto hospitalizado a partir de la década del cincuenta. Estas medidas, incorporadas más o menos paulatinamente y en todos los casos como sinónimo de modernización, permitieron la instauración del biopoder (Foucault, 1986). La uruguaya es una sociedad fuertemente normalizadora, en la que la ley oficia sobre todo como una norma a través de un continuum de aparatos (institución judicial, médica y administrativa) y mecanismos reguladores, vueltos aceptables mediante la producción legislativa. Se aplica el esquema de Foucault, en el que el sexo adquiere cada vez mayor importancia «como el pozo del juego político», donde confluyen las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones, por lo que es usado como «matriz de las disciplinas y como principio de las regulaciones». Si bien es el saber médico el que opera con la modalidad de poder experto y productivo, se articula con las instancias administrativas necesarias para componer la normalización, y en este caso, especialmente en relación con la reproducción.¹⁰⁵

104 «Proceso civilizatorio» en el sentido de Norbert Elias (1989).

105 Parte de esta asociación con lo legal y administrativo se revisó en el capítulo «Discursos en torno al aborto voluntario».

Durante el siglo xx y lo que va del xxI, los ginecólogos no tuvieron una postura uniforme en torno al aborto.¹⁰⁶ Se abre un amplio abanico que contempla a quienes mantienen una férrea postura contraria, hasta a aquellos que se ubican en el extremo opuesto, que realizan abortos clandestinos. En esta investigación, si bien me focalizo en los ginecólogos que se identifican con la posición de facilitar el proceso de los abortos a las mujeres sin intervenir en el acto mismo, también incluyo otros con posturas disímiles.

Es relevante para el estudio que durante el tiempo que insumió el trabajo se produjeron cambios en el plano normativo, en la visibilidad social del aborto y en los procedimientos para abortar. Entre los primeros, se encuentran la promulgación de la ordenanza 369/04 del MSP, la declaración del secreto profesional por parte del Sindicato Médico Uruguayo (SMU) y la resolución 158/08 del MSP sobre el uso intrahospitalario del misoprostol. Entre los segundos, se registra la consolidación institucional de Iniciativas Sanitarias como ONG, la difusión de la normativa de atención pre- y post-aborto, a través de instancias de capacitación a profesionales de salud, la presencia del aborto en la agenda pública a través de los debates parlamentarios y las movilizaciones de la sociedad civil a favor de su legalización y también de los grupos pro vida, liderados por la Iglesia católica y algunas neopentecostales. En cuanto a los procedimientos para abortar, las transformaciones provienen de la difusión del uso abortivo del misoprostol y de la implementación de la normativa de atención pre- y post-aborto.

En tanto el aborto está anclado en la vida cotidiana de los ginecólogos, en este capítulo pretendo mostrar sus prácticas diarias y sus discursos sobre ello. Esto permite pensar si el *habitus* médico, considerando la propuesta de Ortner (1996) de buscar el desgaste de la reproducción y la erosión de los patrones instaurados, presenta modificaciones en lo que atañe a las relaciones de género a través de las políticas del cuerpo y la reproducción.

La formación profesional de los ginecólogos y el estatus legal del aborto voluntario como delito influyen en sus actitudes frente al problema. La mujer en situación de aborto no solo es un caso complejo, sino también una circunstancia que le provoca sentimientos encontrados. El relato de Santiago, médico residente en la especialización de médico de familia, pone de manifiesto la carga con que muchos comienzan su vida profesional.

—El caso de esta mujer a mí me sorprendió... Porque... Este... Yo estaba en maternidad y sube la, la ginecóloga de guardia de acá abajo a avisarme, incluso yo estaba en la mitad del pasillo, este... A avisarme que venía una probable infección ovular o sepsis de Las Piedras. Eran las 12 de la noche; yo le calculé que iba a llegar a las 12 y media. Yo, en realidad, no sabía bien la gravedad del cuadro, porque no había muchos datos de la paciente y, además, por ignorancia mía de lo que estaba viniendo y de por qué estaba viniendo y por qué

106 Los trabajos de Rafael Sanseviero (2003), de Graciela Sapriza (1995) y de José Pedro Barrán (1992) dan cuenta de la heterogeneidad de prácticas y discursos médicos respecto a la salud reproductiva, en distintos momentos del siglo xx.

estaba avisando al ginecólogo, no tengo idea. Bueno, digo: «Esto debe ser muy jodido», entonces me quedé alerta. Avisé a Felipe, que es el residente [que] está viniendo como apoyo a la guardia, este... Y ‘ta, enseguida se puso... Se puso alerta. Me confirmó que era muy jodido. Este...

—¿Nunca habías enfrentado un caso así?

—No, nunca, nunca en la vida, y por eso creo que también me quedé prendido de que cuando llegara, verla. Y cuando llegó, llegó una gurisa preciosa, rubia... Este... Demandante, diciendo que no quería que la examinaran, este... Activa, ¿no?, con fuerza, ¡con polenta! Dije: «‘Ta, tranqui...». La empecé a interrogar. Ya le habíamos dispuesto un box aparte, este... Que después cuando la vi, yo dije: «Bueno, no, no era»; en el momento en que la... Bueno, tal vez porque podía ser un cuadro que, bueno, que la preocupara a la paciente. Yo como que pensando que podía herirse la paciente porque estaba perdiendo el embarazo, porque hasta ese momento no había datos que fuese un aborto provocado. Este... Entonces yo la empecé a interrogar y... Y bueno, me empezó a contar que ten... , que vivía en Las Piedras, que tenía tres hijos, que estaba casada con un policía, este... Que en la mañana, a las cinco y media de la mañana... Este... Antes del ingreso, como veinte horas antes del ingreso, este... En la cama empezó con una pérdida de líquido, una pérdida de líquido fétida, según ella ya de arranque, o sea, que no coincidía mucho. Y en la hoja, venía con un planteo de infección ovular, probable sepsis y decía: «Niega maniobras», así, grande, como que le habían insistido en la pregunta. Y este... Y venía con una paraclínica que indicaba que el cuadro podía ser grave, ¿no? Glóbulos blancos muy altos, o sea, que podía tener una repercusión importante, y este... Pero nada más, el resto todo normal, y clínicamente la mujer estaba bien. Este... En la medida en que avanzaba el interrogatorio, se veía un deterioro... Polipnea.

—¿Qué es eso?

—Empezó a respirar más rápido, empezó a respirar más rápido, y este... Podía ser porque estuviera enojada. Además, realmente estaba como enojada, no quería dejarse examinar, y este... Esta gurisa cuando... Te decía, empezó a agregar estos síntomas que mostraron gravedad. Enseguida ahí, bueno, se dispara ahí toda una batería de exámenes [*se pierden algunas palabras*], ver cómo está funcionando el hígado, ver cómo están funcionando los riñones, estudios de coagulación, clasificación de grupo de sangre para operarla, este... Controles de presión arterial seguidos, pero tan seguidos porque la caída de la presión arterial, cada 10 minutos notabas algo notorio. A la media hora, estaba con medicación para levantarle la presión, y este... Con apoyo de máscara de oxígeno porque se empezó a... A poner somnolienta. Después que terminamos el interrogatorio, fue ese el tiempo que transcurrió, media hora ya, este... Se fue desbarrancando. Ya en el interrogatorio te decía que no quería hablar, que estaba cansada, ya estaba como entregada. Y a mí, lo que más me sorprendió, ¿no?, no fue todo ese aparato que se desencadenó después, sino que ya al arranque, cuando ella admite maniobras y cuando empezó a instalar algo de polipnea que clínicamente estaba mal, Andrés fue a hablar con la familia, Andrés que es el grado 2 de la guardia.

—¿La familia vino con ella?

—Estaba la mamá. Este... Recién había empezado a hacer los exámenes. Como que ya existía en ellos, que tienen muchísima más experiencia, la noción de que esa paciente se iba a morir más que la certeza de que se iba a morir. Tanto es así que el grado 2 fue a hablar con la madre y le dijo: «Mire, vaya, hable con ella porque puede ser la última vez que pueda tener un contacto con ella». Y así fue. Yo no, nadie, pero nadie, de los nuevos... Estaba David, de los residentes de primero... Decíamos: «No, mirá, pero si vino bien, ahora está jodida, pero con la operación y las, los antibióticos y todo va a marchar bien». Y yo decía: «No, pero, ¡cómo se va a hablar con la mamá para decirle una cosa así!» Y tal cual, tal cual. Fue la última vez que habló con la madre. Entró a operarse, no sé, 15 o 20 minutos después. Y después de ahí, se fue para el CTR¹⁰⁷, este... Este... Y ahí falleció [*se oye muy, muy suavecito*].¹⁰⁸

El fantasma de la denuncia

Entre los ginecólogos y las mujeres en situación de aborto, la denuncia, siempre imprecisa (policial, judicial, epidemiológica) ha tenido una presencia marcante. Las mujeres temían ir a los centros de salud frente a complicaciones post-aborto por el temor a ser denunciadas. Para los ginecólogos, la denuncia portaba distintos significados. Unos y otras sabían de la casi ausencia de procesamiento judiciales; sin embargo, la denuncia actuaba como un fantasma, siempre presente, del cual se ignoraban las consecuencias, pero su sola presencia era suficiente para paralizar a las mujeres y hacer tomar acciones imprecisas a los ginecólogos. En el período estudiado, se produjeron cambios sustantivos respecto a la denuncia, por ello, es interesante observar el proceso.

—¿Ha cambiado algo en los últimos tiempos...?

—Sí, hay un conocimiento más claro de cómo comportarse por parte de muchos médicos, no de todos. Muchos médicos tienen más claro que no es necesaria la denuncia policial, que no es necesario transgredir el anonimato y cosas por el estilo. Y hay mucha más apertura a hablar francamente del tema, a discutirlo, lo cual da posibilidades de confrontar ideas, lo cual, antes era manejado a nivel individual (doctor Marcelo, febrero de 2007, CHPR).

La ley vigente que data de 1938 establece que:

el médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.

107 Centro de Tratamiento Intensivo.

108 El hecho al que remite el relato tuvo lugar en 2002.

Sin embargo, la sociedad en general, mujeres y médicos incluidos resignificaron este artículo de modo que la denuncia sin revelación de nombres y ante el MSP se convirtió en una denuncia policial, en la que se dio a conocer los nombres. A esto ayudó la ordenanza 5/91 del MSP que, infringiendo la ley, establecía la necesidad de incluir los datos de la mujer. Esa era la práctica habitual. Con la ordenanza 369/04, muchos ginecólogos problematizaron la denuncia y, finalmente en 2007, mediante una resolución del Sindicato Médico del Uruguay, se estableció la obligatoriedad del secreto profesional.

La sociedad había construido un edificio que condensaba todos los prejuicios y censuras que recaían en el aborto en la figura de la denuncia.

Alrededor de 2002, tuvimos dos o tres mujeres que se hicieron abortos acá [...]. Yo había agarrado la onda de denunciarlas, ‘ta, sí... Como que me encachilé con que esa era la mejor manera de... De enfrentar el tema (doctor Rodolfo, octubre de 2005, médico en un hospital del interior).

El tema de la denuncia no estaba claro para los ginecólogos cuando comienza a aplicarse la normativa primero, en 2003, y luego la ordenanza que la contiene, en 2004. Así, en las primeras reuniones realizadas en el CHPR para organizar la implementación de la atención pre- y post-aborto, donde participaban ginecólogos de las policlínicas ginecológicas, de emergencia, parteras, nurses, trabajadoras sociales y psicólogas, uno de los temas más controversiales era la denuncia. Algunos advertían que debía ser solo epidemiológica, pero quedaba la duda si debía dirigirse a la dirección del servicio o directamente al MSP; otros destacaban que además debía hacerse una denuncia policial, porque se estaba en conocimiento de un delito.

Nosotros tenemos un concepto universitario sobre el aborto, que el aborto es criminal... Si uno lo piensa fríamente, de repente puede no pensarlo, pero en el momento en que estás en la cancha, es difícil sacártelo de la cabeza lo del aborto criminal y aceptar la interrupción del embarazo voluntario (entrevista grupal, noviembre de 2002).

Acá está la regla: el aborto es criminal. La regla está por encima de las propias reflexiones que el médico ha ido desarrollando («si uno lo piensa fríamente»). Esta puede actualizarse en acciones concretas:

[...] Estás en la cancha, es difícil sacártelo de la cabeza lo del aborto criminal y aceptar la interrupción del embarazo voluntario.

Sin embargo, este médico debe actuar con la mujer que llega con una complicación post-aborto. En algunos médicos, aparece la culpabilización a la mujer por no haber evitado ese embarazo, especialmente cuando ellos le recetaron el uso de los anticonceptivos.

Para muchas mujeres entrevistadas, la denuncia adquiría —y, aún en los últimos años, continuaba adquiriendo— formas poco precisas: reunía todo lo malo que le pudiese suceder, un terror profundo ante el cual casi se prefiere la muerte, justamente porque para ellas la denuncia condensaba el significado del aborto en la sociedad, que, por supuesto, va mucho más allá de interrumpir un

embarazo o matar un embrión, pues tiene que ver con las relaciones de género, con el ejercicio de la sexualidad, con las políticas del cuerpo y de la reproducción, en fin, con las formas de ordenar el mundo.

—¿Y no fuiste al hospital? [Después de haber abortado mediante sonda y tomado antibióticos por su cuenta.]

—No, no fui.

—¿Por qué no fuiste?

—¡Porque tuve miedo!

—¿De qué?

—¡Y de ir presa! Aparte, aparecés... Yo sé que ha habido, que ha aparecido, y miran y te dicen. «No, no me hice nada», y ellos haciéndote tacto. No sé, se enteran de que no, que es mentira, que te pusiste algo, que forzaste [a] que perdieras el bebé. Es lo que yo tenía entendido. Después, me enteré de que no, pero en ese momento, yo tenía entendido [de] que sí, que se daban cuenta enseguida. Aparte, como yo me había colocado una sonda... Claro, pero en realidad después lo aprendí [...]. Aparte, mi miedo era: me puse una sonda y yo sabía que con las sondas es peligroso, porque a veces la ponen mal, te agujerean el útero. Entonces, yo dije: «Se van a dar cuenta». Y a todo eso, me abrigué toda en casa... Sí, me salvé de asco, porque estuve haciendo todo eso por un mes. Después, tomé antibióticos, tomé un yuyo... (Diana, sector socioeconómico bajo. El relato corresponde a un aborto realizado alrededor de 2000).

En emergencia, los médicos subrayaban que la clandestinidad del aborto dificultaba identificar las maniobras abortivas utilizadas (ya que las mujeres negaban rotundamente el hecho), lo cual obstaculizaba instaurar medidas profilácticas o correctivas a las complicaciones en forma oportuna. Las mujeres ocultaban, escondían, negaban el hecho.

Lo que se hacía... Este... Este, se denunciaba a la policía, y la policía empezaba su investigación policial, ¿ta? [*hay personal policial en el hospital*], que era a la mujer acostada, internada; empezar a indagar si se hizo o no se hizo un aborto, quién se lo hizo, los familiares y que iba a ir presa y el miedo y... ¡Toda esa cosa que era espantosa! (doctora Irma, febrero de 2004, CHPR).

El policía terminaba teniendo la historia clínica de la paciente en sus manos, pidiéndole declaraciones a la mujer. Frente a una complicación post-aborto, encontramos un trastocamiento de roles, un hecho de salud que se convertía en uno policial: la historia clínica, documento propiedad de la paciente, pasaba a ser utilizado por la policía. Se trataba de una violación a los derechos humanos de la persona que pasaba inadvertida.

El miedo de las mujeres las hacía temer cualquier tipo de interrogatorio por parte de los equipos de salud. Así es que algunas mujeres que acudían a emergencia con abortos incompletos, a las que se les efectuaba allí un legrado, se escapaban antes de que sus datos fuesen ingresados; a modo de ejemplo, entre mayo de 2002 y mayo de 2003 se fugaron 15 mujeres.

Ingresaba con signos claros de haberse hecho un aborto. Y eso, [denunciar], [lo] hacían algunos médicos... Los médicos que más temor tenían [denunciaban] en la dirección, pero también estaban los que creían que, realmente, como muchas veces nos enseñaron en facultad, «mirá, aquello, [no denunciar], es participar poco más que en un delito» (doctora Irma, febrero de 2004, CHPR).

El fragmento transcrito muestra la dificultad actual (en el momento de la entrevista, que es el presente de la entrevistada) de mencionar la palabra *denuncia*. Sobrevuela su discurso, pasa a ser un sobrentendido, omnipresente, ¿un fantasma?

Excepto aquellos ginecólogos con una firme convicción de que el aborto debía ser una decisión de la mujer, los otros estaban propensos a denunciar. Para muchos, fungía como forma de escudarse: no eran cómplices del delito, aunque en sus entrevistas el énfasis estaba en protegerse de la censura de los colegas, quienes frente a la ausencia de una denuncia podían suponer que aprobaban la práctica. Uno de los argumentos empleados para justificarla situaba la denuncia como la única herramienta para llegar a los «aborteros inescrupulosos», cuyas maniobras exponían a las mujeres a perder sus vidas. El contraargumento, también esgrimido por ginecólogos, fue justamente que «ellos son médicos, no son policías, ni abogados ni jueces» (Pons y otros, 2002). Esta frase, vale la pena subrayar, fue utilizada en la presentación de Iniciativas Sanitarias por parte de los entonces profesores titulares de Ginecología de la Facultad de Medicina (Universidad de la República).

La existencia de la denuncia (como hecho efectivo o en el imaginario) evidencia la escisión entre el nivel de la regla y el nivel de las prácticas, tanto para las mujeres como para los ginecólogos. En el caso de estos últimos, efectuar la denuncia lauda al antagonismo entre ambos niveles, especialmente si la denuncia se realiza a la dirección del servicio. Los ginecólogos sabían que era probable que quedara archivada en la dirección, sin ulteriores consecuencias.

Sin embargo, a nivel de la práctica y de la salud de las mujeres, la denuncia tenía una consecuencia grave en el tratamiento de las complicaciones post-aborto: dificultaba la buena resolución de estas porque:

- Las mujeres tardaban en efectuar la consulta;
- No daban las especificaciones de las maniobras de que fueron objeto;
- Los médicos prestaban excesiva atención a aspectos supuestamente legales que asumían, aunque no les correspondía en desmedro de la atención de la mujer;
- Perjudicaba la relación entre el médico y el paciente, ya que el médico privilegiaba la denuncia, que no tenía obligación de realizar, por encima del secreto profesional, que sí tenía obligación de guardar;
- Profundizaba la asimetría médico/paciente.

A pesar del trabajo de difusión de la ordenanza 369/04 por parte de IS y de la difusión tanto de aspectos concernientes al secreto profesional como de la ley que penaliza el aborto (en especial, el alcance de los eximentes y atenuantes) por parte

del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (Adriazola, 2008; Rodríguez y Berro, 2006; Rodríguez Almada y otros, 2009), continuaron realizándose algunas denuncias hasta mediados de 2007. Esa es la fecha de quiebre. En ese año, a raíz de la denuncia llevada a cabo por un médico contra una mujer, esta es procesada sin prisión. El hecho inmediatamente moviliza a la sociedad civil. El Sindicato Médico del Uruguay trata el tema y se expide respecto a la «obligatoriedad del secreto profesional». Jóvenes organizados en Pro-Derechos desarrollan una amplia campaña: *Mi médico no es buchón*, con la finalidad de presionar al personal médico en el cumplimiento del secreto profesional en todos los casos, pero principalmente al tratarse de una mujer en situación de aborto.

Los cuestionarios autoadministrados a personal de salud, respondidos en 2006 y 2007, en policlínicas donde se había implementado la ordenanza 369/04 muestran que cerca de un 80 % refieren a hacer la denuncia epidemiológica al Ministerio de Salud Pública o a la dirección del centro de salud, manteniendo en anonimato el nombre de la mujer. El restante 20 % no se expide al respecto. Cabe consignar que, antes de comenzar la implementación de la ordenanza, varios de ellos pensaban que era necesario efectuar una denuncia policial. Indudablemente que en un tiempo muy breve se sucedieron cambios significativos en la actitud de los ginecólogos en relación con la denuncia. Lo que el personal de salud respondió en el mencionado cuestionario está acorde a lo indicado por la ley. La misma pregunta apuntada a las mujeres que estaban en la sala de espera, no necesariamente por un embarazo no viable, mostró que un 20 % sostenían que el médico debía realizar una denuncia policial porque la mujer estaba infringiendo la ley.

Ginecólogos frente a mujeres que quieren abortar, con abortos en curso o con complicaciones post-aborto

Los ginecólogos se enfrentan a la problemática del aborto en tres posibles momentos:

- En el consultorio, cuando las mujeres le manifiestan su intención de interrumpir el embarazo. Aquí se observan diferencias según se trate de una policlínica general o especializada en el asesoramiento pre- y post-aborto;
- en la emergencia del Hospital de la Mujer (HM),¹⁰⁹ cuando la mujer llega con un aborto en curso o con una complicación post-aborto, donde se advirtieron cambios sustanciales con la extensión de la aplicación de la ordenanza 369/04 respecto a la denuncia de la mujer;
- en la sala del HM, cuando la mujer ingresa por complicaciones post-aborto. Los ginecólogos mostraron distintas maneras de relacionarse con ella.

109 El Hospital de la Mujer integra el Complejo Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) junto con el Hospital de Niños.

Ginecólogos frente a la mujer que manifiesta su intención de abortar

En estos primeros 10 años del siglo, hubo grandes cambios en la forma en que los ginecólogos proceden frente a la mujer que manifiesta su intención de abortar. Así, respecto a su práctica en el 2003, se expresaban de la siguiente manera:

[...] Por más que uno comparta que la situación social, particular de la paciente, son comprensibles las razones por las cuales ella no quisiera tener ese embarazo, pero ahora, ¡ya está!

[...] Y está presionada de afuera y viene a consultar para ver si alguien le da una chance [...]. Yo siempre estoy a favor de que siga adelante el embarazo, le explico que si ya tiene tres hijos, entre tres y cuatro, prácticamente no va a haber diferencia [...]. Trato de, bueno, de motivarla para que siga adelante, me ofrezco para controlar su embarazo.

Es difícil sacártelo de la cabeza, lo del aborto criminal,¹¹⁰ y aceptar la interrupción del embarazo voluntario; es difícil (entrevista colectiva a ginecólogos¹¹¹ del Hospital de la Mujer, octubre de 2003).

El uso abortivo del misoprostol se diseminó unos meses antes de agosto del 2004 cuando se promulgó la ordenanza 369/04.

Ambas ginecólogas dijeron que muchas mujeres venían a plantear que querían interrumpir el embarazo y ellas les decían lo que no tienen que hacer (agujas, infusiones, etcétera). No le hablan del misoprostol ni le dan direcciones de clínicas, porque no se pueden hacer cargo de lo que le vaya a suceder a la paciente. Si algo les sale mal y la paciente dice que siguió las recomendaciones de la doctora fulana de tal, se verían en problemas. No les hablan del misoprostol, porque no se lo pueden proporcionar ni colocar. Entonces, es un poco como un lavada de manos, según enfatizó una de ellas (diario de campo, 6 de febrero de 2004, conversación con dos ginecólogas).

Si bien en mayo del 2003 la normativa de atención pre- y post-aborto se había implementado tímidamente en las policlínicas ginecológicas del CHPR, es al entrar en funcionamiento la ordenanza 369/04 —la cual recoge la normativa—, en agosto del 2004, que la propuesta se difundió, aunque no masivamente.

[...] El hecho movilizador de cuántas mujeres se morían en el Uruguay, por esto, fue un hallazgo de la gente que abrió la cabeza en ese momento. Entonces, se vio como un problema de salud pública muy fuertemente. [...] La gente también se dio cuenta [de] que la gente se muere por eso. Entonces, se formalizó la posibilidad de hacer este tipo de asesoramiento [...] [y] la gente se sintió

110 Hasta 2005, existía el Comando de Lucha contra el Aborto Criminal en la órbita del Ministerio de Salud Pública, cuyo cometido era recibir las comunicaciones de los médicos que realizaban abortos o asistían a sus complicaciones, así como informar a los jueces frente a la investigación de un médico enfrentado a este delito. Ese año es sustituido por la Comisión Asesora sobre Interrupción de la Gravidéz, con poca modificación de su membresía y cometidos, la cual ha presentado una actividad muy menor.

111 Participaron en la entrevista cinco ginecólogos y una ginecóloga. Todos ellos eran grado 1 y 2 de las cátedras de Ginecología y llevaban a cabo su trabajo en el Hospital de la Mujer Paulina Luisi, del CHPR.

autorizada a consultar. Lo que yo te decía del boca a boca, si nosotros teníamos cinco consultas por mes, en la medida que la gente interrumpe sus embarazos con éxito, lo transmite y cada día tenés más consultas (doctora Laura, policlínica periférica de zona pobre, noviembre de 2006).

A partir de su práctica, la doctora Laura pone de manifiesto una de las consecuencias más importantes de la ordenanza 369/04: colocar el tema del aborto sobre la mesa. Gracias a su difusión en los medios y a través del boca a boca, se habilitaba a las mujeres a hablar sobre el aborto: «La gente se sintió autorizada a consultar». No solo se abortaba, sino que la práctica del aborto se estaba volviendo más aceptada.

Con el correr de los primeros tiempos, luego de la implementación de la ordenanza, se percibieron algunos cambios entre los ginecólogos. Así explica la doctora Antonia su práctica en la policlínica barrial donde trabaja:

[...] Les hablo de lo importante... 'Ta, porque yo veo que las pierdo a las pacientes y tienen que tener cuidado del lugar donde van, porque hay muchos lugares y en condiciones que son pésimas. Yo, mucho ahora, con la policlínica que hay en el Pereira Rossell, yo ahora estoy derivando (doctora Antonia, policlínica periférica en zona pobre, noviembre de 2006).

Hasta 2009, en que se promulga la ley n.º 18.426 que recoge la ordenanza 369/04, esta se aplicaba exclusivamente en las policlínicas de asesoramiento del CHPR y en las que participaban del proyecto de IS, en las de AUPF y en las de la Intendencia Municipal de Montevideo; en el resto, dependía del interés que tuviera el profesional de salud. Muchos, como la doctora Antonia, derivaban; otros, los menos, como la doctora Corina realizaban el asesoramiento en soledad.

¿Sabés qué? Vienen las pobres mujeres, que ya las requeteconocés, que sabés que, vuelta y media, el marido les da la tal paliza cuando llega mamado, que tienen hijos de todas las edades, que hacen cualquier cosa por conseguir un peso y darles de comer. Les recetás las pastillas y sabés que no las van a usar bien... Entonces, bueno, a esas yo intento darle la inyección [anticonceptiva], colocarles el DIU. Y cuando caen con un embarazo, que están desesperadas porque saben que no pueden mantener otro hijo... ¿Qué querés que te diga?, ¿que las mande al Pereira? No tienen plata para el boleto. ¿Que les informe cómo usar misoprostol? Sí, claro que lo hago, pero tengo que contactarlas con algún grupo que las ayude, que les consiga el misoprostol y las ayude... Porque no pueden solas. Están en un total estado de indefensión (doctora Corina, policlínica periférica en zona pobre, junio de 2007).

Otros ginecólogos continuaban su práctica ignorando la existencia de la ordenanza 369/04.¹¹²

El drama es que no les puedo aconsejar aborto, es ilegal, no les puedo aconsejar ningún método que sea para expulsar el embarazo, porque es ilegal (doctora Brenda, policlínica periférica, marzo de 2005).

112 Fernanda Lozano y otros (2007) analizan el caso de una mujer que muere como resultado de un aborto, realizado por ella misma después de haber consultado en la policlínica barrial donde no recibió asesoramiento.

Muchos ginecólogos desconocían el alcance de la legislación presente, específicamente respecto a los atenuantes y eximentes, y sobre todo el funcionamiento jurídico de estas figuras.

[...] Vienen a las policlínicas comunes a plantear «no quiero tenerlo», pero dentro de las que plantean «no quiero tenerlo», ¿cuáles están contempladas dentro de los atenuantes y cuáles no? Si uno es abierto, puede decir, en realidad, [que] la mayoría están contempladas, porque son pobres, no tienen recursos y cosas por el estilo. Si te ponés más riguroso y más estricto, tendrías que decir que, de las que dicen: «No quiero tenerlo», solo un porcentaje muy bajo estaría dentro de los atenuantes. Pero todo depende de con qué vara lo midas, por eso es muy difícil (doctor Marcelo, CHPR, julio de 2006).

A pesar del trabajo de Iniciativas Sanitarias y del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (Udelar) de divulgación de lo que los ginecólogos podían hacer frente a un aborto en el marco de la ley, continuaba siendo una minoría del total de profesionales quienes conocían la legislación correspondiente, y entre ellos, hay visiones diferentes sobre esta.

[...] Como sociedad, tenés que apuntar a otra cosa, no a un parche, [sino] a una solución. O decir: «No hay solución» [...] o pensamos y definimos otro marco jurídico sanitario, porque el mientras tanto [*alude al argumento esgrimido por los promotores de IS*] se sabe que termina siendo definitivo. Pero entre una cosa y otra se genera más confusión (doctor Pablo, noviembre de 2006).

Más allá del conocimiento del alcance de la ley y los conflictos derivados de su falta de precisión, existe una tensión entre las posturas morales de cada uno, que pueden o no coincidir con dicha ley. Moral y derecho no tienen por qué ir juntos (Klein, 2005). Sin embargo, en sucesivas entrevistas, pude observar que muchos ginecólogos —especialmente los más jóvenes— tendían a homologar moralmente lo bueno con lo legal.

Las maneras de llevar adelante la consulta preaborto varían de acuerdo a características personales. Así, algunos siguen el protocolo fielmente, sin mirar a la paciente, y son amables y correctos, pero no afectuosos. Los ginecólogos dicen no recibir la capacitación que les permita contener a las mujeres que consultan ni acompañarlas de manera integral, es decir, hacerse cargo de los aspectos emocionales y psicológicos de ella en situación de aborto. Resulta, pues, más una carencia de la organización, en la que una consulta que supuestamente es interdisciplinaria (con la participación de psicólogos y trabajadores sociales) se reduce a la sola presencia del ginecólogo. Una ONG que durante un período de tiempo había implementado el servicio de asesoramiento pre- y post-aborto lo hacía con el trabajo conjunto de una psicóloga social y un ginecólogo, pero esto no sucedía en ninguna de las policlínicas públicas ni de las IAMC.

Algunos ginecólogos (un número levemente superior de mujeres que de hombres) acogen a la mujer de manera más integral, como consecuencia de sus rasgos personales: son más afectuosos y tienden naturalmente a entablar un vínculo empático con la consultante. A algunas ginecólogas mujeres, la práctica

en la Policlínica de Asesoramiento les resultaba interpellante y movilizadora, ya que encontraban «mucha gratificación a partir de las relaciones con las mujeres; son personas, ya no solo pacientes» (entrevista colectiva a dos ginecólogas del servicio, HM).

Casi todos los ginecólogos que trabajan en el primer nivel de atención, es decir, en policlínicas barriales, presentan una mayor empatía con las mujeres. Estar en atención primaria les permite un conocimiento más profundo de la población, saber de sus vidas: conocen a las mujeres, a sus hijos, sus parejas o si sufren violencia doméstica.

En los primeros años de aplicación de la normativa de atención pre- y post-aborto y luego la ordenanza 369/04 (2003-2005), los ginecólogos que trabajaban en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR estaban expuestos a un mayor estrés que aquellos que trabajaban en las policlínicas barriales. Esto se debía «a la carga de los problemas de las mujeres»: «Después de oír 12 mujeres con sus dramas —y algunos son muy jodidos—, no querés más nada». Sufrieron un efecto *burnout*¹¹³ que no pudieron tratar institucionalmente, ni siquiera entendían lo que les sucedía. Algunas de sus reuniones sociales oficiaban de catarsis de lo vivido en el consultorio.

El de Patricia no fue un caso aislado. Estaba con 12 semanas de gestación, sin número, pero igual la atendieron, dado lo avanzado de su embarazo. Había concurrido con sus padres. Pude acompañar su proceso.

Su madre estaba muy nerviosa, se impacientaba a medida que pasaba el tiempo. Preguntaba una y otra vez: «¿Cuándo la van a atender?». A veces, me lo pregunta a mí directamente, a lo que le respondo que probablemente al final de la consulta, ya que no tiene número. Algo enojada dice que no quiere que su hija quede para el final, porque es ella quien le pondrá las pastillas y no quiere pasar toda la noche allá donde viven, lejos y sin auto. Cada poco, repite su monólogo, al que agrega: «¿Por qué no se las ponen ellos?». Su exmarido le responde que ellos no pueden, legalmente no pueden. Ella no parece entender y cada vez con más enojo exclama: «¡Pero si yo se lo pido, ellos tienen que hacerlo!». [...] Supe luego, hablando con la ginecóloga que la atendió, que la madre de Patricia reclamó que le colocara el misoprostol allí, en el consultorio. Ante la negativa, ¡se puso furiosa! (notas de campo, enero de 2006).

Estos episodios fueron provocando un gran desgaste entre los ginecólogos comprometidos con el proceso de IS, lo cual dio como resultado que, después de un tiempo, muchos de ellos no pudieran continuar atendiendo. La doctora María, luego de unos cuatro años de participar activamente de la propuesta, atendiendo en el consultorio de asesoramiento y en una policlínica barrial, se alejó de la clínica para trabajar a tiempo completo como ecografista. Se sentían «en la línea de fuego y sin retaguardia», como me comentó el doctor Gerardo.

113 Se denomina síndrome de *burnout* a la respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyas actividades tienen como centro apoyar o ayudar a otros que están atravesando situaciones complejas.

De acuerdo a IS, la consulta preaborto incluye entre sus finalidades crear un vínculo amigable con la mujer, que estimule su regreso a la consulta una vez realizado el aborto. Para esta organización, «la inclusión de esta población de riesgo en el sistema de salud genera sentimientos de tranquilidad y seguridad para las usuarias, porque les evita la necesidad de recurrir a métodos más peligrosos» (Briozzo y otros, 2006: 223).¹¹⁴

En los servicios mutuales, la consulta es un coto cerrado. En ninguna mutualista ha habido difusión de la ordenanza 369/04, lo cual significa que cada ginecólogo actúa como estima conveniente puertas adentro de su consultorio.

Si alguna mujer me menciona que no quiere continuar su embarazo, yo le digo que el aborto está prohibido, pero además le digo que tiene que ser responsable: lo que tiene en su vientre es una criatura indefensa (doctor Luis, julio de 2007).

Y si... Cuando viene una paciente desesperada porque está embarazada y no lo puede tener, una paciente que ya la conozco de años, que le atendí partos, ¿viste?, con la que ya tenés mucha confianza, ‘ta, yo le digo cómo usar el misoprostol, y si tengo a mano, se lo facilito y la ayudo en todo. Eso no lo puedo hacer en el hospital, pero en la práctica privada, sí, porque la relación es distinta (doctor Leonardo, julio de 2008).

En las IAMC, la mayoría de las mujeres consultantes de los ginecólogos son un conjunto estable, pues pocas son las que concurren eventualmente. De modo que, por lo general, ya está entablada una relación entre el profesional de salud y la mujer. Usualmente, es en función de esa relación y de la postura del ginecólogo frente al aborto el grado en que este aplique o no la ordenanza. Como muestran los fragmentos transcritos, algunos la ignoran totalmente, mientras que otros llegan incluso a facilitarle el misoprostol a la mujer, cuando existe un nexo de fuerte confianza con ella.

—El que haya una clínica [clandestina] que haga abortos es un mal necesario; lo necesita la sociedad, lo necesitan los médicos.

—¿Por qué lo necesitan los médicos?

—Y porque vos tenés que tener a alguien de confianza que a tus pacientes les haga lo que vos no querés hacerles (doctor Pablo, noviembre de 2006).

114 Original en inglés.

Emergencia

Aquí ingresan mujeres con diversos problemas ginecoobstétricos, entre ellos, abortos incompletos o con complicaciones. La información correspondiente a los ingresos por estas causas denota subregistro, característica que coincide con lo observado en otros países de la región (Guillaume y Lerner, 2006; Ramos y otros, 2001). A modo de ejemplo, los legrados evacuadores, realizados bajo el diagnóstico de aborto incompleto (sin especificar si son espontáneos o provocados) entre mayo de 2002 y mayo de 2003, presentaban vacíos de información: ausencia del nombre de la mujer, hora de ingreso, edad, dirección u otros datos solicitados en el formulario; algunos carecían de historia clínica o había mujeres que figuraban como fugadas, ya que se fueron antes de tener el alta. Esto no sucede con otros motivos de ingreso, por lo tanto, es preciso entenderlo como una manera en que los profesionales de la salud se relacionan con el aborto.

Hubo un aumento en el número de mujeres con abortos en curso que llegaban a emergencia a partir de la difusión del uso abortivo del misoprostol en el verano del 2004. Allí, les practicaban legrados. En el CHPR, no utilizaban el AMEU para proceder en un aborto incompleto, a pesar de ser más sencillo y rápido que el legrado. No lo hacían por temor a que, al enseñar a usar el AMEU a los residentes, alguno de ellos se dedicase a realizar abortos, según me informó un docente. La emergencia no contaba con la organización adecuada para satisfacer el aumento de legrados que debió afrontar. Con la divulgación del uso abortivo del misoprostol y sus beneficios frente a otros procedimientos, la Policlínica de Asesoramiento comenzó a informar al respecto. No había comunicación fluida entre ambas dependencias del hospital, lo que creaba malestar en el personal de emergencia.

En el transcurso de los años, pude observar que la concurrencia de mujeres con abortos en curso o con sangrado abundante a emergencia se concentraba al terminar el día, alrededor de las 8 de la tarde. Durante el día, probablemente el sangrado no les suscitaba temor, pero al llegar la noche, los servicios de policlínica están cerrados, por lo que las posibles ayudas se tornan menos accesibles, entonces, las mujeres acudían a emergencia. Este patrón de comportamiento inducía a los ginecólogos a considerar que se trataba de abortos provocados.

Existen narrativas contradictorias entre los ginecólogos de emergencia respecto a la índole de los abortos con que llegan las mujeres. Algunas sostienen que en emergencia solo se atienden los abortos espontáneos, con base en una distinción *emic* entre espontáneos y voluntarios, y definen a estos últimos como aquellos que tienen complicaciones post-aborto, por lo que ingresan directamente a sala. Contrariamente, otros afirman que a partir de la difusión del uso abortivo del misoprostol aumentó sensiblemente el número de mujeres que llegaban a emergencia «con sangrados». Es de notar que dicen «con sangrado» cuando se trata de un «aborto en curso». Otros hacen su negación del problema *aborto voluntario*, deslindando sus responsabilidades del hecho.

Acá no estamos con la problemática del aborto [*se refiere a los aspectos éticos y morales*]; acá si los agarrás cuando ya están abortando, no entra la problemática,

esa nos queda afuera. Ahí ya es un caso clínico que es un aborto en curso o un aborto incompleto. Como ya viene el aborto en curso, lo tomás como patología, sea como sea que haya empezado, vos lo que tenés que tratar. Es la paciente que te vino y [hay que] atenderla; si te oponés, estás omitiendo asistencia. No hay posición filosófica, no hay nada. Acá es atender la paciente que tiene ya la complicación (doctor Anselmo, CHPR, febrero de 2004).

Complicaciones post-aborto

Rita contó que había atendido a una chica que se había provocado un aborto con ruda. Estaba muy mal, con una infección renal o urinaria (no le entendí bien), porque la ruda ataca esa zona. Se salvó, pero pasó 20 días en tratamiento de diálisis. Ana María me contó que atendió una chica con aborto provocado por infusión de ruda, la cual murió al día siguiente (diario de campo, emergencia, febrero de 2005. Ambas ginecólogas se refieren a hechos ocurridos algunos años antes).

Yo vi morir a dos mujeres [...] por aborto provocado con lesiones de riesgo [...]: introducción de objetos ajenos en la cavidad uterina. ¡Una fue perejil y otra fue aguja de tejer! Y otra estuvo muy grave, pero no llegó a morir: se colocó una pastilla de permanganato [...]. Después, la mujer lo negaba [...]. Las mujeres mueren con el secreto. Por suerte, después se empezó a usar misoprostol (doctora Andrea, CHPR, diciembre de 2005).

Antes de la difusión del uso abortivo del misoprostol, buena parte de las complicaciones post-aborto correspondían a procesos de sepsis moderada o grave. Una mujer con diagnóstico de sepsis moderada debe permanecer con monitoreo constante. Esto solo es posible en sala de obstetricia (con la violencia simbólica que significa para la mujer que abortó), porque la sala ginecológica no cuenta con atención permanente. Se estima que el preoperatorio debe ser entre 6 y 4 horas y el postoperatorio de 24 horas. Según la normativa,¹¹⁵ el tratamiento debe suministrar antibióticos, hidratación, anticoagulantes, antitermoanalgésicos, transfusiones y legrado evacuador (LEC).

En los casos de sepsis grave, se las opera en menos de cuatro horas (histerectomía¹¹⁶ total con o sin anexectomía)¹¹⁷ y, luego, se las envía a CTI; es poco probable que no muera.

Las complicaciones post-aborto exigen una serie de acciones médicas tendientes a aliviar a la paciente, a disminuir la infección, en definitiva, a salvar su vida intentando evitar mutilaciones. Los médicos que atienden pacientes en esta situación con frecuencia se quejan de las dificultades que tienen para que las mujeres les digan lo que se hicieron, información para ellos valiosa a fin de definir y evaluar los pasos a seguir. Las pacientes utilizan la escasa fuerza que su

115 *Normativas para la atención de sepsis moderada y grave*, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

116 Extirpación quirúrgica del útero.

117 Extirpación quirúrgica de los anexos uterinos (trompa de Falopio, ovario, etcétera).

debilidad les permite para negarse a hablar. Tienen miedo, miedo a la denuncia, y, en estos casos, el miedo mata.

El año pasado, con todo el problema de las clínicas abortivas y que se corta todo este circuito clandestino y la mujer sabe, porque siempre supo, que en el Pereira Rossell los médicos y la dirección te denuncian a la policía, la mujer no consulta, no consulta a tiempo. Entonces, ya el daño no es la mutilación y sacarle el útero por complicación de sepsis, ahí ya la complicación y el daño pasó a ser otro: es la muerte, porque consulta tarde, pero esto no quiere decir que necesariamente haya más abortos. Para mí, hay más complicaciones; yo no tengo nada que me dé para pensar que hay más abortos. Yo estoy convencida, y que es lo que quiero llegar a visualizar, que lo que hay son más complicaciones (doctora Irma, CHPR, febrero de 2003).

La atención post-aborto (APA), incluida en los manuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una medida efectiva para reducir los daños en abortos realizados en condiciones inseguras, no fue desarrollada en los hospitales públicos de manera explícita. Recién a partir de 2004 y al amparo de la ordenanza 369/04, en algunos centros de salud, se produjeron cambios en el tratamiento de una mujer que ingresaba por complicaciones post-aborto. Esto aleja a Uruguay de otros países de la región que han adoptado la APA como medida de reducción de mortalidad y morbilidad de gestantes, principalmente de Bolivia, que es el único país latinoamericano que cuenta con normas nacionales de APA dentro del sistema público de salud (Roze, 2008: 25).

Las «voces» de los ginecólogos sobre el aborto

Los ginecólogos tienen distintas maneras de referirse al aborto y a la mujer en situación de tal según el interlocutor y el contexto. El análisis de estas modalidades permite una mayor comprensión de la posición del ginecólogo respecto al aborto, frecuentemente incierta.

Durante el trabajo de campo y en las entrevistas a ginecólogos, pude apreciar las discordancias en los modos en que hablaban sobre este y sobre las mujeres en situación de abortos, según los interlocutores y los contextos. Cuando estaban en una reunión social con colegas amigos, hablaban de una manera; con los residentes, usaban otro registro, otro con las mujeres y conmigo hablaban de una forma u otra, según las situaciones. Estos distintos modos seguramente significaban algo.

Como los aspectos textuales que conforman los diversos registros y discordancias exceden lo meramente discursivo para formar parte de sus prácticas sociales, constituyen una posible vía de acceso para acercarnos al *habitus*. Llamo *voces* a los estilos particulares de expresión utilizados por los individuos para hablar de un mismo tema en formas diferentes. En este caso en concreto, me refiero a la manera en que los ginecólogos hablan sobre el aborto y sobre las mujeres en situación de aborto en distintos contextos y con diferentes interlocutores. No estoy segura de que pueda aplicarse la conceptualización de heteroglosia

desarrollada por Bajtin (1981), pero en todo caso, es útil para pensar la inestabilidad del signo *aborto* entre los ginecólogos, lo cual podría estar indicando un proceso de cambio en su significado.

Existen contradicciones, inconsistencias y rupturas entre las distintas voces, y tanto es así que se licúa el sentido de aborto y de mujer en situación de aborto para cada ginecólogo en particular; sin embargo, conforman el andamiaje social.

Para este estudio, seguí los trabajos de Susanna Rance (2002, 2005).¹¹⁸ El análisis conversacional de la interacción verbal estuvo en la base de la exploración, pero procuré ampliarlo. Para ello, traje algunos elementos de la noción foucaultiana de discurso, pero los centré en las especificidades de las prácticas de las personas involucradas.

Revisé la información generada en algunas etapas de mi trabajo de campo, especialmente el realizado entre 2005 y 2007 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en algún otro centro de salud. Siguiendo a Rance (2005), categoricé los discursos de los ginecólogos en tres voces: técnica, normativa y pragmática.

La técnica alude a textos medicocientíficos, la normativa, a los aspectos legales y normativos, y la pragmática, a la voz que expresa más directamente la subjetividad del ginecólogo, su práctica, que puede incluir sentimientos. El criterio de agrupación devino de las formas lexicales y gramaticales, más que del contenido informativo de los textos. Esto permitió observar contenidos contrarios sostenidos por el mismo ginecólogo en distintas voces. Releí mis notas intentando descubrir las tres voces, para así poder tipificar de alguna manera los tres repertorios. Seleccioné algunos ginecólogos de quienes tenía más material, que se desempeñaban a nivel hospitalario, y algunos menos que cumplían tareas en el primer nivel de atención. Tracé sus variadas formas de referirse al aborto y a las mujeres en situación de aborto a lo largo de esos tres años y construí una tipología con base en la información empírica, siguiendo criterios relativos a las características del lenguaje y a la postura que adquiere *ego* en los distintos contextos y con diferentes interlocutores.

Voz técnica

Tipo de lenguaje: formal, impersonal y en primera persona del plural.
Postura de *ego*: detenta un conocimiento científico basado en evidencia.

El misoprostol sirve para la úlcera gástrica [...]; inhibe la secreción de ácido gástrico [...], pero además produce contracciones uterinas (doctor Rodolfo).

Voz normativa

Tipo de lenguaje: formal e impersonal.
Postura de *ego*: obedece a la reglamentación; hay una preeminencia de la norma sobre el conocimiento científico.

La normativa es clara: el ginecólogo debe informar y específicamente señala que se informe sobre el uso obstétrico del misoprostol. Lo que la paciente hace con esa información es cosa de ella (doctor Rodolfo).

118 Rance realizó estudios sobre las complicaciones post-aborto en hospitales bolivianos.

Voz pragmática

Tipo de lenguaje: coloquial, en primera persona del singular o plural y, a veces, impersonal.

Postura de *ego*: sensible a las circunstancias y, muchas veces, demuestra sentimientos y está dispuesto a negociar sus acciones.

[...] A veces, con algunos colegas decimos [que], desde que apareció el misoprostol, tenemos muchas menos muertes por aborto, ¿no es cierto? ¡Es una suerte que las mujeres lo usen! Porque es prácticamente como si fuese un aborto espontáneo (doctor Rodolfo).

A continuación, presento un cuadro con algunos ejemplos de cada una de las voces, tomados de mis notas.

Técnica	Normativa	Pragmática
«Hemos investigado [...]»	«Como norma se hace [...]»	«En este caso particular [...]»
«Una técnica muy buena.»	«Se siguen las técnicas de la normativa.»	«Depende de la paciente lo que se haga.»
«Siempre ha dado buen resultado.»	«Se ha protocolizado.»	«Depende del médico tratante el resultado.»
«En la literatura internacional, se recomienda su uso.»	«El MSP no tiene ninguna ordenanza sobre el tema.»	«Hago lo que me parece mejor según las circunstancias.»
«Basado en evidencias creemos que [...]»	«La norma indica que [...]»	«Cada paciente es distinta.»

Los ginecólogos utilizaban la voz técnica fundamentalmente para mostrarse como expertos frente a otros colegas. Lo hacían conmigo y con los residentes mayoritariamente. El aspecto de impresionar a otros detentando autoridad científica parecía bastante más definitorio del uso de esa voz que del interés en defender determinados criterios científicos para su propio trabajo. Esto se ponía en evidencia cuando el mismo ginecólogo, cambiando su registro hacia la voz pragmática —en otro contexto—, manifestaba contenidos contrarios a los expuestos en la voz técnica.

La voz normativa aparecía como un gran paraguas dentro del cual podían actuar. Era utilizada para hablar con otros colegas y con pacientes. Al igual que lo observado por Rance (2005), aquí también su uso se asociaba al intento por demostrar que se cumplían las normas y protocolos, más que a la internalización de estas. Algunos ginecólogos expresaban públicamente sus prácticas respecto a las consultas preaborto desde la voz normativa, mientras que, en el consultorio, desde la voz pragmática, proponían cosas contrarias.

Utilizaban esta última voz cuando se acercaban al fenómeno concreto, en ocasiones, alejándose de lo normativo y lo técnico. Cuando había empatía con la mujer en situación de aborto, le hablaban o se dirigían a ella en esta modalidad.

Entre los ginecólogos con que trabajé, hubo dos que mostraron poca o ninguna variación en las formas de referirse al aborto en distintos contextos y con

diferentes interlocutores. El primero de ellos estaba convencido de que la vida humana comienza con la concepción y que el aborto es inadmisibles siempre. Sus discursos no desplegaban las tres voces, ya que su registro solo abarcaba la normativa, pero, a diferencia de los otros casos, la suya se nutría de un contenido moral-religioso. El segundo, en el extremo opuesto, era un ginecólogo de atención primaria, donde su registro estaba casi monopolizado por la voz pragmática. En contextos donde sus colegas usaban la voz normativa, él los interpelaba desde el otro registro, y empleaba ocasionalmente la voz técnica combinada con la pragmática.

El análisis de estas voces cambiantes alejó las discordancias e inconsistencias. Los ginecólogos incluyen en su repertorio una gama mucho más amplia de sentidos para referirse a temas relativos al aborto y a la mujer en situación de aborto que los que pueden aparecer en una única circunstancia. Son los contextos cambiantes los que posibilitan la riqueza semántica, pero, sobre todo, la posibilidad de jugar varios juegos a la vez. Cada una de estas voces responde a reglas diferentes; la posibilidad de cambiar los registros de acuerdo a los contextos y a los interlocutores es, en buena medida, lo que les permite a ellos transitar por dinámicas en construcción, en lugar de permanecer estáticos. Podría pensarse que estas contradicciones obedecen a un momento de desgaste de las estructuras (Ortner, 1996). Las voces cambiantes pueden interpretarse como que dan cuenta del cambio en la conceptualización de la maternidad en la práctica ginecológica. A principios de los noventa, la maternidad aparecía despojada de los aspectos sociales que la integraban, pues se esperaba que la mujer organizara su vida en función del cuidado de sus hijos (Mitjabila, 1994). Ahora, entre los ginecólogos movilizados en torno a la aplicación de la ordenanza 369/04, la maternidad estaría problematizándose.

Reducción de riesgos en los abortos inseguros: la estrategia de Iniciativas Sanitarias

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el aborto inseguro es «un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambos» (OMS, 1993).¹¹⁹

Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (con el tiempo, pasó a denominarse simplemente Iniciativas Sanitarias) es una organización civil de profesionales de la salud, creada en 2001 con la inquietud de buscar soluciones al aumento de la mortalidad de gestantes provocada por las complicaciones post-aborto. En 2002, es con el apoyo del Sindicato Médico del Uruguay, de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay y la Facultad de Medicina de la Udelar, eleva al Ministerio de Salud Pública una normativa de atención pre- y post-aborto, aprobada recién en 2004 como ordenanza 369.

119 Original en inglés.

A continuación, expongo la fundamentación de la propuesta por parte de los responsables de IS.

La estrategia de reducción de riesgo intenta minimizar los efectos negativos de ciertos comportamientos sociales que son conocidos por ser peligrosos, pero que son practicados por un número de personas que son particularmente vulnerables a tales prácticas. Aplicando el concepto al aborto inseguro, un grupo de obstetras y ginecólogos fundó una ONG llamada Iniciativas Sanitarias (Briozzo y otros, 2006: 222).¹²⁰

Y luego prosigue:

Esta estrategia de reducción de riesgo en un clima de leyes restrictivas es un paso intermedio en el camino hacia la aprobación de una ley de derechos sexuales y reproductivos. [...] El abordaje aquí presentado reduce las complicaciones por aborto a través de diversos mecanismos. Primero, encontramos que algunas mujeres ni siquiera estaban embarazadas, lo que hubiera significado que las intervenciones clandestinas para evacuar el útero fueran aún más peligrosas. En segundo lugar, algunas mujeres tenían muerte del embrión o muerte fetal, lo cual justificaba el vaciamiento del útero en el mismo hospital. Tercero, algunas mujeres encontraron requisitos para la interrupción de sus embarazos dentro de los márgenes legales, lo cual hizo que se pudiera llevar a cabo en el hospital público. En cuarto lugar, después de la consejería [de la consulta preaborto], algunas mujeres tomaron libremente la decisión de continuar sus embarazos, aún cuando no era la intención influir de manera alguna en su decisión. Pero el mecanismo más importante para la reducción de riesgo parece ser proporcionar información basada en el conocimiento científico sobre los riesgos, asociados con diferentes métodos para inducir abortos (Briozzo y otros, 2006: 225).

Acá rige la voz técnica acotada a la voz normativa y se muestra que la reducción de riesgo es el móvil para intervenir en el proceso de aborto.

Riesgo y vulnerabilidad: dos conceptos en juego para abordar el proceso del aborto

La estrategia de IS es de reducción de riesgo y daños. La literatura médica, especialmente la epidemiológica, con frecuencia menciona las situaciones de riesgo (población, situación y aborto en tales condiciones). En epidemiología, este se refiere a una probabilidad calculada de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de cierta población expuesta a factores específicos de peligro (o de protección), comparada con una población de referencia. En general, los trabajos epidemiológicos consideran la existencia de distintos tipos de indicadores, y, de acuerdo a ellos, será el rango de contingencia al que se enfrenta la persona. Entre las variables consideradas para los indicadores, se encuentran características basadas en algún rasgo constitutivo de la persona. Si bien los ejemplos se centran en la predisposición hereditaria a determinado padecimiento o determinados aspectos que conforman una constitución débil, es claro que las mujeres, por sus rasgos

120 Original en inglés.

constitutivos, pueden llegar a ser consideradas población de riesgo, si se entiende el embarazo como un factor tal. Se avalarían, de ese modo, las acciones tendientes a medicalizar la sexualidad y la reproducción, en síntesis, los cuerpos de las mujeres.

Cuando la interpretación de las variables seleccionadas no toma en cuenta las dinámicas sociales concretas, la categoría abstracta *riesgo* se convierte en una práctica de intervención, sin tomar en cuenta las mediaciones necesarias que le permitan acceder al sentido del fenómeno. Por consiguiente, las prácticas supuestamente preventivas pueden llegar a ser incluso perjudiciales, en la medida que reduce un fenómeno a alguno de sus componentes pasibles de mensurabilidad y pierde la noción de la complejidad que define justamente a los fenómenos sociales. El riesgo epidemiológico implícito en las prácticas sociales del aborto, es decir, los potenciales daños relacionados con la salud y la vida de las mujeres, implica una reducción de la situación de aborto a las condiciones en que se concreta el acto médico. Un hecho social complejo se reduce a un acto médico.

El advenimiento de la epidemia de VIH/SIDA patologizó la sexualidad, y aún cuando persistieron durante algún tiempo los discursos que enfatizaban el placer, la actividad sexual se asoció cada vez más al riesgo (Lupton y Tulloch, 1998). En la «era de la epidemia» (Singer, 1993), la amenaza representada por el deseo sexual conducía no solo al contagio de ITS, sino a embarazos no esperados, por lo que se reforzaba su condena. Así, se instaló la asociación entre la actividad sexual y la idea de riesgo, al tiempo que se fortaleció su medicalización. Mark Nichter (2006) señala como rasgo de la biomedicalización recurrir a las estadísticas de riesgo epidemiológico, significativas a nivel de un grupo poblacional, y convertirlas en supuestos factores de riesgo a nivel individual. La popularización de la expresión *aborto en condiciones de riesgo* denota la medicalización de la reproducción y del cuerpo de la mujer, por lo que una reflexión sobre su uso nos aproxima al lugar social que ocupa el aborto voluntario.

La definición de riesgo para la epidemiología es clara y precisa: constituye un instrumento analítico de primera importancia. El problema surge cuando se hace el corrimiento a lo sociocultural, o sea, cuando todo el hecho social del aborto se reduce a su dimensión epidemiológica o la interpretación epidemiológica se extiende al hecho social en su totalidad. Es decir, cuando la categoría *riesgo* es utilizada como base en la formulación de políticas de salud.

Se han levantado críticas a la definición del riesgo y al individuo en dicha situación, cuestionamientos a su percepción y capacidad para gestionarlo y a las relaciones de poder desde las cuales se promueven estrategias de reducción de daños.¹²¹ Respecto al significado y al alcance del riesgo, José Ricardo Ayres (2006) cuestiona todo el elenco de condiciones y situaciones evaluadas positivamente, entendidas como bienes a los cuales los individuos pueden y deben aspirar para su buen vivir, pero se pregunta quién define lo que es buen vivir.

121 Las estrategias de reducción de daños han sido ampliamente utilizadas en programas de intervención en personas con uso problemático de sustancias.

Resulta imprescindible interrogarse acerca de cuáles son y, sobre todo, quién establece la relevancia de los diferentes riesgos para cada mujer que enfrenta una situación de aborto.

Mary Douglas y Aron Wildavsky (1992) sostienen que la idea de riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente, por lo tanto, en cada contexto social, se destacan unos riesgos y se ignoran otros. Es, entonces, una construcción cultural. Por consiguiente, el riesgo definido por la epidemiología también resulta de una construcción cultural en un contexto particular. La voz hegemónica que lo define respecto al aborto es la biomédica, pero su sentido no tiene por qué coincidir (es más, difícilmente lo haga) con el de las mujeres en situación de aborto. La noción *aborto en condiciones de riesgo* implica un sujeto capacitado para enunciar cuál es el riesgo (el médico), quien concentra un poder socialmente legitimado para hacerlo. Suponen una relación jerárquica, donde uno tiene el poder y el saber, y el otro (la mujer en situación de aborto en este caso), ni uno ni lo otro y debe, por lo tanto, obedecer al médico. Esta posición es implícitamente cuestionada desde la información empírica cuando las mujeres en situación de aborto no siguen los pasos definidos en la consulta, aunque no interpelen el poder médico directamente.

La estrategia de reducción de daños apela a sujetos moralmente libres, a quienes no se les reconoce sus constricciones y condicionantes sociales o la toma de riesgos como una actividad irracional, también desvinculada del sistema de relaciones sociales en que se produce.

En este plano, podemos preguntarnos si las relaciones de poder en que se inscriben las intervenciones de reducción de daño frente al aborto provocado en condiciones de riesgo habilitan una apropiación por parte de las mujeres de saberes pertinentes, oportunos y susceptibles de ser reelaborados y aplicados en sus propios contextos vitales como estrategias válidas para abatir vulnerabilidades y aumentar las capacidades individuales de afrontar la situación de aborto, o refuerzan la subordinación de género y de clase, que las hace, de hecho, más vulnerables en lo social y programático. Un tema favorito de la discusión filosófica sobre los riesgos deviene de contraponer la exposición individual a un riesgo con la protección y control para evitar que la persona asuma determinado riesgo (Beauchamp, 1978, en Petchesky, 1984: 190, 191).

A la noción de riesgo, se ha contrapuesto la conceptualización de vulnerabilidad, desarrollada por Jonathan Mann (1992), quien distingue tres planos de dicha vulnerabilidad: individual, social y programática. La situación de ilegalidad del aborto, así como la ausencia de políticas públicas, programas o planes en materias de salud sexual y reproductiva,¹²² coloca a todas las mujeres uruguayas en una de vulnerabilidad programática. Estas carecen de medios eficientes para prevenir

122 Desde agosto de 2004, existe la ordenanza 369 que establece la normativa de atención pre- y post-aborto. Hasta diciembre de 2006, solo se la había implementado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en dos centros de salud periféricos. En 2007, se extiende a un número mayor de centros de salud como resultado de un proyecto de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, llevado a cabo por Iniciativas Sanitarias.

embarazos inesperados y de marcos sanitarios (legales) para interrumpirlos, lo cual ha venido paulatinamente modificándose a medida que se extiende la aplicación de la ordenanza 369/04. La vulnerabilidad social alude al contexto social. Al aplicar esta conceptualización a las experiencias del aborto, se percibe que un contexto social de pobreza no necesariamente implica una circunstancia de vulnerabilidad social, ya que existen mujeres que cuentan con determinado capital social que las habilita a acceder a recursos apropiados. Del mismo modo, mujeres cuyo contexto socioeconómico y capital cultural permite suponer que están en condiciones de acceder a abortos sin riesgos, pueden estar en un estado de vulnerabilidad individual que, junto con la vulnerabilidad programática, desencadene su muerte.

Aborto, derechos sexuales y derechos reproductivos

Hay una tensión entre la noción de riesgo, mediante la cual los médicos se colocan en una posición de tutelaje hacia las mujeres, y la de mujeres titulares de derechos y, por lo tanto, capaces de tomar decisiones, aunque impliquen riesgos. No obstante la propuesta de IS es fundamentalmente de reducción de estos, ha permitido un despliegue del discurso de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos que, poco a poco, ha comenzado a provocar cambios en las prácticas de algunos ginecólogos. La expresión *derechos sexuales y derechos reproductivos* en lugar de *derechos sexuales y reproductivos* permite enfatizar la diferencia entre ambos y que no se subsumen unos a otros, cosa que frecuentemente sucede, especialmente desde propuestas de políticas de salud. Existen derechos sexuales no reproductivos de la misma manera en que hay derechos reproductivos no sexuales, como los relacionados a la reproducción asistida.

Derechos humanos: entre el *habitus* y la agencia

—¿Ha cambiado algo en los últimos tiempos?

—Y a vos, ¿qué te parece? Ha cambiado un montón, ¡por suerte! Desde mi punto de vista, han cambiado. Básicamente, lo más importante es que ha cambiado la actitud del personal de salud con relación a una mujer en posición de realizarse un aborto, comprendiendo cada vez más lo de la autonomía, ¿ta?, la actitud del personal de salud, en ser consciente [de] que tiene la obligación de informar, porque la educación es lo que genera salud y la información está disponible a quien tenga acceso. Una forma de ser equitativo [...] es tratar de brindar información a quien no tiene [...], porque sino, resulta que el que tiene plata y tiene acceso a información llega rapidísimo, y el que no... Y entonces, en eso, el cambio de actitud del personal de salud es fundamental. Ser consciente [de] que sobre todo médico, partera y enfermera está, sobre todo, educando [...]. Y de los abortos provocados, los que vienen ahora, la gran diferencia es que, en vez de como se hacía antes, que se le avisaba a la policía y al juez, no avisamos a nadie, porque hacemos el estudio y el secreto profesional.

—Y esa diferencia, ¿por qué surge?

—Es un cambio de actitud. Ese es el punto más importante: ser capaz de darse cuenta de que la profesión está por encima de la ley y la actitud del secreto; uno está amparado por la ley con la actitud del secreto por un delito (doctor Fermín, CHPR, febrero de 2007).

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres responde a la irrupción de temas largamente excluidos de la escena pública y de las decisiones políticas. Se consolida la perspectiva de universalidad, integralidad e indivisibilidad de los derechos, abierta por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (CMDH, Viena, 1993), cuando las mujeres enfrentaron la división entre lo público y lo privado en la arena internacional de los derechos humanos, que reveló cómo acciones consideradas privadas eran violatorias de los derechos humanos (Bunch, 2000). Más allá del espacio público correspondiente a los derechos humanos, estos también —y sobre todo— son «un conjunto de procesos (normativos, institucionales y sociales) que abren y consolidan espacios de lucha por la dignidad humana» (Tamayo, 2001: 19). Forman parte de las prácticas cotidianas, se encarnan en las experiencias vitales de las personas e integran confrontaciones diarias por su ejercicio. Desde esta perspectiva, abordo el lugar que tiene el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en las prácticas y discursos de los ginecólogos. El fragmento transcrito da cuenta de la reflexión de un ginecólogo sobre los cambios en las actitudes respecto a la mujer en situación de aborto. En su narración, *actitudes* incluye prácticas y discursos, y es relevante la renuncia a la acción de tutelaje, que la permuta por una práctica educativa. La noción de *habitus* médico atraviesa todo el relato. Considero que las prácticas se corresponden a esas

estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, [...] colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta (Bourdieu, 1977: 72 y 2007 [1980]: 86).

El género vertebró la organización social (Pateman, 1988; Collier y Yanagisako, 1989; Strathern, 1988; De Barbieri, 1991; Ortner, 1996; Rubin, 1996; Lamas, 1997; Scott, 1997; Tamayo, 2001; Vargas, 2002; Segato, 2003). Los procesos normativos, institucionales y sociales que se echan a andar en el ejercicio de los derechos humanos están transversalizados por este. También integra el *habitus* y reproduce determinadas relaciones de poder, sin que los individuos particulares que llevan a cabo las prácticas puedan explicitar y no tengan siquiera una actitud reflexiva al respecto, porque así, justamente, es como funciona el *habitus*. De este modo, ginecólogos y mujeres en situación de aborto participan del *habitus* de género. Este último está presente en las prácticas de los ginecólogos que inciden en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

Los ginecólogos desempeñan un papel central respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, tanto para aportar en su

construcción y facilitar su ejercicio como para obstruirlos. Lo hacen a través de sus prácticas y de sus discursos, los cuales no necesariamente se corresponden; por el contrario, es usual encontrar cierta distancia entre ambos. El papel privilegiado de los ginecólogos respecto a los derechos de las mujeres se vincula a la legitimidad del enunciador (Bourdieu, 1985). Un enunciado puede valer por su contenido o por quien lo dice; en este caso, es más importante quien lo dice. De acuerdo a Bajtin (en Amuchástegui, 2001: 162), el lenguaje implica siempre una tensión entre fuerzas centrípetas y centrífugas. Esta fuerza centrípeta está puesta a trabajar por los grupos sociales dominantes en su lucha por imponer su propio concepto del mundo. El discurso médico posee esta fuerza, la cual se despliega a la sociedad en general (y esta acoge la legitimación) y de manera específica en cada caso particular en que un ginecólogo está con la usuaria.

Entre la titularidad y el ejercicio de los derechos media la construcción de capacidades personales en los individuos para adquirir «agencia» (Sen, 2000), es decir, poder sobre sí mismos. Amartya Sen recupera mediante la categoría *agencia* la libertad como condición para el desarrollo, al colocarla como piedra angular para que los individuos puedan «vivir de la forma en que quieran vivir» (Sen, 1999: 19). Al conceptualizar a las personas como «agentes» y no «pacientes» de los «proyectos de desarrollo», rompe con la reducción de los individuos a entes pasivos sobre quienes recaen con mayor o menor éxito los resultados de intervenciones, para colocarlos como protagonistas de los cambios. En esa perspectiva, una condición principal de la agencia es el reconocimiento de la desigual distribución de poder por edad, clase, raza, género u otras determinantes, existente en el interior de las sociedades. En el caso de las mujeres en situación de aborto, la conceptualización de Sen permite reparar en que la agencia sobre sus sexualidades y procesos reproductivos supone el reconocimiento de sus derechos en esas esferas. Esto no se concreta sin la producción social de «condiciones habilitantes» para ejercer esos derechos, proceso siempre conflictivo, porque supone enfrentamiento de intereses, derechos y bienes públicos de diferente naturaleza. En definitiva, el poder efectivo es la condición básica para adoptar comportamientos y tomar decisiones basadas en derechos. Es en este plano donde el biopoder como realidad empírica entra en contradicción con la posibilidad de desarrollar tales condiciones habilitantes para que los individuos desempeñen su agencia. El fragmento de entrevista anteriormente transcrito muestra justamente el corrimiento del biopoder a la agencia, que el ginecólogo expresa como un «cambio de actitud en los médicos». Los ginecólogos pueden ayudar a crear las condiciones habilitantes para que las mujeres en situación de aborto ejerzan la titularidad de sus derechos.

A continuación, paso a analizar si en sus prácticas los ginecólogos consideran o no a las mujeres como agentes y si facilitan o no las condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con los distintos matices que las mismas prácticas presentan.

Aproximación a las prácticas de los ginecólogos

Descompuse los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en algunos indicadores observables que pudieran desprenderse de las prácticas de los ginecólogos. Elegí detenerme en los procedimientos seguidos por ellos respecto a los métodos anticonceptivos (MAC), dentro de los que incluí específicamente la ligadura tubaria, y, finalmente, en sus posturas frente al aborto voluntario, porque en los tres casos se enfrentan las posibles decisiones de las mujeres (quienes hacen uso de sus derechos) y aquellas de los ginecólogos. Es una manera de observar en acción el ejercicio de derechos.

Aquí analizo algunas de las respuestas al cuestionario realizado a 29 ginecólogos de Montevideo y área metropolitana,¹²³ que ofrecen información relevante con relación a la construcción de derechos sexuales desde su punto de vista,¹²⁴ a lo que agrego testimonios obtenidos tanto de entrevistas como de conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo.

Interrogados sobre si las usuarias habitualmente solicitaban MAC, todos respondieron afirmativamente. Se les preguntó, entonces, qué tomaban en cuenta para realizar su indicación sobre anticoncepción y solo en tres casos respondieron que «preferencias de la mujer». Las respuestas no eran excluyentes, por lo que en el cuadro siguiente se observa el número total de respuestas afirmativas a cada opción presentada.

Consideraciones para indicar MAC

	(N=29)
Aspectos físicos	15
Edad	10
Hábitos sexuales (compañero estable, distintos compañeros, etcétera)	7
Hábitos que inciden en la salud (fumar, entre otros)	5
Prevención ITS	4
Paridad	4
Eficacia de los métodos	4
Preferencia de la mujer	3
Diversas razones	3

Fuente: encuesta a ginecólogos: *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*, 2005.

En las entrevistas efectuadas a ginecólogos, surge con frecuencia que ellos estiman que la mujer no está capacitada para tomar la decisión sobre el MAC más adecuado para su situación por diversas razones, entre las que anotan: bajo nivel de instrucción, ausencia de información y serias dificultades para entender lo que

123 Las características de los respondentes y del cuestionario están en el capítulo metodológico.

124 Un avance de este análisis fue presentado en el Congreso de Ciencias Sociales, 50 años de FLACSO, Quito, octubre de 2007.

se les dice. A esto se suman quejas por su parte respecto a que dan indicaciones sobre MAC y al cabo de unos meses aparece la mujer con un embarazo no esperado. Estos hechos pueden apoyar ciertas actitudes paternalistas que son percibidas en varios profesionales. Sus consideraciones se basan en aspectos físicos y médicos mayoritariamente. Es revelador que solo tres incluyesen las preferencias de la mujer para la decisión del MAC a sugerir. Esto muestra que solo para tres de los 29 ginecólogos las preferencias u opinión de las mujeres valen ser tomadas en cuenta. Prima la actitud tutelar por sobre la actitud de considerar a la mujer un agente capaz de tomar sus propias decisiones.

La postura de los ginecólogos frente a la ligadura permite observar el comportamiento de la institución de salud relacionado al acceso de la mujer al derecho a decidir sobre el propio cuerpo (Del Río Fortuna, 2007). Del total de 29 entrevistados, solo uno dijo no estar en condiciones de hacer ligadura tubaria por trabajar solo en primer nivel de atención; los restantes 28 la realizan bajo ciertas circunstancias. Interrogados sobre dichas circunstancias, las respuestas evidenciaron que la decisión (solicitud) de la mujer dista de ser la razón que goza de mayor consideración. Al igual que en el caso anterior, las respuestas no son excluyentes. Cada entrevistado marcaba todas las que correspondían a su práctica.

Consideraciones para realizar una ligadura tubaria (LT)

	(N=29)
Peligro de vida para la mujer si tiene otro embarazo	18
Certeza de mal formación o incompatibilidad con la vida del producto	4
Número de hijos que ya tiene la mujer	17
Edad de la mujer	20
Situación de carencia económica de la mujer	9
Autorización del cónyuge o del concubino	2
Solicitud de la mujer	10

Fuente: encuesta a ginecólogos: *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*, 2005.

Solo un tercio toma en cuenta la solicitud de la mujer, pues la mayoría se guía por lo que denominan «causas médicas»: edad, peligro de vida para la mujer en caso de tener otro hijo y número de hijos.

Las entrevistas y las conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo también proporcionaron información respecto a estas temáticas, concordantes con las respuestas al cuestionario.

—El otro día vino una mujer que tenía tres hijos, con 22 años, pidiendo una ligadura tubaria. ¡Es muy joven!

—¿No se la hiciste?

—¡¡No!!

—Entonces, las circunstancias a tomar en cuenta, ¿es que tenga alguna patología que lo justifique o que tenga x años?

—Si no tiene hijos, no se lo hago.

—¿Por qué?

—Se arrepienten. Está estudiado en países donde la LT es frecuente, es todo un negociado: las mujeres se arrepienten y entonces acuden a la fertilización in vitro. Ese es el círculo (doctor Luis, julio de 2007).

El tema fue tratado en uno de los cursos para residentes de ginecología. Hubo una acalorada discusión entre ellos respecto a realizar o no una LT solo con base en la solicitud de la mujer. La abrumadora mayoría dijo enfáticamente que no lo hacían porque temían que las mujeres se arrepintieran y que luego los demandaran por lesiones graves. Legalmente, si la mujer firma el consentimiento para hacerse una ligadura tubaria (lo cual es obligatorio antes de realizarle la cirugía), no puede hacer una demanda por ello. La discusión entre los residentes mostró que no le reconocían la agencia a las mujeres para tomar sus propias decisiones y hacerse cargo de ellas, pero también el temor que sentían frente a posibles demandas. Del mismo modo que el fantasma de la denuncia invalidaba acciones en las mujeres (consultar por complicaciones post-aborto a tiempo), el fantasma de la denuncia determina prácticas médicas, donde se antepone el cuidado personal frente a una posible demanda (más imaginaria que real)¹²⁵ frente a los derechos de la consultante.

En el hospital, los ginecólogos son renuentes a realizar ligaduras tubarias. Los profesores deben autorizarlas. Uno de ellos es más reacio, ya que argumenta que la mujer puede cambiar de pareja o puede morir uno de sus hijos, causas ambas por las cuales podría llegar a querer tener otro hijo. La inclusión del consentimiento del compañero es una constante; sin embargo, no se solicita el consentimiento de la compañera a los hombres que solicitan una vasectomía.

Finalmente, respecto al aborto, las respuestas a la pregunta sobre bajo qué circunstancias debería ser legal son elocuentes con relación al lugar asignado a la mujer como sujeto pasible de tomar decisiones sobre su cuerpo.

Dadas 10 opciones de aborto legal, se les solicitaba que marcaran todas aquellas con las cuales estaban de acuerdo. La mitad de los profesionales no eligió *la mujer así lo decide* como criterio de legalidad del aborto.

El siguiente cuadro muestra, en la primera columna, el total de respuestas, y en la segunda, las respuestas de aquellos que no consideran una circunstancia válida para legalizar el aborto que la mujer así lo decida.

125 No se registran demandas por lesiones graves de parte de mujeres que hayan tenido una ligadura tubaria.

Circunstancias en que el aborto debería ser legal

	Total (n=29)	Respuesta negativa a <i>la mujer así lo decide</i> (n=14).
El embarazo es el resultado de una violación	21	11
La mujer corre peligro de muerte	21	12
La mujer corre peligro de afectación grave de salud	17	8
El producto puede tener alteraciones genéticas o congénitas graves	17	9
El embarazo es el resultado de inseminación artificial no deseado ni consentida por la mujer	10	4
Falta de recursos económicos	5	1
La mujer es soltera	3	0
La mujer es menor de 18 años	5	1
El embarazo es resultado de la falla del MAC	4	1
En ningún caso	1	1
La mujer decide abortar	15	0

Fuente: encuesta a ginecólogos: *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*, 2005.

Como puede apreciarse, las consideraciones que concitan más adhesiones son las que enfatizan los problemas biomédicos (peligro de muerte y daños graves para la mujer o producto con alteraciones genéticas o congénitas), seguidas de aquellas en que la mujer no tenía voluntad de concebir (violación o inseminación sin consentimiento).

De acuerdo a las entrevistas, al igual que con la ligadura tubaria, los ginecólogos privilegian aquellos motivos relacionados al daño físico que el embarazo pueda causar y problemas de incompatibilidad con la vida extrauterina del *zef*, dejando de lado la decisión de las mujeres.

La mayoría de los profesionales, a quienes se les aplicó el cuestionario, expresaron su reconocimiento a los derechos sexuales y derechos reproductivos en tanto constitutivos de los derechos humanos. Sin embargo, en sus respuestas, el reconocimiento de derechos no necesariamente acompaña el de sujetos titulares de tales, sujetos que ejercen agencia. Esto no debe entenderse como un signo de hipocresía, sino que forma parte de las maneras incoherentes en que los individuos se comportan en su vida social sin tener conciencia de ello. Tamayo (2001) advierte que en distintas circunstancias aquellos sectores que detentan poder se arrogan para sí la decisión de a quiénes considerar titulares de derechos, generalmente interponiendo la noción de ciertas carencias en las personas, que las inhabilitaría para dicha titularidad (discapacidades, minoridad, falta de conocimientos, etcétera). Algunos ginecólogos entrevistados hicieron referencia a la ausencia de educación y de capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre los MAC. Esto es aceptado tanto por los profesionales de la salud como por las

mujeres consultantes. Es notorio para el caso de la anticoncepción en general y de la LT en particular que en el imaginario de los ginecólogos las mujeres no están capacitadas para tomar esas decisiones. Hay cierta apreciación de minoridad hacia ellas, a quienes, en última instancia, se les niega el derecho a equivocarse en caso de que luego se arrepientan de haberse hecho una LT.

El discurso médico denota una particular desconfianza sobre las mujeres como agentes morales capaces de tomar decisiones respecto a su reproducción. Esto forma parte de las políticas del cuerpo y de la reproducción, en las que las mujeres, desde las prácticas de los ginecólogos, quedan enajenadas de agencia.

En los discursos médicos más inclusivos de los derechos de las mujeres se percibe la idea de igualdad entre hombres y mujeres, sin considerar el principio de relevancia (Tamayo, 2001), el cual implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias, como lo es la ubicación de las mujeres respecto al proceso reproductivo, la desigualdad originaria a la que se refiere Laura Klein (2005). Dicho principio de relevancia exige un tratamiento particular para que pueda haber una igualdad real.¹²⁶

Desde una perspectiva feminista, resulta central el análisis del control continuo de los cuerpos y la reproducción. Detrás de las prácticas respecto a la anticoncepción, a la LT y al aborto, existen como telón de fondo determinados conceptos de sexualidad, de reproducción y modelos de género que mantienen la dominación masculina y la desigual distribución de poder. Tamayo (2001: 24) advierte sobre «la histórica y sistemática oposición de las jerarquías en el poder al reconocimiento de derechos y libertades en las esferas de la sexualidad y la reproducción».

Es especialmente relevante la forma en que algunos ginecólogos se refieren a las adolescentes y a sus prácticas sexuales. De acuerdo a sus relatos, la sexualidad en las adolescentes aparece connotada a riesgo, en una conjunción que une sexualidad, alcohol y drogas. Visualizan a las adolescentes como incapaces de tomar decisiones y asumir responsabilidad sobre sí mismas en determinados contextos. Subyace la noción de los adolescentes como seres sexuales inacabados, inocentes de deseo sexual, necesitados de protección o con deseo difuso a causa de su inmadurez emocional (Lupton y Tulloch, 1998).

Porque van a una fiestita y después muchas de ellas no saben qué les pasó, no saben qué les pasó (doctor Luis, julio de 2007).

Estas representaciones sobre la vivencia de su sexualidad por parte de las adolescentes omiten el deseo, el placer y el disfrute. Algunas narrativas colocan a los adolescentes en situación de riesgo si es que se apartan de un cierto camino correcto, para cuyo recorrido juega un rol central la educación. La genitalidad reducida a la dimensión de aparato reproductor es presentada como un arma, un auto que hay que aprender a manejar: no todos pueden, es peligroso y hay que

126 «Si los hombres abortaran, el aborto sería legal» (grafiti en Montevideo, observado durante las discusiones parlamentarias de los proyectos de ley que legalizaban el aborto).

tener permisos. Consecuentemente, un entrevistado expresaba la necesidad de un control social (normas) sobre la sexualidad de los adolescentes, cuya posibilidad de vivenciarla autónomamente queda en suspenso.

[...] Que los adolescentes lo sepan antes que eso [*quedar embarazadas*], que sepan antes de usar sus genitales a qué situaciones se están exponiendo, cuáles son las responsabilidades que tienen que asumir de determinada manera. Porque la intendencia te trata de educar previamente y te toma un examen antes de darte un arma, como es un auto si lo estás manejando, ¿viste? [...]. Eso tendrían que tener los chiquilines desde el vamos, antes de usar su aparato reproductor (doctor Luis, julio de 2007).

Por supuesto que hay relatos divergentes provenientes de otros ginecólogos donde prima una actitud de respeto, acompañada de cuidado hacia la adolescente.

Yo siempre les digo que nadie tiene por qué tocarlas si ellas no quieren (doctora Corina, octubre de 2008).

La intensión del énfasis especial en las adolescentes se justifica porque, en el trabajo de campo y en las entrevistas, la noción de no agentes, no titulares de derecho era mayor respecto a las adolescentes que a las mujeres adultas.

Aproximación a los discursos

He elegido textos publicados por el grupo de profesionales nucleados en torno a Iniciativas Sanitarias por constituir un avance en el tratamiento del aborto voluntario y porque incluyen en sus discursos referencias a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Complemento con notas de campo y entrevistas.

Un primer análisis de los discursos seleccionados (tanto publicados como provenientes de notas de campo) muestra que tienen como común denominador el ubicar los derechos sexuales y reproductivos como una unidad, y no aparecen menciones exclusivas a los sexuales ni a los reproductivos. Con distintos énfasis, comparten una noción de sexualidad dentro de un campo biológico, que permite ligar lo natural con el deber ser. La reproducción queda subsumida en lo natural y, junto con ella, la maternidad. En todos los casos, las referencias a los derechos sexuales y reproductivos van de la mano de los riesgos en el campo de la salud, que confieren un ejercicio de la sexualidad no adecuada, con posibles consecuencias no deseables sobre la reproducción.

No existen dudas de que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en Uruguay, la primera causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto, como indica la oms, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples organizaciones sanitarias (Briozzo y otros, 2004: 43).

Para disminuir la necesidad de recurrir al aborto provocado, las mujeres, sus parejas y las comunidades deben poder desarrollar el ejercicio de una sexualidad libre y responsable, y, para ello, deben tener acceso a una adecuada

educación sexual y reproductiva, además de disponer de servicios de orientación y de anticoncepción de calidad (Briozzo y otros, 2007: 21).

El aborto provocado en condiciones de riesgo es antes que nada un problema de salud pública. Solo secundariamente para nosotros, como equipo de salud, se trata de un problema legal, jurídico, religioso, etcétera (Briozzo y otros, 2007: 22).

En este sentido, plantean la centralidad de la relación

equipo de salud-usuaria-comunidad sobre los aspectos legales y especialmente sobre la perspectiva punitiva y de denuncia. Esto tiene mayor relevancia en tanto es claro que la actitud punitiva y de rechazo lo único que logra es incrementar los riesgos y daños (Briozzo y otros, 2007: 22).

Los párrafos transcritos permiten observar el argumento pragmático que subyace a lo que podría entenderse como un ejercicio de derechos: evitar riesgos y daños, el cual es el objetivo del programa de implementación de la ordenanza 369/04. A su vez, el uso de los derechos sexuales y reproductivos surge como consecuencia de las prácticas llevadas a cabo para disminuir el riesgo y daño provocado por abortos inseguros, sobre los que los ginecólogos desempeñan un papel de tutelaje para evitarlos. Como anota Josefina Brown (2006a: 146), los profesionales de la salud entienden que ciertas decisiones vinculadas a la reproducción, como la IT o el aborto, solo pueden ser legítimamente tomadas por ellos, que son quienes detentan el saber, aun cuando tengan lugar en el cuerpo de otras.

La alusión a una sexualidad libre y responsable para evitar daños coloca el énfasis en el disciplinamiento más que en el usufructo de derechos y en la experiencia del placer. La educación sexual se asocia a eludir daños y no a promover un mayor bienestar. La noción del biopoder se cuele en partes de los párrafos transcritos, tanto en su aspecto disciplinar como de regulación. Cuando el biopoder entra en la vida de las personas, se diluye la noción de agente y aparece un cuerpo sin derecho, la nuda vida (Agamben, 1998).

Si bien refieren a la centralidad de la relación *equipo de salud-usuaria-comunidad*, no se presenta el reconocimiento de la usuaria como agente, sujeto de derecho. El ejercicio de los derechos reproductivos, por ejemplo, de una usuaria que manifieste su decisión de abortar, ser asesorada y no ser denunciada resulta de que el equipo de salud obtenga su objetivo de disminución de riesgos y daños y no de propiciar un proceso de empoderamiento por parte de las mujeres. Es necesario tener en cuenta —y, en este sentido, relativizar lo expuesto— que el enunciador es Iniciativas Sanitarias, ONG cuyo propósito es disminuir los daños y riesgos provocados por el aborto inseguro y no se trata de una organización abocada al avance de los derechos de las mujeres. Por lo tanto, que esto suceda como beneficio colateral no es menor.

Por otro, es preciso señalar que los discursos difícilmente son monolíticos; se deslizan contradicciones en el mismo corpus discursivo. Unos párrafos más adelante, el texto refiere a

[...] reconocer en la usuaria que consulta a un sujeto moral con derechos y capacidad consciente de decidir informada y responsablemente. En ese marco, el objetivo es reconvertir el papel profesional, desde los valores de la profesión médica y del resto de los profesionales de la salud, en promotores y garantes del ejercicio de sus derechos (Briozzo y otros, 2007: 22).

Y, más adelante, se explicita el desafío que constituye la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en las usuarias. Hay un reconocimiento de la existencia de los derechos sexuales y reproductivos, junto con la dificultad que les implica promoverlos entre la población usuaria, es decir, permitir que las mujeres ejerzan la titularidad de los derechos. Parece haber una incorporación de preocupaciones provenientes de grupos feministas. Toman el lenguaje difundido por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, se omiten las referencias concretas a la implementación de los mecanismos habilitantes de dichos derechos. Al mismo tiempo que en el plano de las prácticas son menores los casos —especialmente si las usuarias son de sectores pobres o muy pobres— en que a la mujer se le admite ejercer su agencia, o sea, aceptar y respetar sus plenas capacidades para tomar decisiones.

En la documentación escrita, en numerosas conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo, así como en algunas entrevistas, aparece una y otra vez la noción de que los ginecólogos son responsables de la disminución del riesgo y el daño provocado por el aborto inseguro, para lo cual implementan un programa de atención pre- y post-aborto. En varias de estas alocuciones, el concepto de necesidad de ejercicio de los derechos sexuales por parte de las usuarias aparece ligada al de reducción de daño y riesgo en la salud. Por consiguiente, una mujer con complicaciones post-aborto por haberse realizado un aborto inseguro, es decir, no monitoreado por el sistema de salud, si se sigue la línea argumentativa, habría llegado a esa situación por no haber podido ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, se están asociando derechos sexuales y reproductivos con atención institucionalizada de la salud sexual y reproductiva. Este razonamiento no conduce a un aumento en la autonomía de las mujeres, necesario para el ejercicio de derechos.

Esta línea argumentativa de los ginecólogos nos permite poner a prueba el concepto de biolegitimidad desarrollado por Didier Fassin en esta situación. «Es en el terreno de la puesta en obra del cuerpo mediante la enfermedad y el sufrimiento que nosotros podemos reconocer su derecho a existir» (Fassin, 1999: 74).¹²⁷ El autor señala que la biolegitimidad es el poder de la vida y basa su argumento en que la

vigencia [...] de un orden moral en el plano de lo biológico, representado por el cuerpo sufriente, constituye la fuente última de legitimidad, situada por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas y económicas (Fassin, 2003, citado por Del Río Fortuna, 2007: 178).

Esta idea me resulta muy sugestiva. La mujer en situación de aborto, desde la perspectiva de los profesionales de la salud tratantes, aparece como una

127 Original en francés.

víctima (de aborto inseguro) con un «cuerpo sufriente». El relato del residente de médico de familia frente a esa «muchacha rubia, llena de polenta» que ve morir remite a este razonamiento. La mayoría aceptaría la legalización del aborto para evitar un «cuerpo sufriente». Asimismo, es para evitar que haya más de estos que se lleva a cabo el Programa de Reducción de Riesgo y Daño Provocado por Aborto Inseguro. Los discursos médicos no hacen referencia a una mujer titular de derechos cuando están hablando de una en situación de aborto. Es decir, existe una preeminencia del derecho a la salud sobre otros en los casos del «cuerpo sufriente», y ese cuerpo de la mujer es un cuerpo de madre, en el cual, para poder continuar con sus funciones reproductivas, debe hacer un ejercicio responsable de la sexualidad.

En distintos momentos del trabajo de campo con los ginecólogos (ateneos, reuniones de diferente tipo, preparación de cursos para residentes), a lo largo de los años, pude apreciar que tienen cierta dificultad para alejarse del pensamiento concreto y del pragmatismo que acompaña a las disciplinas quirúrgicas, mucho más cercanas a las certezas que a las dudas. Desde este lugar, es preciso revisar las aproximaciones de los ginecólogos a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos.

Hay discordancias de distinta entidad dentro de los discursos médicos y también entre las prácticas y dichos discursos. Esto debe entenderse como una situación en que se están procesando cambios a diversos ritmos y el *habitus* se recompone en nuevas prácticas. Existen tensiones no solo en relación con las usuarias, sino en la propia concepción de derechos sexuales y derechos reproductivos. Por una parte, la referencia a ambos como uno solo muestra la fuerza de la asociación de la sexualidad con la reproducción, del cuerpo de la mujer con la maternidad. Subyacen a sus prácticas conceptos universalistas y naturalistas vinculados a la sexualidad, que entran en franca contradicción con discursos en los que se promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos. Al mismo tiempo, algunos llevan adelante prácticas que intentan permitir la agencia de las mujeres y hacerla sujetos de derecho.

Sin duda que las incongruencias entre prácticas y discursos y entre prácticas entre sí, a lo que se suma la variedad entre unos y otros, obedece a un momento en que se están procesando cambios, aunque mucho de lo observado me hace sospechar de modificaciones en la apariencia para mantener la misma estructura.

La institución médica y la consulta de asesoramiento

Las instituciones médicas

Las instituciones médicas donde llevé a cabo el trabajo de campo incluyen el Hospital de la Mujer Paulina Luisi del Centro Hospitalario Pereira Rossell, dependiente del Ministerio de Salud Pública que alberga las clínicas de ginecología de la Facultad de Medicina, policlínicas públicas barriales¹²⁸ de atención primaria en zonas periféricas y pobres, policlínicas públicas con servicios de atención primaria y otros (análisis, placas simples, etcétera).¹²⁹

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Es el principal hospital pediátrico y de la mujer del Uruguay y tiene una estrecha relación con la Universidad de la República. Allí, funcionan las cátedras de Pediatría y Neonatología y Especialidades, la de Ginecoobstetricia y la Escuela de Parteras. Además, concurren estudiantes de la Facultad de Enfermería del área maternoinfantil. Alberga el residentado, obligatorio para realizar el posgrado de Ginecología, al que se ingresa mediante examen e insume tres años, en los cuales los residentes se dedican tiempo completo. Implica prácticas de atención en policlínicas, sala, prácticas quirúrgicas, guardias semanales, cursos regulares y ateneos. Los residentes reciben un salario del Ministerio de Salud Pública.

Esta doble lógica administrativogereñcial del CHPR, donde el Estado gobierna en la temática de la salud a través del MSP, y la Universidad forma los profesionales y presenta propuestas de atención y administración de la salud pública, ha encontrado puntos de tensión a lo largo del tiempo. Eso explica que sea allí donde se implementó la normativa de atención pre- y post-aborto (en el ámbito de las cátedras de Ginecología), mientras que el Ministerio de Salud Pública no llevaba a cabo acción alguna tendiente a su difusión.

Las salas de internación consisten en grandes pabellones rectangulares, con filas de camas a ambos lados, separadas por cortinas. Un amplio pasaje al medio, con puertas en ambos extremos, los convierte en vías de pasaje de personal de salud. Estos pabellones coexisten con modernas salitas individuales para partos humanizados.

El block quirúrgico cuenta con varios quirófanos, donde se aplican algunas tecnologías de avanzada. Sin embargo, durante el trabajo de campo, el hospital

128 Algunas dependientes del Ministerio de Salud Pública; otras, de la Intendencia de Montevideo.

129 Dependientes del Ministerio de Salud Pública.

no contaba con un CTI.¹³⁰ Para los casos de las mujeres ingresadas con complicaciones post-aborto, especialmente en los de sepsis graves, que requerían una histerectomía y posterior tratamiento en un CTI, debían ser trasladadas a otro centro asistencial que contara con las facilidades apropiadas.

Las distintas alas del hospital se interconectan por amplios corredores por donde transitan consultantes, pacientes internadas, visitas y personal de salud. Algunos de sus tramos se convierten en salas de espera; las aglomeraciones se suceden en diferentes sectores según el horario de atención correspondiente, obstaculizando el paso. No se destina un espacio físico que contenga específicamente a los acompañantes, lo que evidencia el no reconocimiento del aporte de estos al funcionamiento del Hospital de la Mujer, de su colaboración directa que suple, en parte, la carencia de personal en sala —traslado de ropas, alimentos e incluso, en algunos casos, medicamentos y cuidados. La institución parece construir una usuaría exclusivamente desde una perspectiva biomédica, muy cercana a la máquina cartesiana. Los cuartos médicos están contiguos a los pabellones.

La emergencia está en el corazón del gran edificio, al que se accede fácilmente por el camino del patio central. La sala de emergencia cuenta con camillas separadas por cortinas, y enfrente se encuentra la sala para los acompañantes. El cuarto de guardia está contiguo a la sala donde ingresan las pacientes.

Cuando llegué al cuarto de guardia de emergencia, estaba Mariela y Ana (ginecólogas). Iban a tener un legrado a las 12:00. Los internos¹³¹ entraban y salían constantemente. Eran tres: Lucía, Malena y Daniel. Entraban los visitadores médicos, hablaban de sus hijos, novios, exmaridos, perros... ¡De todo! Son muchas horas. Siempre alguien golpea la puerta y entra con un tema nuevo. No parece que hubiera pacientes en la sala contigua. [...]

Fui a la sala de emergencia y, cuando regresé, hablamos algo de los abortos.[...] Mariela fumaba por la ventana; Ana no fuma y no le gusta. El televisor, permanentemente prendido, sin que nadie le prestase atención. La residente —médica de familia— entra con mucha frecuencia a realizar consultas de todo tipo. Los internos continuaban yendo y viniendo de la sala de emergencia al cuarto de guardia, [...] siempre con preguntas; Mariela y Ana respondían, pero no iban a ver a los pacientes. Una de ellas iba a realizar el legrado de una paciente que había ingresado con un aborto en curso. [...]

La nurse de guardia también va al cuarto, muestra fotos del cumpleaños de su nieto, conversan un poco sobre temas domésticos.

130 Centro de Tratamiento Intensivo, donde se atienden los enfermos de mayor complejidad. También existen cti intermedios, a donde son derivados los pacientes una vez que superan el estado crítico.

131 Los internos son estudiantes de Medicina, que deben realizar prácticas, por lo que están un tiempo breve en cada lugar.

Las mujeres en la sala de emergencia son atendidas por la residente y los internos; las dos ginecólogas de guardia supervisan (diario de campo, emergencia, enero de 2006).

Este fragmento del diario de campo es similar a muchos otros: cambian las personas,¹³² pero se mantiene la dinámica. Es notoria la distancia entre los ginecólogos de guardia y las mujeres que ingresan a urgencia. Los intermediarios son los residentes e internos, quienes lidian con las pacientes. Cuando no hay pacientes con situaciones complicadas, la cotidianidad del cuarto de guardia se caracteriza por conversaciones informales.

Aunque algunos internos mostraron diferencias e incluso descontentos respecto a ciertas actitudes de los ginecólogos de guardia, existe una aceptación implícita de las reglas de juego. Ginecólogos, residentes e internos comparten un mismo *habitus* al cual podríamos denominar *habitus médico*.

La homogeneización objetiva de los *habitus* de grupo o de clase, que resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, es lo que hace que las prácticas puedan estar objetivamente concertadas, sin cálculo estratégico alguno ni referencia consciente a una norma, y mutuamente ajustadas *sin interacción directa* alguna y a *fortiori*, sin concertación explícita (Bourdieu, 2010: 101).¹³³

Las relaciones jerárquicas conforman un grupo definitivamente estratificado: cada uno actúa de la manera correspondiente a su estatus. Basan sus interacciones en el conocimiento de lo que se espera de cada uno de ellos. Estos vínculos, decididamente asimétricos, alcanzan la relación *médico-paciente* y, por extensión, la relación *institución médica-población*; todo esto llevado a cabo naturalizadamente.

La mayoría de las pacientes en la sala de emergencia están por problemas con sus embarazos o porque están para parir.

Hay una mujer sentada que vino al hospital porque dice que tiene contracciones. La revisaron y le dijeron que aún faltaban varios días para el parto. No quiere irse, dice que no tiene plata para el boleto, pero que además en su casa hace mucho frío (diario de campo, julio de 2007).

Hoy, la sala de emergencia está llena, no alcanzan las camas. Los residentes van de una mujer a otra. En un momento, quedo controlando el tiempo de las contracciones de una mujer, cuya fecha de parto se le adelantó (diario de campo, abril de 2006).

En las salas de internación, cada mujer ocupa una cama y parece construir su mundo en ese breve espacio. Al lado, otra con su historia y su realidad.

La mayoría cuenta con acompañantes mujeres (no permiten varones para no violentar a las otras pacientes). Estas son quienes llaman a la nurse si la paciente la necesita, y las ayudan a levantarse, a higienizarse, es decir, cumplen un papel central.

132 Las guardias son de 24 horas y hay siete turnos a la semana.

133 Itálicas en el original.

En las recorridas de cambio de guardia, cada ginecólogo va rodeado de un grupo de residentes. Se detienen en cada cama y el ginecólogo explica la dolencia de la mujer. A veces, la saludan, pero rara vez le preguntan cómo se siente (excepto si es preciso para el diagnóstico) o le dicen algo que implique otro tipo de acercamiento.

Los cuartos médicos, contiguos a los pabellones donde están las mujeres internadas, presentan una dinámica similar al de guardia de emergencia. Allí, están los ginecólogos de guardia, la partera y los residentes. El personal de enfermería está en otra sala.

Llego cerca del medio día. Todo bastante similar a otros días, pero con otra gente. Rotan diariamente: los residentes, los ginecólogos de guardia del MSP, los ginecólogos grado 2 de FM,¹³⁴ también las parteras. Estaba tranquilo. Había un parto, aparentemente sin ningún inconveniente. Como es habitual, eran los R1¹³⁵ quienes corrían de un lado para otro, asegurándose de que todo estuviera en orden con el parto y con el resto de las mujeres internadas. [...] Converso largamente con la partera, que mira por la ventana sin prestar mucha atención a lo que sucede alrededor. Le pregunto su posición respecto al aborto. Me cuenta que vivió 17 años en Israel (donde el aborto es legal) y que tiene una postura eugenésica. Ella afirma que debería ser obligatorio el test (amniocentesis, etcétera). Si hay incompatibilidad con la vida o si es Down o tiene otro tipo de discapacidades, habría que interrumpir. Largo rato explicándome por qué no debía haber discapacitados. Estábamos solas, por lo tanto, nadie interrumpió su planteo, muy radical, por cierto. Puso muy en claro que está a favor de la ingeniería genética. Llego gente y se calla. [...]

Entra una R3, ya en sus últimos meses de embarazo (y también de residencia). Viene de hacerse la eco: es varón. ¡Gran alboroto! Risotadas, hablan del «pito» en la ecografía y eso les causa gracia. La partera no participa. Mucha compinchería entre los R2 y R3. Conversan. Una sale a hacer unos mandados, los otros la cubren. Los R1 son los que changan más, están siempre corriendo. Una R1 comenta que en la noche anterior no durmió más de una hora, que está exhausta, deseando que termine su guardia.¹³⁶ Otro no para, casi no interactúa con el resto de la gente de la sala de guardia, no tiene tiempo (diario de campo, sala de guarida, enero de 2006).

La dinámica en las guardias pone en evidencia la jerarquía entre los distintos estratos médicos. El personal de MSP interactúa con los docentes de la Facultad de Medicina. Entre estos, los grados 2 son el cargo docente más alto que hace guardias, y en caso de complicaciones, recurren a grados superiores¹³⁷

134 Facultad de Medicina. Recordemos que se trata de un hospital del MSP, donde se alojan algunas de las cátedras de Ginecología de la Facultad de Medicina.

135 R1 refiere a los residentes de primer año. Son tres años de residencia. En la jerga, se denominan R1, R2 y R3, según el año que estén cursando.

136 Las guardias son de 24 horas.

137 La escala jerárquica dentro de la Universidad va de grado 5 —el más alto— a grado 1, el más bajo al que se puede acceder siendo aún estudiante.

que están de retén.¹³⁸ Cada grado 2 tiene a su cargo un pequeño grupo de residentes (R₃, R₂ y R₁) que lo acompañan en las guardias. Estos constituyen cuatro estamentos, cada uno con autoridad sobre los inferiores. Al ser la ginecología una especialidad quirúrgica, los residentes intentan participar del mayor número posible de intervenciones, no solo para adquirir práctica, sino también porque es más prestigioso operar que atender en policlínica.

Existe una distinción marcada entre el estatus de las parteras y el de los ginecólogos. El cuarto de guardia de enfermería está en otro lado, por lo que no tienen mucho contacto unos y otras. El lugar de sociabilidad es el comedor. Allí, van todos; en algunos casos, se quedan conversando, dependiendo del estado de las pacientes internadas.

Policlínicas barriales

Las policlínicas barriales en zonas pobres donde realicé el trabajo de campo guardaban semejanzas entre sí. Estaban rodeadas de asentamientos, y en algún caso, en medio de una «zona roja», según denominación del Ministerio del Interior de acuerdo al índice de criminalidad. Contaban con los servicios básicos y con atención gineco-obstétrica, pediátrica y médico de familia; alguna ofrecía más servicios. A diferencia de la dinámica en el hospital, en las policlínicas, el vínculo con las usuarias era personalizado. Pude observar constantes actitudes serviciales que mostraban paciencia y buen humor, tanto por parte del personal técnico como del administrativo.

La consulta de asesoramiento

Las consultas de asesoramiento pre- y post-aborto se realizan en dos modalidades. En el CHPR, existe un Servicio de Asesoramiento al que acuden exclusivamente las mujeres que quieren interrumpir sus embarazos o que ya lo han hecho. En las policlínicas públicas barriales, la consulta de asesoramiento se efectúa en el marco de la consulta ginecológica general. Estos dos modos presentan particularidades que son propias de la dinámica de la sala de espera y de la consulta en sí misma.

En el primer caso, la sala de espera se constituye en parte de la consulta por la dinámica de las mismas mujeres. En la otra modalidad, la sala de espera alberga mujeres que van a la consulta ginecológica por cualquiera de los motivos posibles, por lo que nadie sabe si alguna de ellas va procurando asesoramiento para interrumpir su embarazo.

En cuanto a la consulta, en la primera situación, el ginecólogo no tiene conocimiento previo de las mujeres, pues solo hace asesoramiento. En la otra, la mujer es su paciente, por lo que la conoce bien, pero tiene poca experiencia en asesoramiento.

138 Estar a disposición.

En virtud de la ausencia de sanción para quienes no ponían en práctica la ordenanza 369/04 que incluye el asesoramiento pre- y post-aborto, su aplicación era discrecional. Solo algunas policlínicas públicas lo habían instaurado como norma, y en las IAMC, quedaba a criterio del ginecólogo. Recién en enero de 2011 se aprobó la obligatoriedad de su aplicación, al quedar integrada en la ley n.º 18.426.

Sala de espera en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR

El trabajo de campo mostró que la consulta de asesoramiento comienza en la sala de espera. Coinciden, en ese espacio, mujeres provenientes de distintos sectores socioeconómicos: mujeres pobremente vestidas, otras cuya vestimenta denota un estrato social más alto, jóvenes *dark* y mujeres vestidas muy formalmente. La mayoría arriba con su decisión ya tomada. Al llegar, se encuentran con otras mujeres que están en su misma situación. Algunas van a la consulta previa; otras están para la consulta post-aborto, así que les cuentan su experiencia a las novatas. Unas cuantas mujeres no logran abortar después de la primera dosis de misoprostol, por lo que regresan. En la sala de espera, se juntan, entonces, mujeres que van a la consulta previa, otras que están en el proceso de abortar y, finalmente, otras que ya abortaron. Al llegar, se reconocen, se saludan afectuosamente, conversan animadamente entre ellas. En ocasiones, la sala de espera se convierte en un lugar de encuentro de amigas. Se juntan a conversar y las que van por primera vez reciben asesoramiento (de los procedimientos para abortar y de las lógicas institucionales) de parte de las otras mujeres. Hay un intercambio de experiencias y relatos de vida. Con frecuencia, forman una rueda, sentadas algunas en los bancos, otras en el suelo. No hay diferencia con una rueda de amigas: superponen sus voces, hay risas y también intentos de contención cuando alguna se mostraba angustiada.

Por momentos, lo que acontece entre las mujeres que están en ese espacio-tiempo, acotado y específico, podría asimilarse al *communitas* (Turner, 1982). Ellas parecen abandonar las constricciones normativas que en su vida cotidiana las hacen cumplir determinados roles y estatus. En esa circunstancia, la estudiante de arquitectura es igual a la ama de casa, madre de tres hijos. Sus atributos sociales quedaron en suspenso y hay una liberación de capacidades cognitivas, afectivas, volitivas y creativas que les permite entablar una relación diferente entre ellas, una relación honda en un tiempo limitado.

Hay dos mujeres (A y B) conversando: una de unos 35 años; la otra alrededor de 22 o 23. Llega una tercera (C) de entre unos 26 o 28 años, con la ecografía en mano. Se saludan amistosamente. Sus apariencias son algo dispares: la que llegó con la ecografía está de trajecito, muy formal; las otras están de vaqueros.

A: ¿Y? [*Le pregunta señalando la ecografía.*]

C: ¡Ocho semanas!

B: Estás bárbara, te van a hacer efecto las pastillas y, si no te hacen de entrada, como a mí, ¡igual estás a tiempo!

C: ¿Vos seguís sin haber podido...?

B: No, ahora ya... ¡¿No me ves la cara?! Mi hermana me acompañó, fue feo... Pero bueno, ¡ya está! Mi marido no quiso estar, me dijo que le daba cosa. ¡Tampoco se animó a entrar cuando tuve a los chiquilines!

A: Pah, los hombres, nunca se sabe... Mi novio fue a conseguirme las pastillas: parece que es más fácil que se las vendan a un tipo, parece que, así, al farmacéutico no se le ocurre que es para abortar. Él dice que me va a ayudar a ponérmelas y todo... Vamos a ver, no sé... Estoy medio asustada; vos es distinto porque tuviste partos... A mí me da miedo todo esto... [...]

[*Siguieron hablando de sus miedos, sus compañeros, sus vidas.*] (Diario de campo, mayo de 2006)

Las mujeres se miran, se entienden y actúan unas con otras prescindiendo de mediaciones. Es una confrontación total e inmediata de identidades, un estilo más profundo que intenso de interacción personal, con algo de mágico. *Communitas* refiere a un punto donde se dejan atrás los grupos de pertenencia, sean familia o grupos de pares. Estas mujeres están transitando un momento en sus vidas que —independientemente de su voluntad, ya que ninguna eligió embarazarse para abortar— cambia radicalmente su estar en el mundo, ya que deben tomar decisiones y llevar a cabo acciones que no estaban en sus planes. Cuando están en la sala de espera, especialmente cuando aguardan la consulta de asesoramiento preaborto, están en una situación entre dos tiempos y deben atravesar un umbral, donde, en palabras de Turner (1982), el pasado está momentáneamente suspendido o derogado, mientras que el futuro aún no ha comenzado, por lo que hay un estado que ya no se quiere que continúe, pero no se sabe lo que será.

Puede considerarse algo forzado asimilar la sala de espera al *communitas*; sin embargo, creo que heurísticamente proporciona una posibilidad de entender esa apertura y ese encuentro entre las mujeres de manera más comprensiva.

Las mujeres van tramando redes y compartiendo sabidurías. En ese proceso, desdramatizan el momento vital que están atravesando.

No todas están en igualdad de condiciones. Para algunas, el embarazo es no viable, mientras que para otras se trata de un embarazo no conveniente, es decir, prefieren no continuarlo, pero no lo viven como no viable. La mujer A va a su primera consulta ya con un embarazo avanzado: demoró en hacerse el test para confirmar su sospecha. Contrariamente a lo que puede suponerse, este comportamiento resultó ser relativamente frecuente. Dilatar la realización del test de embarazo les permite evitar enfrentar el problema. Luego, ya es demasiado tarde para poder tomar una decisión, por lo que la dejan por fuera, no se hacen cargo de ella. El embarazo, entonces, deberá continuar porque no les fue posible hacer nada.

En la sala de espera, es habitual que alguna mujer esté vendiendo misoprostol. Generalmente, ese es el mecanismo seguido, es decir, ella tomó y le sobraron, por lo que va ahí para venderlos. En otros casos, hay números telefónicos de celulares de gente que tiene. Asimismo, se dan sus números telefónicos unas a otras

para quedar en contacto y avisarse dónde se consiguió misoprostol o compartir la compra. Así es que muchas mujeres, al retirarse de la policlínica de asesoramiento, ya iniciaron el camino para obtener el misoprostol.

La consulta de asesoramiento en el CHPR y en las policlínicas barriales

La situación de consultorio es, ante todo, un vínculo social basado en la interacción cara a cara entre el ginecólogo y la consultante. En tanto dicha relación es el prototipo de interacción social (Berger y Luckmann, 1984), en ella, la realidad es contundente. El análisis de las interacciones en la consulta permite observar el juego de las conexiones de poder, así como los estereotipos que se manifiestan, los miedos y las incertidumbres.

Cada persona hace una presentación de sí misma ante el otro, en la que ese *sí mismo* es el resultante de lo que quiere mostrar y de lo que cree que el otro quiere encontrar, a lo que se le agrega la valorización que aspira recibir. Ambos están socialmente pautados; no obstante, existen múltiples elementos provenientes de la subjetividad de cada individuo. Los «esquemas tipificadores» (Berger y Luckmann, 1984) permiten aprehender a la otra persona en la situación cara a cara. La mujer consultante ha elaborado dicho esquema del ginecólogo y, por lo tanto, se presenta a sí misma para interactuar con esa tipificación; del mismo modo los proveedores de salud han elaborado otros de las consultantes y se presentan a sí mismos de acuerdo a estos. La noción de esquemas tipificadores facilita la comprensión sobre la manera en que la realidad social es internalizada por los individuos de forma genérica. Ante una relación cara a cara, aun antes de conocerse, se atribuyen unos a otros ciertas características, según el rol que desempeñan y el estatus que ocupan. Eso le permite a cada uno de los miembros evaluar la posible circulación de poder que se desarrollará en la interacción que se está llevando a cabo.

En Uruguay, los médicos gozan de prestigio social, y así es percibido por todas las mujeres entrevistadas. En lo que hay discrepancias es en la autoridad que le confieren. En tanto que para algunas el saber médico goza de gran autoridad, incluso autoridad moral, para otras, ir a la consulta de asesoramiento es simplemente un trámite para asegurarse de que su aborto no le dejó secuelas. Estas conceptualizaciones diferentes sobre el ginecólogo corresponden a distintos esquemas tipificadores. Asimismo, los ginecólogos entrevistados presentaron distintos modelos de usuarias. Varios distinguían a «las mujeres del Pereira» de las «pacientes de la mutualista». Hay una doble diferenciación: una se refiere a las mujeres en sí mismas, y la otra, al vínculo con ellas. «Las mujeres del Pereira» son descritas como «pobres, sin cultura, [que] les cuesta entender [y] están llenas de hijos», mientras que «las de la mutualista», como «iguales a uno; te encontrás con compañeras del liceo», lo que significa que son de capas medias, con nivel de educación secundaria completa, como mínimo. Quienes hacían esta distinción destacaban la salvedad de que a las policlínicas de asesoramiento del CHPR va todo tipo de mujer. En cuanto al nexo, «las del Pereira» son circunstanciales,

por lo que no hay un conocimiento personalizado; «las de la mutualista» son constantes, lo que permite el desarrollo de un lazo. Estas definiciones de mujeres conducen a la elaboración de tipificaciones diferentes.

En un mundo de encuentros sociales, donde la persona no tiene otra alternativa que participar en los contactos con los otros, cada uno se presenta con una cara —valor social positivo que una persona reclama efectivamente para sí— y la manifiesta a través de la línea —esquema de actos verbales y no verbales por medio de los cuales expresa su visión de la situación y la evaluación de los participantes (Goffman, 1970). He seguido a Serrana Mesa y Mariana Viera (2004) en relacionar la noción de «predeterminantes para la interacción», tal como la plantea Goffman con el concepto de *habitus* de Bourdieu, en tanto disposición para la acción que tiene un individuo a partir de la particular manera en que ha internalizado estructuras sociales objetivas. De modo que aplicar la idea de *habitus* para observar interacciones cara a cara, como el caso de la interacción en el consultorio, permite tomar en cuenta la articulación entre las condicionantes macroestructurales con la capacidad de agencia por parte de los individuos. Se introduce, así, la noción de campo (Bourdieu, 2002) que complementa la de *habitus*.

En la interacción entre ginecólogo y usuaria, cada uno se presenta a sí mismo con una cara, resultado, en parte, de la internalización realizada a través del proceso de socialización, la cual integra su mundo de sentidos compartidos con el resto de la sociedad. Tanto el ginecólogo como la consultante son agentes (no reproductores pasivos de aquello que la sociedad les ofrece), por lo tanto, pueden establecer cambios a través de sus interacciones.

Las acciones que se desarrollan dentro del consultorio poseen características que lo asemejan a un rito, especialmente en el sentido que le da Edmund Leach (1977) como comportamiento estereotipado, potente en sí mismo en términos de convenciones culturales que siguen los actores. Sirve, por consiguiente, para comunicar información sobre algunos elementos valiosos para la cultura en cuestión. Sobre esta definición, Victor Turner (1982) llama la atención en cuanto a que el rito es fundamentalmente una «performatividad», no una puesta en acción o una actualización de determinadas reglas, sino que dichas reglas enmarcan el proceso ritual, pero este trasciende aquel marco. Este acto o «actuación» es consumir algo, llevar a cabo un proyecto, el cual, según Turner, siempre puede generar algo nuevo. La «performatividad» transforma el acto mismo, es decir, el ritual. Si bien está enmarcado en las reglas, el flujo de esta acción puede conducir a *insights* diferentes y aún producir nuevos signos de significado, que pueden ser incorporados en actuaciones posteriores (Turner, 1982: 79). Mi experiencia de observar varias consultas me dirige a compartir la idea de ritual aplicada tal como la define Turner. Ginecólogo y consultante, cada uno, desde y a través de su *habitus*, lleva adelante una «performatividad» —enmarcada en reglas— que modifica ciertos sentidos en uno y otra.

En la Policlínica de Asesoramiento,¹³⁹ cada ginecólogo tiene su estilo. Algunas ginecólogas se presentan antes de comenzar a atender. Llamam por su nombre a las mujeres, a quienes reciben en la puerta con amabilidad, dándoles un beso. Los ginecólogos varones no se presentan a sí mismos antes de comenzar: la mayoría llama por el número y las recibe amablemente, dándole la mano.

Una vez puertas adentro, se sientan uno frente a la otra con un escritorio entre ambos. Durante la consulta, se introducen una serie de tópicos sobre los cuales se intercambia información, cada uno desde su lugar. La usuaria llega con un planteo que no siempre puede verbalizar. A veces, está muy angustiada; otras, las conversaciones con las otras mujeres en la sala de espera le proporcionaron las herramientas para presentarse de manera más firme.

Se reitera una y otra vez la coreografía del ritual. En el caso de los ginecólogos, pude observar —tanto en la consulta como en conversaciones informales— modificaciones en los sentidos atribuidos a la práctica y al evento que tiene lugar en el consultorio. La «performatividad» transformaba el acto mismo.

Analicé el material proveniente de la observación y grabación de las consultas, procurando encontrar quién marcaba el ritmo en la conversación, la construcción del otro y de sí mismo y las reglas en juego.

Fragmento de consulta en la Policlínica de Asesoramiento:

—¿Años?

—3 2.

—¿Hijos?

—4.

—¿Partos?

—4.

—¿Pareja?

—Sí.

—¿Es el papá de este bebé?

—Sí.

—¿Te acompañó?

—[*Silencio*] Se quedó durmiendo [*silencio*]; él tiene problema de drogas.

—¿No querés este embarazo? [*Pregunta en tono afirmativo.*]

—[*Silencio, hace seña que no con la cabeza.*]

—¿Por qué quedaste embarazada?

—Estaba dando teta.

—¿Cuánto tiene?

—Un año y 4 meses.

—¿Y quién te dijo que al año y medio hay que darle teta?

—[*Silencio*] Con la niña no quedé.

—¿Pero no consultaste ningún ginecólogo?

—No, no.

139 Como en este apartado trato de manera conjunta las consultas de asesoramiento pre- y post-aborto, realizadas en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR y en las policlínicas barriales, cada vez que mencione *Policlínica de Asesoramiento*, será la del CHPR, y utilizaré *policlínicas generales* o *consultas generales* para referirme a las policlínicas barriales.

Todo fue dicho con amabilidad y calidez, aunque rara vez el ginecólogo miraba a la cara a la mujer. Luego, en el ejemplo particular de la consulta transcrita, comenzó la parte informativa sobre el aborto y el uso del misoprostol. Este fragmento muestra un diálogo muy común en la situación de consultorio. Si bien, en este caso, la mujer no estaba totalmente convencida de abortar y, por ello, estaba especialmente parca,¹⁴⁰ el diálogo es muy similar a otros.

El ritmo de la conversación fue impuesto por el ginecólogo, en el que prevaleció la modalidad interrogativa, común en consultas médicas (Parras y Rance, 1997; Mesa y Viera, 2004). Esta modalidad permite al ginecólogo permanecer con el control del intercambio lingüístico: él construye el orden del discurso y tiene el poder sobre los tópicos. La mujer está limitada, su narración es cortada. En el fragmento transcripto cuando comienza a relatar el problema de su marido, el ginecólogo la interrumpe para continuar su interrogatorio.

Fragmento de consulta en la Policlínica de Asesoramiento:

—¿Tenés hijos?

—[*Asiente con la cabeza.*]

—¿Cuántos?

—Tres.

—¿Cuánto tiene el menor?

—5 años.

—¿Partos?

—Tres cesáreas.

—¿Pareja?

—Sí.

—¿Es el papá?

—Sí.

—¿Te acompañó?

—No.

—¿Qué pasa, no querés este embarazo?

—No es tanto eso, sino que...Con tres cesáreas, no me animo...

Entonces, vine acá para que me ayuden. Para mí, este es un hijo más, pero me da mucho miedo, tengo tres hijos a los que tengo que cuidar. Mi compañero no es el papá de mis hijos, él quiere que siga adelante con el embarazo, pero, ¡pienso en mis hijos! (ginecóloga con mujer de 32 años).

Dos semanas después, vuelve la misma mujer al consultorio, a su consulta post-aborto.

—¡Hola!, ¿cómo estás?

—[*Sonriente*] Aliviada, doctora. Ya pasó todo. Mi compañero piensa que fue espontáneo, incluso estaba conmigo cuando aborté. [...]

—¡Me alegro [de] que te sientas bien! Ahora hay que pensar cómo evitar que esto vuelva a pasarte.

140 Antes de pasar a la consulta, yo la había entrevistado. Estaba angustiada: ella no quería abortar, pero veía imposible tener otro hijo con su marido, que estaba en una situación de consumo problemático de pasta base de cocaína, quien ya le había vendido todas las pocas pertenencias y tenía momentos de violencia.

Acá, si bien la ginecóloga también controlaba la interacción lingüística, promovió el relato de la mujer, quien explicó los motivos por los cuales quería abortar y ocultárselo a su pareja.

En el primer caso, la mujer en situación de aborto pertenecía a un sector socioeconómico bajo y había acudido a la Policlínica de Asesoramiento por sugerencia de la partera del centro de salud donde se atendía habitualmente. Fue para que le solucionaran su problema, aunque, en realidad, su problema era su marido y no el embarazo. En el segundo, la mujer provenía de sectores medios y era empleada administrativa, sin estudios terciarios. Sabía de la existencia de la Policlínica de Asesoramiento, así que cuando se entera de su embarazo, se dirige inmediatamente, con una decisión tomada firmemente.

Fragmentos de consulta en la Policlínica de Asesoramiento:

—Escuchame, chiquita, ¿por qué no usaste condón? ¡Mirá todo lo que te hubieras evitado! [*Dicho amablemente.*]

—Yo qué sé, él no quería y bueno, no sé, no sé... Pero esto es horrible, horrible. ¡Por favor, ayudame! (ginecóloga con adolescente de 15 años).

—¿Cuántas pastillas decís que te colocaste?

—Y ahora ya llevo doce y nada, no pasa nada, ¡ya no sé qué hacer!

—Te voy a informar de nuevo el método, tal vez hay algo que no lo hacés bien (ginecólogo con mujer de 30 años).

Los diálogos actualizan la violencia simbólica porque los pensamientos y percepciones de los dominados están estructurados de acuerdo a las estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto (Bourdieu, 2000: 26). Las mujeres asumen para sí su lugar de subordinación y se comportan procurando que los ginecólogos actúen desde su lugar de mayor jerarquía, y una y otra vez desarrollan diversas estrategias para sacar provecho, sin interpelar las relaciones de dominación.

En los fragmentos transcritos, se observa lo que podríamos denominar como un traspies en la cara de las mujeres, aunque no llegan a perderla, mientras que el ginecólogo la mantiene sin problemas. El control del intercambio lingüístico parece actuar reproduciendo el *habitus* médico, fortaleciendo su lugar de poder frente a la mujer.

En los consultorios de la Policlínica de Asesoramiento, existe un triple eje de asimetrías y jerarquías entre el ginecólogo y las consultantes: saber/no saber, masculino/femenino y capital económico/no capital económico, que entra en juego durante la consulta. El estatus del ginecólogo es masculino, independientemente del sexo de la persona, por lo tanto, la voz ginecológica es masculina, es un decir masculino, que obedece a una disciplina androcéntrica. Aparece, entonces, en el *habitus* incorporado en unos y otras, lo que puede definirse como *habitus* de género. Las «mujeres pueden apoyarse en los temas de percepción dominante, lo que las conduce a concebir una representación muy negativa de su propio sexo» (Bourdieu, 2000: 27). En relación con el saber médico, no resulta apropiada la noción de «*habitus* asistencial autoritario» (Romero, 2003)

en esta circunstancia, ya que, si bien existe una jerarquía, no se ejerce de manera autoritaria. Los ginecólogos tienen una autoridad socialmente legitimada (Barrán, 1992) con base en una política civilizatoria, que sostiene las relaciones jerárquicas entabladas con las usuarias.

En las policlínicas barriales periféricas, la ordenanza 369/04 se aplicaba en las consultas ginecológicas generales. A la sala de espera —con mayor o menor privacidad—, según la policlínica, concurrían mujeres con finalidades diversas. Muchas de ellas se conocían por vivir en la misma zona. Sus hijos entraban y salían, especialmente en una situada al lado de la escuela. Las temáticas y el ambiente de la sala de espera son totalmente diferentes al de la Policlínica de Asesoramiento del HM. No se evidencian ninguno de los fenómenos que la asimilarían a un *communitas*. Los ginecólogos tienen un mayor conocimiento de la población, lo cual repercute en las consultas y hace que sean más personalizadas que las del hospital.

—¡Hola, Laura!, ¿cómo estás? Sentate. ¿Ya conocés a Susana, que está trabajando con las mujeres que vienen a la policlínica, los embarazos, abortos y todo eso?

—Sí, ya la vi el otro día.

—¿No te importa que se quede a la consulta? Si en algún momento querés que se vaya para quedar conmigo a solas, me decís que no hay ningún problema, ¿'ta?

—¡Qué problema voy a tener, ninguno!

—¿Qué te pasa?

—¡Que hace más de un mes que no me viene! [*La ginecóloga abre los ojos demostrando sorpresa, a la vez que complicidad.*]

—Hacemos un evatest ¡ya! y salimos de dudas.

[La ginecóloga llama a la enfermera y le da las instrucciones.]

En otra policlínica:

—Los gurises, ¿todos bien?

—Sí, los gurises todos bien, en la escuela, haciendo travesuras.

—Y vos, ¿cómo estás?

—Y... El otro día vino el Pedro a casa, yo no quería saber nada... Pero terminamos teniendo relaciones.

—¿Y no se cuidaron? ¿Condón?

—No, nada... Y me parece que me dejó regalito... Y yo si algo sé, es que más gurises no puedo tener.

En los dos fragmentos descritos, se observa la confianza entre las consultantes y las ginecólogas. El lenguaje que utilizan las profesionales es más llano, pero estas poseen un interés en la usuaria en tanto persona a partir del conocimiento mutuo.

Aquí, también es la ginecóloga quien tiene el control del intercambio lingüístico; sin embargo, el cambio de turnos se realiza fluidamente. No hay una neta modalidad interrogativa, sino que algunas preguntas están destinadas a facilitar el relato de la consultante.

La mayor diferencia entre las consultas de la Policlínica de Asesoramiento y las de las policlínicas generales es que en estas últimas existe un vínculo establecido entre la mujer y el ginecólogo. Además, como no sabe el motivo de la consulta, debe indagar de manera amplia, a diferencia de los otros ginecólogos que directamente aplican el protocolo al inicio de la consulta.

Mesa y Viera (2004) señalan que, en las consultas generales de ginecología que presenciaron, las usuarias tenían especial cuidado en ofrecer al médico toda la información que poseían, para la cual le proporcionaban el papel escrito por el médico con quien consultaron anteriormente. Lo mismo sucede con la entrega de resultados de análisis o placas. El cuerpo de la mujer y sus vivencias quedan desdibujados. Las ambigüedades de la narración de las mujeres se oponen a la precisión necesaria para sus diagnósticos, y dicha precisión de los diagnósticos viene de la mano de los exámenes paraclínicos, placas y ecografías, no de su relato. Así, en la Policlínica de Asesoramiento, la ecografía para verificar el tiempo de gestación tiene un papel central al momento de asesorar. La persona queda por detrás de la enfermedad a la cual se asimila el embarazo; el rol protagónico le corresponde al padecimiento, al órgano, pero nunca a la persona embarazada.

En las consultas, los ginecólogos presuponen que un embarazo es el resultado de una relación estable:

Lo que sí me dio vergüenza, me dio vergüenza decirle al médico cuál era la situación, o sea, entonces, le inventé un novio que estaba trabajando afuera, yo qué sé... (Graciela, sector socioeconómico medio).

Los médicos ignoran la posibilidad de distintos compañeros sexuales para una mujer. Por lo tanto, no contemplan la posibilidad de un embarazo fuera de la relación estable ni, por consiguiente, de abortos para encubrir esas relaciones (Parras y Rance, 1997, también lo constatan en Bolivia).

En la consulta ginecológica, las relaciones de género, caracterizadas por la jerarquía que implica el eje de dominación-subordinación, se actualizan en diversas narrativas y prácticas, con independencia de la intensidad explícita del ginecólogo.

El proceso del aborto voluntario puede entenderse como un «drama social» (Turner, 1982), en el que la «ruptura», es decir, lo que interrumpe el devenir, es la falta de la menstruación, el tomar conocimiento de estar frente a un embarazo no esperado. La «crisis» corresponde a la etapa en que no se sabe qué hacer, en la que la mujer está, de algún modo, desesperada, perturbada, y es el momento en que el embarazo inesperado pasa a ser no viable, para lo que la mujer intenta buscar soluciones, por un lado, y por otro, no sabe qué camino seguir, porque todo son dudas. La «recomposición» sería la realización del aborto propiamente dicho, es decir, cuando se lleva a cabo la acción que da la ilusión de volver a la etapa anterior, aunque ya es otra. Finalmente, está la «reintegración», en la que la persona vuelve a su núcleo de amigos, familiares y conocidos. La persona ya es otra y debería ser tratada como tal. Sin embargo, es muy probable que mantenga en secreto su aborto, por lo que es tratada como si nada hubiese sucedido.

Para el médico, también es un drama social. La «ruptura» corresponde a la toma de conocimiento del deseo manifiesto de la usuaria de interrumpir su embarazo. La «crisis» tiene que ver con su propia ambivalencia, la posible contraposición entre sus valores y los de la mujer, la posible interpelación a su práctica y a su subjetividad con independencia de su postura frente al tema. La «recomposición» puede asimilarse a la situación en que le brinda la información, ya que no puede practicarle el aborto. La «reintegración» atañe al momento en que el ginecólogo se reúne con sus colegas, lo que sería el «grupo estrella», en términos de Turner (1982). Todos los individuos pertenecen a algún grupo. Sin duda, los ginecólogos que participan en la propuesta de Iniciativas Sanitarias —o que se han acercado o decidido *motu proprio* aplicar la normativa— están vinculados por fuertes lazos, por lo que la confianza entre los distintos miembros constituye un elemento de unión y fortaleza. Participé de varias reuniones sociales con el pequeño grupo de ginecólogos que comenzó la experiencia. Algunos manifestaban sentirse bastante devastados por los casos que atendían (síndrome de *burnout*); otros se veían a sí mismos observados por los colegas, mezcla de sentimientos, pero en todos, el apoyo recibido por los miembros del grupo resultaba fundamental.

El momento de la consulta, ese algo espacial y temporalmente acotado donde se lleva a cabo el encuentro entre el ginecólogo y la usuaria, puede ser pensado como *illusio*, en términos de Bourdieu y Waquant (1992), porque en ella se realizan acciones enmarcadas en un juego social que tiene sentido para quienes están involucrados: mujer y ginecólogo. Las apuestas son importantes y dignas de ser emprendidas. Estas son: la mujer quiere llevar adelante su decisión de interrumpir su embarazo y recibir información al respecto o que le solucionen su problema, y el médico apuesta a que mejore la salud sexual y reproductiva de esa mujer, mediante la reducción de los daños provocados por el aborto inseguro. Cada campo, en palabras de Bourdieu, define una *illusio* específica como reconocimiento tácito del valor de las apuestas. En el caso de la consulta, las apuestas son lograr los objetivos mencionados tanto por parte de la consultante como por el ginecólogo. Al avanzar con la noción de campo aplicada al consultorio, se percibe que este no se entiende sin la existencia de agentes, quienes están conformados por el *habitus*. Tanto en el ginecólogo como en la mujer en situación de aborto, el *habitus* se encarna, se hace carne en la modalidad que adopta la interacción. El campo se define por unas estructuras sociales objetivas que claramente delimitan los roles de cada uno de los agentes, en este caso, de las personas que interactúan en el consultorio. En tanto agentes, poseen un *habitus* que es el lugar de la incorporación de lo social en el sujeto, de modo que sería una interiorización de la exterioridad; es la cultura en movimiento, no es una reproducción mecánica. El *habitus* médico tiene internalizadas determinadas estructuras que hace que los ginecólogos se definan a sí mismos en el campo como agentes poseedores de un capital simbólico, traducible en capital social y en conocimientos, todo lo cual hace que tenga poder sobre el cuerpo del otro, al estar en sus manos la solución de su problema. En el *habitus* médico, estas

estructuras que colocan al profesional de la salud en una posición jerárquicamente elevada están introyectadas como estructurantes a través de la práctica, la cual, tal como se vio anteriormente, se asienta en la solidez de las relaciones jerárquicas (grado 2 sobre R₃, este sobre R₂ y, por último, R₁). En la práctica médica, se reafirma el lugar de autoridad que el ginecólogo ejerce sobre colegas de linajes inferiores y sobre otros que no pertenecen al ámbito médico. Este es uno de los elementos que están incorporados en su *habitus* y que, por lo tanto, se pone en acción durante la consulta, aunque no lo reproduzca mecánicamente. Las posibles modificaciones se relacionan con el lugar que en cada uno de ellos ocupe el autoanálisis y la autorreflexividad respecto a su práctica, previa o contemporánea al momento de la consulta, de la manera en que cuestionen su quehacer implementando transformaciones en él, y paulatinamente así modificar su *habitus*. Al considerar que los individuos que están interactuando en la situación de consulta son agentes, no me resulta posible pensar la agencia en estas personas sin subjetividad. Para que exista una agencia, tiene que haber determinada reflexividad sobre la subjetividad propia, que hace que necesariamente se interpele el funcionamiento, se ponga en acción. Hay algo que no va a detenerse por sí mismo, como un embarazo, pero se puede interrumpir. El deseo por parte de la mujer de la interrupción y el del ginecólogo de que la mujer pueda llevar adelante su voluntad son instancias de las propias subjetividades que les permite ser agentes en ese proceso.

Mujeres, pacientes, casos: efecto *Rashōmon*

En este apartado, muestro las distintas versiones sobre un mismo hecho. Esto permite adentrarnos en las vivencias de los distintos agentes puestos en acción en la situación de aborto. La estrategia metodológica seguida, a la que denominé *efecto Rashōmon*,¹⁴¹ consistió en realizar breves entrevistas a distintos agentes involucrados en un hecho que estaba sucediendo en un lapso no mayor a una hora. Pretendí encontrar algo de la polifonía que caracteriza a los hechos sociales, mostrar la relatividad de las narrativas de los distintos agentes y, finalmente, la conflictividad inherente al rasgo de verdad adjudicado a los hechos.

Mujeres, pacientes y casos aluden a tres denominaciones con que diferentes agentes refieren a lo mismo. Yo misma —y aquí me coloco como agente que entra en interrelación con los demás— las denominé como mujeres. El personal médico de sala las llama pacientes, y, cuando las referencias acontecen en el ámbito de un ateneo, se las nombra como casos. El hecho fáctico es el mismo; la manera en que se lo aborda y se lo carga de sentido es diferente, lo que permite hablar de hechos distintos si se los considera como el resultado entre un fenómeno y la percepción de este.

141 Como ya se mencionó en el capítulo correspondiente a la discusión metodológica, el nombre está dado por la película de Akira Kurosawa.

Mujeres, pacientes, casos

Jennifer (17 años, sector socioeconómico bajo) va a la Policlínica de Asesoramiento porque está embarazada y no duda en querer abortar. Utilizó 26 pastillas de misoprostol. Cuando finalmente abortó, aparentemente le quedaron restos, por lo que va al CHPR a fin de que le completen el aborto. Arriba al hospital muy dolorida. Va a emergencia y la ingresan a sala para legarla. Acompañé parte del proceso de Jennifer, por lo que tenía gran familiaridad con ella y con su madre. También conocía a la R2 y al ginecólogo de la Policlínica de Asesoramiento.

Las versiones

JENNIFER: —Me duele mucho, me siento mal. Hace dos días que finalmente aborté. Era enorme, ¿verdad, mamá? Hace como tres horas que estoy acá, nadie viene a verme. Me duele... [*Quejándose.*] ¿Por qué me tiene que pasar todo esto? Me quiero ir a casa [*casi llorando*], me siento mal.

MADRE DE JENNIFER: —Pobrecita, ¡no sabes cómo está! Y todo esto sin que el padre se entere, porque sino, la mata. El hermano tampoco sabe. Vinimos acá; el novio la acompañó. La expulsión fue tremenda: sangró y sangró, ¡era grande! Decir que ella se colocó 26 pastillas; ¡semanas pasó intentándolo! Creo que tiene fiebre, pero no viene nadie. ¡Viste cómo se queja! Yo quiero que le hagan algo, tal vez todavía tiene restos, no sabés, ¡era grande! No sé al final de cuánto estaba, con eso de que no podía abortar.

R2 DE GUARDIA: —La chica rubiecita que entró hoy de mañana... Dice que se puso más de 20 pastillas. Cuando ingresó, estaba con chuchos; ahora está estabilizada. A las siete la vamos a legar. ¡Yo no puedo creer que se haya colocado tantas pastillas!

GINECÓLOGO DE LA POLICLÍNICA DE ASESORAMIENTO: —Sí, me enteré [de] que había ingresado. Nunca había visto algo así; venía resignada: se las colocaba y no pasaba nada. La legan hoy de tarde. Va a estar bien. (*Respondiendo mi pregunta.*)

Cuatro versiones transcritas muestran diferencias notorias, mientras que Jennifer y su madre están preocupadas porque nadie viene a verla ni le dice lo que le van a hacer. Tanto la R2 como el ginecólogo que la había atendido en las múltiples consultas preaborto muestran tranquilidad y confianza en que Jennifer va a estar bien. Es muy probable que se le haya informado acerca de la realización del legrado a las siete de la tarde. La circunstancia de nerviosismo, dolor y angustia posiblemente no permitió que asimilasen esta información. De parte de los equipos de salud, no se tomaron medidas para asegurarse de que la paciente entendiera lo que le iban a hacer.

El proceso continúa y, junto con él, los registros de las distintas narraciones. Jennifer no entendía lo que le sucedía. Había una escisión entre su *self* y su corporeidad. Esperaba que alguien le quitara el malestar, del mismo modo que durante un mes más o menos había estado intentando quitarse a *zef*, colocándose misoprostol. Cuando la llevan para realizarle el legrado, solo pide que todo

termine rápidamente, pues quiere volver a su casa y a su vida cotidiana previa al embarazo. Para su madre, la situación es vivida desde la misma perspectiva. Ambas quieren que todo vuelva a la normalidad, atravesar raudamente el «drama» (Turner, 1982).

El embarazo y el aborto de Jennifer le es ocultado a su padre. La preocupación de la madre por la salud de su hija se superpone a su preocupación por evitar que el padre sepa lo sucedido con Jennifer, pero, en el deseo de volver a la normalidad, ambos se unen. La situación da cuenta de la existencia de un control sobre el cuerpo y la sexualidad de Jennifer —al menos en el plano de sus manifestaciones públicas—; no se sabe hasta dónde este pudo haber influido en su decisión de abortar.

Los ginecólogos, por su parte, reparan solo en los aspectos estrictamente físicos; ignoran los secretos familiares. Nadie le preguntó si el proceso había sido doloroso o si estaba asustada. Las preguntas sobre los dolores estaban dirigidas estrictamente a la elaboración de un diagnóstico lo más ajustado posible a la situación actual. Nadie le preguntó cómo se sintió frente al producto de la expulsión. La ecografía mostraba el estado de su útero, por lo que no necesitaban el relato sobre sus sensaciones y dolores.

Días después, hubo un ateneo para presentar el tema del uso del misoprostol en interrupción de embarazos. En esa ocasión, Jennifer fue el caso de la adolescente que necesitó 26 pastillas para completar la expulsión de *zef*.

Parte 4

LAS POLÍTICAS DEL CUERPO
Y LA REPRODUCCIÓN

El cuerpo en disputa

El cuerpo de las mujeres fue controlado desde siempre y en todas partes, por ser, más que el cuerpo de los hombres, el locus de la reproducción
Ardailon, 1998b: 5.

Es un solo cuerpo el que se hace cargo de todos los efectos de la unión de dos sujetos. Es un solo cuerpo el que se hace cargo, en el parto, de la separación de dos cuerpos
Rosenberg, 1998: 58.

La urdimbre cultural del aborto se teje en distintos planos, pliegues sutiles, contradicciones y silencios, pero su territorio es siempre el mismo: el cuerpo de la mujer. Cuerpo en sentido estrictamente material (porque ese cuerpo, a diferencia del de los varones, es el que se embaraza y aborta) y también en tanto lugar de intersección de la trama material y simbólica del aborto, donde «se expresa toda la relación del mundo social y toda la relación socialmente instruida con el mundo» (Bourdieu, 1985: 61).

Los diversos modos en que el cuerpo es pensado, actuado, intervenido y hablado forman parte del núcleo central de operaciones simbólicas, a partir de las cuales se organiza y se otorga sentido a las acciones cotidianas y al entorno (Rohden, 2009). Esto implica tomar una actitud crítica hacia el dualismo *cuerpo/mente* y abreviar en aquellos teóricos que llevaron a cabo intentos por diluir la oposición. La noción de corporeidad¹⁴² (Csordas, 1990, 1994), asentada en el «estar en el mundo» de Merleau-Ponty, permite pensar el cuerpo como condición de existencia, en el que son múltiples las maneras de vivirlo y los estilos de objetivación corporal, asociados con las formas de entender la cultura (Csordas, 1994: 144, 145). Csordas rompe el dualismo *cuerpo/mente* con fundamentos en Merleau-Ponty y en Bourdieu. Para el primero, quien se centra en la percepción, el cuerpo es «una posición en relación con el mundo», mientras que la conciencia es el cuerpo proyectándose a sí mismo dentro del mundo. Para Bourdieu, enfocado en la práctica, el cuerpo socialmente informado es el «principio generador y unificador de toda práctica», y la conciencia es una forma de cálculo estratégico, fusionado con un sistema de potencialidades objetivas. Con esto, quiero acercar la noción de circulación entre el individuo y la sociedad: hay algo que fluye entre ambos y forma parte de la corporeidad.

La finalidad metodológica de Bourdieu es moverse más allá del análisis de los hechos sociales como *opus operatum* y arribar al análisis del *modus operandi*

142 Utilizo el término *corporeidad* en el mismo sentido de *embodiment*.

de la vida social. Para ello, su estrategia es quebrar las dualidades *mente/cuerpo* y *signo/significado* mediante el concepto de *habitus*, sistema de disposiciones duraderas, el cual es un principio inconsciente inculcado colectivamente para la generación y producción de prácticas y representaciones (Bourdieu, 1977: 72). Csordas encuentra una gran potencialidad en esta definición al aplicarla a su «paradigma de corporeidad» y al asociarla con los contenidos psicológicamente internalizados del «ambiente comportamental».¹⁴³ El *habitus* no genera prácticas asistemáticamente o al azar, porque existe

un principio generador y unificador de todas las prácticas, el sistema de estructuras evaluativas y cognitivas inseparables, el cual organiza la visión del mundo de acuerdo a las estructuras objetivas de un estado determinado del mundo social; este principio no es otra cosa que el *cuerpo socialmente informado* con sus gustos y disgustos, su compulsión y repulsión, en una palabra, con todos sus *sentidos*, esto es decir no solo los cinco sentidos tradicionales que nunca escapan a la acción estructuradora de los determinismos sociales [...] (Bourdieu, 1977: 124).¹⁴⁴

Su cuerpo, condición de existencia, es el campo de la percepción y la práctica. No solo es el *locus* donde objetivamente se produce el aborto, sino donde se lo experiencia y percibe. El cuerpo, entonces, puede considerarse acción y movimiento, nicho de sentidos y significados.

En otro orden, el cuerpo de las mujeres constituye la marca de la subordinación, en tanto anclaje de la asociación entre la mujer y la maternidad como destino. Esto no significa adoptar una postura esencialista o ahistórica. Por ello, el cuerpo de las mujeres es eminentemente un espacio político (Maffía, 1992; Ciriza, 2002b; Tamayo, 2001).

En el momento en que una mujer en situación de aborto entra en contacto con una institución médica, su cuerpo se convierte en un cuerpo en disputa. Uno es el cuerpo vivido, experimentado por las mujeres; otro, el cuerpo observado, estudiado, intervenido por los profesionales de la salud. Luego, también otros son los cuerpos hablados desde el Estado.

El cuerpo para las mujeres

Los abortos suceden en un territorio femenino, en el cuerpo de las mujeres. En las prácticas y representaciones femeninas respecto al aborto (y, por lo tanto, a la sexualidad, el embarazo y la anticoncepción), el cuerpo ocupa un lugar central en tanto matriz de significados y *locus* de experiencia y conocimientos. La búsqueda de sus sentidos forma parte del significado del aborto para las mujeres. A fin de rastrear el cuerpo de las mujeres, analicé el lenguaje utilizado en sus

143 En el sentido que le da Alfred Irving Hallowell, quien toma el concepto prestado de la psicología gestáltica para aproximarse al contexto en el cual la práctica tiene lugar (Hallowell, A. Irving, 1955, «The Self and Its Behavioral Environment», en Hallowell, A. Irving, *Culture and Experience*, citado por Csordas, 1990).

144 Original en inglés.

entrevistas y conversaciones informales, los dibujos de su cuerpo que les solicité que hicieran y las narraciones de procedimientos que realizaron.

El cuerpo en palabras

Emily Martin (1987) mostró que el análisis del lenguaje vulgar permite identificar ciertas metáforas que estructuran la manera en que pensamos, hablamos y actuamos.¹⁴⁵ Aplicándolo a las entrevistas y los diálogos escuchados durante mi trabajo de campo, llegué a algunas conclusiones semejantes a las de Martin:

— El cuerpo es algo que las mujeres tienen y el cual muchas veces deben soportar. Hay una escisión entre el sujeto *mujer* y el cuerpo. Los exámenes ginecológicos periódicos les provocan malestares, en ocasiones, dolores, pues son invasivos; sin embargo, no se rebelan contra la manera en que son efectuados, sino contra su cuerpo de mujer que las obliga a realizarse dichos exámenes;

— El cuerpo debe ser controlado o cuidado por los médicos. En varios pasajes, las mujeres mencionaban expresiones que denotaban sentir que ellas no eran capaces de cuidar y controlar su propio cuerpo. Algunas mujeres se sentían avergonzadas de sí mismas frente al ginecólogo por estar embarazada y no haber llevado a cabo las instrucciones que él le diera respecto al uso de anticonceptivos. Para algunas de ellas, realizarse una cesárea era considerada una garantía: la intervención médica aseguraba el nacimiento adecuado del hijo. Algunas parecían convencidas de que el monitoreo externo constante sobre su cuerpo, especialmente sobre los órganos del aparato reproductivo, es sinónimo de responsabilidad. En tanto se trate el cuerpo femenino como inherentemente disfuncional, será necesario mantener la dependencia de la autoridad médica (Davis-Floyd y St. John, 1998);

— No confían en sí mismas para dar cuenta de su propio cuerpo, lo cual se relaciona con la necesidad del monitoreo. En las consultas, principalmente las generales de ginecología, las mujeres se apresuraban a presentar las placas, ecografías o resultados de exámenes paraclínicos, esperando que, en ellos, los ginecólogos encontraran las explicaciones. Desde la medicina, esto es incentivado. En la consulta preaborto, la ecografía es condición *sine qua non* para establecer la edad gestacional del *zef*;¹⁴⁶

— Los embarazos y los partos son estados, eventos por los que pasa la mujer, no acciones que ella toma. Utilizan, a menudo, la tercera persona impersonal para referirse a ellos («quedé embarazada», «no me vino la regla»). Aquí, la diferencia con el aborto es dramática. Contrariamente a la manera de dirigirse a los anteriores, las mujeres hablan colocándose a sí mismas

145 En esto, sigue a George Lakoff y Mark Johnson (1980), *Metaphors We Live By*, University of Chicago Press.

146 Como ya expliqué anteriormente, uso la denominación de *zef* para referirme al cigoto, embrión y feto indistintamente.

como agentes del aborto, aun cuando este haya sido realizado por medios quirúrgicos, pues dicen: «Me hice un aborto». En estos casos, la forma de sintaxis utilizada denota la agencia sobre la acción.

Ligada al significado del aborto como hecho, está la representación del producto que es abortado. Las mujeres entrevistadas se referían a este como «la cosa», «eso» o «el coágulo». Ninguna lo denominaba *niño*, *bebé* u otro término que denotara la adjudicación de subjetividad. En algunos casos, las de mayores niveles educativos lo nombraban como el embrión, pero rara vez lo hacían al hablar específicamente de su aborto. Las mujeres que abortaron mediante el uso de misoprostol se vieron obligadas a ver lo que expulsaron, a diferencia de quienes abortaron por métodos quirúrgicos. Ellas deben denominarlos porque existe una entidad material observada directamente; aparece una relación entre la nominación con la técnica del aborto;

— Las formas de referirse a su propio cuerpo estaban impregnadas de las visiones médicas y científicas correspondientes. Las mujeres entrevistadas no apuntaban a sus cuerpos como unidad, sino como sumatorias de partes. En sus narrativas, había cierta exterioridad hacia sus propios cuerpos, una escisión *cuerpo/mente*, *cuerpo/persona*.

Los cuerpos abortantes

Los relatos de las mujeres respecto a sus cuerpos atravesando la experiencia del aborto arroja luz sobre las separaciones *mente/cuerpo* y *persona/cuerpo*, al mismo tiempo que permiten una aproximación a la consideración del cuerpo como el «estar en el mundo».

—Fui con una partera. Sé que era una mujer de campo, de afuera, había venido de afuera, una madama, sería una madama, y ella me dijo: «Mirá que no te la puedo colocar [la pastilla],¹⁴⁷ está muy cerrado ese útero; te puedo colocar una sonda, si vos querés». [...] Me la colocó, ¿viste?; en ese momento, tuve una hemorragia, pero después, se fue todo [...], fueron unas horas nada más [...], pero después... Después, en mi casa, que empecé con dolores que eran una cosa ¡impresionante! [...] Y en el momento en que me voy a levantar, fue cuandooooo...

—¿Lo expulsaste?

—Lo expulsé [...]. Después, tomé antibióticos.

—¿Tuviste una hemorragia grande?

—Sí, sí, en ese momento fue feo, porque yo tuve tres partos y yo sé lo que es, y sufrí más en esto que en los partos en sí. Porque era una cosa que, parece que me sssssacaran todo de adentro, que me vaciaban totalmente (Diana, sector socioeconómico bajo).

La sonda era muy común hasta la difusión del uso abortivo del misoprostol y continúa utilizándose actualmente. En el fragmento anterior, fue una cono-cedora quien se la colocó. En el próximo, es un ginecólogo que hacía abortos clandestinos.

147 Probablemente fuese misoprostol, aunque el relato corresponde a un aborto realizado unos años antes de la difusión masiva del fármaco.

[...] Me dolió, me dolió la puesta de la sonda... Me quería... desmayar. Cuando me paré, dije: «Bueno, tierra, ¡tragame!, y ‘ta». Respiraba hondo y... yo no entendía que esa cosa puesta ahí... Tus rutinas continuaban (Aurora, sector socioeconómico medio-bajo).

El AMEU era considerada la forma más sencilla para provocar abortos, y en aquellos lugares donde es legal era la manera habitual de realizarlos. Se sigue utilizando cuando el misoprostol no logra provocar la expulsión. El AMEU también es empleado para culminar abortos incompletos. La mayoría de los relatos de mujeres que tuvieron un aborto realizado con AMEU señalan no haber sentido nada la anestesia; luego, al despertarse, ya todo había concluido, aunque persistían algunos dolores. Los miedos son previos. En algunos casos, como en el de Graciela, hay dificultades para que la anestesia haga efecto por el estrés que tienen en ese momento. A veces, hay complicaciones, consecuencia de la situación del embarazo o de la forma en que se practica el aborto. Graciela se hace un aborto en una clínica clandestina considerada como buena; sin embargo, se convierte en un aborto complicado.

[...] No te toma la anestesia. Te tenés que tranquilizar yyy, ‘ta, que hacer relax. ¡Relax las pelotas! Estaba así [*golpea la mesa para mostrar lo dura que estaba, consecuencia del estrés*], todo el cuerpo duro, este... En una camilla, con las patas abiertas, así. Y el médico sentado ahí, mirándome y charlando de pavadas, pa’ pasar el rato hasta que me tomara la anestesia [*se ríe, poniendo humor en un recuerdo desagradable*]... Es muy fuerte, esto es muy fuerte, ¡muy fuerte!! Este... Me, bueno, intentó hacer aspiración [...]; estuve a esto de desmayarme. En un momento, le pregunté: «¿Puedo gritar?», y me dijo: «¡NOOOO, QUE VAMOS TODOS EN CANA!», me dijo. No daba más, no daba más; pensé que esos cinco minutos que estuve ahí adentro fueron la tortura más grande que viví en mi vida. ¡Nunca pensé que pudiera aguantar tanto dolor! Yo creo que no lo aguanté, yo estuve a punto de caerme redonda, no podía mantener las piernas, ¿viste?» (Graciela, nivel socioeconómico medio.)

En los abortos con misoprostol, las diferencias en la técnica se correlacionan con las diferencias en las vivencias.

Sí, y ‘ta, la doctora Silvia me explicó cómo era el proceso, y enseguidita, a las 3 horas, empecé con trabajo de parto, con pujos fuertes. Fui al baño, puse un balde para ver todo lo que caía, como ella me explicó, y ‘ta, perdí todo en el momento. Después, me llevó un proceso como quien tiene un parto normal, la menstruación era normal. Los primeros 15 días fue horrible, tuve bastantes pérdidas, pero, bueno, ‘ta, es la normal de un parto. Después, me encuentro bárbara (Margarita, nivel socioeconómico bajo).

Tuve unos dolores tremendos, sentía como un fuego, algo que me quemaba adentro (Andrea, nivel socioeconómico medio).

Sus vivencias desde el cuerpo forman parte de su «estar en el mundo»: «¡Como si te sacaran todo!»; «bueno, tierra, ¡tragame!»; «después, me llevó un proceso como quien tiene un parto normal».

Sus relatos permiten examinar algunos aspectos de la inmediatez de la experiencia corporal en el marco de significaciones culturales.

El dolor es el común denominador de todos los relatos y es infringido para interrumpir un proceso. En algunos casos, es límite:

Me quería desmayar [de dolor]; «pensé que esos cinco minutos que estuve ahí adentro fueron la tortura más grande que viví en mi vida, ¡nunca pensé que pudiera aguantar tanto dolor!»; «sentía como un fuego, algo que me quemaba adentro.

Estos dolores vividos y narrados, por lo general, son ocluidos. Las mujeres hablan de sus dolores de parto, pero no de sus dolores de abortos. Hay experiencias que no están marcadas por estos, como en el relato de Margarita. El punto crítico está en evaluar las maneras en que las experiencias inmediatas del cuerpo son culturalmente tamizadas para que cobren sentido.

Estos fragmentos dan cuenta de abortos realizados con distintas técnicas a mujeres de diversos sectores socioeconómicos. El único relato donde la mujer no muestra haber padecido ansiedad, dolores, incertidumbres, es el de Margarita. El suyo también es el único caso en el que sabía exactamente todo lo que le iba a suceder. Sus experiencias corporales tenían un significado inmediato. En los otros relatos, se percibe la necesidad de dar sentido a lo que ocurre en el cuerpo. Si este es el campo de percepción y de práctica, el cuerpo abortante se colma de marcas: unas son las primarias a las que pertenecen los segmentos de narraciones, y otras, también observables en algunos fragmentos, dan cuenta del lugar del cuerpo de la mujer en situación de aborto, sometido a reglas, subordinado a otras prácticas. Los fragmentos dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones: en algunas, las mujeres desempeñan una mayor agencia que en otras.

El cuerpo es la persona; el dolor de Gabriela era su tortura, al sostener que la integralidad de la persona en su cuerpo, las marcas del aborto en el cuerpo, no son meras marcas en la carne.

La eco me la voy a hacer particular en los primeros días de la semana que viene (porque del resultado dependen los pasos a seguir: IAMC por un legrado; Pereira si todo está más o menos bien). Le conté a Luisa [*la ginecóloga que la atendió en el HM*] todo lo sucedido y me dijo que, en principio, se podía decir que había salido bien, justamente por el poco tiempo que yo tenía de embarazo. La expulsión de un pequeño embrión de 1cm no es una cosa muy impresionante (por suerte). Sí, me siento más liviana. Espero que la semana que viene salga todo bien y pueda procesar esto como una experiencia terminada (Teresa, nivel socioeconómico medio, correo electrónico).

El alivio de Teresa muestra la integralidad.

Las representaciones gráficas

A fin de ampliar el espectro de sentidos y significados de sus cuerpos en situación de aborto, recurrí a las representaciones gráficas.¹⁴⁸ Con ello, procuré un canal que les habilitara mostrar otras inscripciones y marcas del aborto en sus cuerpos.

Las representaciones gráficas permiten acceder a sus experiencias vitales por una vía no verbal que acerca la idea de corporeidad como una manera de entender los fenómenos culturales. Sin embargo, es preciso considerar que los conceptos hegemónicos del cuerpo estarán presentes en cualquiera de los lenguajes en que se exprese, ya sea verbal o gráfico.

Para el análisis de las representaciones gráficas del cuerpo, realizadas por las mujeres, he recurrido a la noción de «imagen del cuerpo» de Paul Schilder (1989), siguiendo los estudios de Elina Matoso (2003) y de Emily Martin (1987). Esta es la representación de una vivencia integradora de aspectos relacionales del cuerpo, psicológicos y neurológicos. Señala Schilder que la «imagen corporal» hace referencia no a una mera sensación o percepción, sino a una apariencia propia del cuerpo, que incluye sensaciones y percepciones de sentimientos e imágenes mentales. Incluye la relación entre nuestro cuerpo y aquello que lo circunda, proximidades espaciales y afectivas. Es decir, a los datos provenientes de las vísceras y músculos, las partes internas del cuerpo, les agrega las percepciones de estas en cuanto a la relación con aquello que nos rodea. La imagen es un puente entre lo orgánico y lo social, y más aún es el anclaje de lo subjetivo en la corporeidad (Matoso, 2003), lo que hace que se trate de mi cuerpo y no uno cualquiera, y mi cuerpo en el momento vital que estoy viviendo. Enfatiza Schilder que «los procesos emocionales son la fuerza y fuente de energía de esos procesos constructivos, [las imágenes del cuerpo], a los cuales guían» (Schilder, 1989: 63).

La experiencia de un embarazo o de un aborto implica una reubicación de este episodio en la imagen corporal, y esta, a su vez, sufre modificaciones, resultado de las sensaciones relacionadas (alivio, sufrimiento, angustia, etcétera).

En estas representaciones gráficas, pretendo encontrar «aquello del adentro incapturable» (Matoso, 2003: 59) que las palabras no logran expresar, porque, tal vez, las mismas mujeres no lo sepan conscientemente. La corporeidad es la condición existencial en la cual el cuerpo es la fuente subjetiva o la base de experiencias intersubjetivas (Csordas, 1999). En tal sentido, las presentaciones gráficas no representan en sentido estricto, sino que muestran la manera de estar o ser en el mundo.

Supuse que al graficar el propio cuerpo permitiría que las mujeres plasmasen parte de sus vivencias emocionales. La separación entre los aspectos intelectuales y emocionales de un mismo proceso «no está en la naturaleza humana, sino en la cultura» (Jimeno, 2004: 233). Al poner en palabras su situación de aborto en las

148 Ceres Victoria (1995) utilizó representaciones gráficas en su trabajo con mujeres embarazadas de un barrio popular de Porto Alegre. Si bien su análisis siguió otras técnicas, puede considerarse un antecedente.

entrevistas que mantuvimos, no siempre las mujeres incluían toda su emocionalidad. El entorno cultural en que nos movíamos medicalizaba su proceso.

La solicitud de realizar un dibujo de su propio cuerpo formaba parte del cuestionario que les aplicaba en la sala de espera del CHPR, como primera etapa de una entrevista. Los días en que quedaba un consultorio libre, invitaba a las mujeres a pasar, y allí, hacíamos el cuestionario-entrevista de manera más privada y relajada. El cuestionario tenía el doble propósito de proporcionar información y actuar como puerta de entrada. Algunas mujeres no quisieron hacer el dibujo; en total, obtuve 18 dibujos durante el trabajo de campo del verano de 2006. En todos los casos, les solicité que dibujaran su propio cuerpo desde adentro, la parte de adentro del cuerpo. Las informantes se dividen en dos grupos: aquellas que asisten para obtener información para abortar y las que ya han abortado. Las representaciones gráficas mostraban otros agrupamientos: aquellas que manifestaban o experimentaban una incomodidad o desagrado por su situación y aquellas que exponían un mayor alejamiento de su propio cuerpo, algo que podría asimilarse a cierta enajenación. Entre los elementos más llamativos de las representaciones gráficas está la ausencia generalizada de las extremidades (pies y manos), y en algunos casos, llegaron a dibujar solo el tronco. Esto podría explicarse por la consigna: al solicitárseles que dibujaran el cuerpo desde adentro, es posible que entendieran que incluía solo los órganos contenidos en el tronco. Esta noción se asocia a la cadena metonímica, propia de los discursos médicos *persona-cuerpo-órgano*. Para algunas de estas mujeres, el cuerpo de adentro es sinónimo de órganos, lo que excluye huesos, músculos y sistema sanguíneo.

El segundo elemento llamativo es que en todos los dibujos, excepto uno, aparece dibujado, con mayor o menor precisión, el aparato reproductivo femenino, pero es menos generalizada la presencia de los otros órganos, como el corazón, los pulmones, los intestinos o la columna vertebral, por lo que presentan, en la amplia mayoría de los ejemplos, una tendencia a un dibujo más detallado del aparato reproductivo.

La percepción del cuerpo obedece a sensaciones construidas respecto a la experiencia práctica. La representación elaborada por la informante responde a esa percepción. Existe una relación entre la representación del cuerpo y su sistema cognitivo. La mayoría de las mujeres entrevistadas en esta ocasión eran de sectores populares, con baja escolaridad, y jóvenes o muy jóvenes.

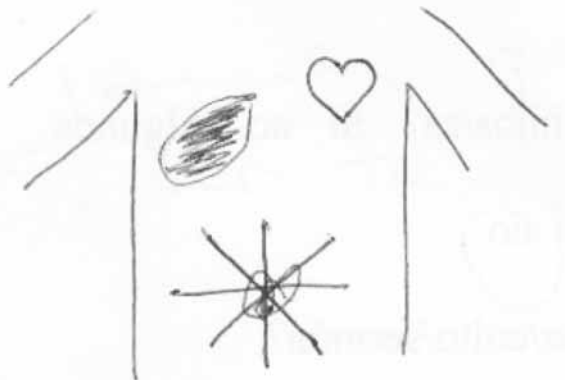
«El cuerpo pasa a la categoría de lo que sobra», afirma Elina Matoso, «lo que molesta, lo que se deforma, envejece, lo que hay que ocultar. Lo opaco. Solo si tiene SIDA o cáncer o un infarto, se vuelve cuerpo» (Matoso, 2003: 17). La mayoría de las representaciones gráficas exhiben un cuerpo existente a partir de la situación de aborto, por lo que, analíticamente, la situación de aborto se asimila a un cáncer, un infarto o tener SIDA, en tanto preocupación alojada en el cuerpo.

Como primer elemento, entonces, aparece la experiencia del aborto marcando la corporeidad, el «estar en el mundo» de la mayoría de las entrevistadas.

A continuación, presentaré algunas representaciones gráficas.

La primera fue elaborada por Jennifer (17 años), mujer adolescente embarazada por primera vez. Ese día dijo llevar colocadas aproximadamente 20 pastillas de misoprotol; sin embargo, aún no había abortado. Eso la tenía muy preocupada y nerviosa. El tiempo pasaba y temía no poder llevar a cabo su aborto. Ese fue el día que la conocí. Luego, seguimos viéndonos y conversando hasta que terminó su proceso de aborto. Su madre estaba junto a ella ese día. Después de responder las preguntas, cuando le propuse que hiciera el dibujo, manifestó que no le gustaba la idea y se negó. Luego, incentivada por su madre, lo hizo.

Comenzó dibujando el corazón, «un corazón precioso», dijo al dibujarlo. Luego, señalando la zona del útero, dijo: «Acá hay algo que no quiero que haya», haciendo la mímica de una tachadura. La madre asintió y ella trazó las tres líneas cruzadas; a continuación, el óvalo. Agregó, seguidamente, el pulmón («negro porque fumo»), y, finalmente, el contorno.



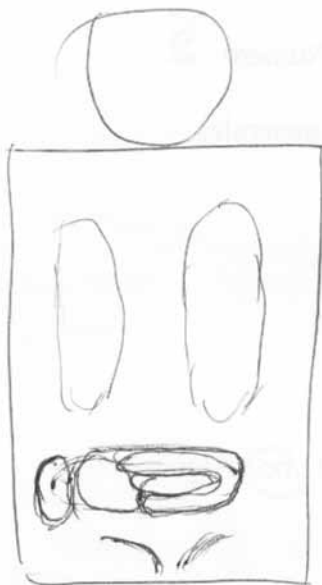
Tuve oportunidad de entrevistarla varias veces y acompañarla en su periplo por el hospital. La madre la acompañaba habitualmente. Nunca manifestó tener la más mínima duda sobre su decisión de abortar, porque estar embarazada la perturbaba. Repetía: «Me lo quiero sacar». En el plano discursivo, *zef* nunca fue nombrado de otra manera que no fuese como *cosa*, y fue representado como *cosa molesta* en el dibujo. Al agregar la representación gráfica a las conversaciones mantenidas con ella, parece siempre haber tenido una sensación de exterioridad hacia *zef*. En ella, cabían nociones de cuerpo extraño, de invasión respecto al producto de la concepción, incluso se podría aplicar la denominación de feto «tumORIZADO» (Boltanski, 2004).

Desde la perspectiva gestáltica de Schilder (1989), la distorsión en las imágenes del cuerpo se relaciona a procesos neuróticos; no obstante, esto constituye parte de la vida cotidiana de las personas. La imagen presentada por Jennifer parece contener cierta esencialidad femenina —de acuerdo a los modelos sociales predominantes. Primero dibuja un corazón que se corresponde exactamente

con la figura del corazón que ama, muy asociado a lo femenino, las emociones, los afectos. Luego, tacha en su dibujo algo que aún no existe, al tiempo que dice que «acá hay algo que no quiero que haya».

Si con Schilder considero que la representación del cuerpo es un producto de indicadores de la percepción, Jennifer se muestra percibiéndose y alojando algo indeseable y perturbador, a lo que se opone, y algo que la hace sentir bien («el corazón precioso»). Su cuerpo no solo es fragmentado, sino muy incompleto, sin extremidades, sin cabeza: solo «un corazón precioso» y «lo que no quiero que haya». Podría presentarse como hipótesis de trabajo que la situación de aborto tensiona al máximo las oposiciones *vida/muerte* y *amor/odio*.

La próxima representación gráfica corresponde a una mujer que concurriría a la consulta preaborto, en la cual obtendría información que le permitiría interrumpir su embarazo. Tenía una hija de 4 años de una pareja anterior y, al momento de la entrevista, un compañero estable con el cual no convivía. Tenía un empleo formal de 10 horas diarias. En la entrevista realizada, inmediatamente después de la elaboración del dibujo, mencionó que no podía seguir adelante con el embarazo porque no tenía condiciones para criar otro hijo: estaba sola a cargo de su hija. Su pareja la acompañó al hospital; sin embargo, no parecía dispuesto a encarar una paternidad. Este sería un embarazo inconveniente, pero no vivido como embarazo no viable. Claramente, la decisión se aproxima al extremo de la heteronomía, según lo trabajado anteriormente.



La representación de *zef* adquiere características de bebé, el cual ocupa un lugar central en su cuerpo al que solo le agrega nítidamente los pulmones y un

esbozo de ovarios. El $z\epsilon/\wedge$ bebé y el esbozo de ovarios están remarcados: pasó varias veces el lápiz. Resalta también la claridad del tronco rectangular y la cabeza. Contrariamente al dibujo de Jennifer, el producto de la concepción ocupa una centralidad nominada. En el plano discursivo, la mujer habló de «eso», «me lo tengo que sacar», pero en la representación gráfica le dio la entidad de bebé. No sería sorprendente que la mujer haya seguido adelante con su embarazo, pues no la encontré nuevamente en el hospital. Es la única representación donde aparece el producto de la concepción, que, en este caso, la subjetividad de la mujer significa un bebé.

En ambas representaciones gráficas, aparentemente por razones opuestas, el cuerpo adquiere presencia por lo molesto, porque algo en él está incomodando, inquietando. En el primer caso, el «estar en el mundo» de la mujer parece el de estar portando un malestar, mientras que en el segundo parece que ella está convertida en el contenedor de otra cosa (un bebé) que le genera sentimientos ambiguos. En los dos, su «estar en el mundo» está definido por la situación de embarazo.

La próxima representación gráfica la realizó una mujer de 22 años, con 3 meses de gestación. Católica, con un hijo de año y medio y pareja estable conviviente, con quien, en ocasiones, mantiene relaciones sexuales para complacerlo. Ha cursado solo primaria. Supo por la televisión del servicio de asesoramiento pre- y post-aborto. Solo su marido sabía del embarazo y aborto. Declaró no haberlo comentado con nadie por temor, pero no logró explicar temor a qué. Manifestó no sentirse mal por haber tomado la decisión de abortar; no quería «traer otro hijo al mundo». Tampoco expresó perturbación alguna asociada al hecho de haber decidido abortar y ser católica.



Estaba sangrando cuando realizó el dibujo; ya había tenido el aborto, pero continuaba el sangrado, cosa que me dijo después de haberlo dibujado. Solo trazó el corazón (¿con sangre circulando o un corazón desangrándose?) y el sangrado,

únicos dos elementos para definir su «estar en el mundo». Una circunstancia que la tomaba por entero. No había tenido abortos previos. Sin entrar en la búsqueda de interpretaciones psicológicas de la subjetividad de la mujer, con claridad se observa la centralidad del aborto en vivencia o experiencia de su cuerpo o corporeidad. En ese momento, su aborto parecía estar definiendo su existencia; su corporeidad revela su estar abortando. Por una parte, su cuerpo representado gráficamente solo existe en tanto que aborta y solo es sangre. No hay separación entre su interior y su exterior. El sangrado toma todo, el adentro y el afuera, sin límites. El *zef* estaba dentro y ya no desde una mirada biomédica, porque, desde su corporeidad, solo había sangre y no separaciones.

Por otra parte, podría plantearse un paralelismo entre este sangrado correspondiente a un aborto (es decir, a un hijo que no será, que no puede ser) y la sangre menstrual (que manifiesta la posibilidad de engendrar). Ondina Fachel Leal (1995: 63) señala como dato recurrente en sus investigaciones que las mujeres de sectores populares tienden a superponer o vincular su período fértil con el período menstrual, en el que la sangre menstrual es representada como vehículo y como constitutivo del bebé.



En esta representación gráfica, se observa con claridad el corazón, la columna vertebral y, luego, algo que podrían ser los intestinos. Los ovarios y el útero están dibujados con bastante detalle. La mujer que realizó este dibujo tuvo su aborto una semana atrás y estaba en el hospital para asegurarse de que todo estuviera bien, que no hubieran quedado restos. No hay *zef*, no hay sangre, sino un cuerpo recomponiéndose, pero lo que está dibujado con más precisión son sus órganos reproductivos.

Es muy interesante que, en dos de estas cuatro representaciones gráficas, las mujeres expresaran mediante el dibujo algo que no habían expresado oralmente. En un caso, llamar *bebé* a *zef*; en el otro, mencionar que estaba aún con el sangrado del aborto.

Aquello que las mujeres —los individuos en general— conservan de sus experiencias particulares se inscribe en sus cuerpos y se traslada a la imagen que de ellos hacen. Estos cuerpos se alejan de la visión mecanicista, propia de los abordajes biomédicos. Algunos elementos comunes a todas las presentaciones gráficas son:

- Todas las mujeres con mayor o menor detalle dibujaron sus órganos reproductivos. No hubo ninguna gráfica correspondiente a órganos que pudiesen identificarse más con lo sexual o erótico, al clítoris o la vulva. No aparecen los senos.
- Poco tienen que ver con lo que se encuentra al diseccionar un cadáver. Estas muestran la pluralidad de cuerpos detrás de una aparente misma materialidad. Las mujeres hicieron sus representaciones gráficas a partir de las percepciones provenientes del interior de sus cuerpos y de sus experiencias emocionales y físicas. Los trazos dan cuenta de su presente y de sus vivencias. Exponen, asimismo, una manera de definirse a sí mismas, y son reveladores de formas alternativas de expresar la situación que están viviendo en ese momento, la experiencia vital de su aborto o de su embarazo no esperado, lo que define un «estar en el mundo».

Danielle Ardaillon (1998) nos trae la idea del «cuerpo del aborto» en contraste con el «cuerpo que aborta». Si se sigue la fenomenología de Merleau-Ponty, mi cuerpo está en medio de las cosas, él mismo es una cosa, está aprisionado en el tejido del mundo y su cohesión es la de una cosa.

El conocimiento práctico del cuerpo

Las mujeres tienen también un conocimiento práctico de su propio cuerpo. No todas dejan en agentes externos el conocimiento de su cuerpo. Así como una representación gráfica mostraba el aparato reproductivo de una mujer en consulta post-aborto, que denotaba un conocimiento afianzado de aquello que fue perturbado por un embarazo, las mujeres conocen el interior de sus cuerpos, sus órganos, porque los sienten, y elaboran ideas a partir de alguna figura vista en algún momento de sus vidas.

Cristina es una de esas mujeres que descubren el interior de su cuerpo desde la percepción que tienen de él, y hace un uso pragmático de esos conocimientos e intuiciones de su cuerpo. Vive en un asentamiento y tiene primaria incompleta.

—¿Cómo te hiciste los abortos?

—Con onda 18.¹⁴⁹

—¿Qué es *onda* 18?

149 Transcribo las palabras tan fielmente como me es posible a su forma de hablar. Se refiere a la sonda.

—Las ondas son las que usan para los enválidos [...] o para cuando uno está enfermo y no puede ir al baño a orinar y te ponen l' hospital [...]. Se llama *onda 18* por el tamaño, porque hay tamaño 18, 20, 30 [*se ríe*].

—¿Cómo conseguiste la sonda?

—Mi hermano era enválido. [...] Como la farmacia 'taba acostumbrada a que nosotros íbamos con la receta, porque él es enválido, un día, en vez de comprar una, compré dos: la otra era pa' mí [*se ríe*].

—¿Cómo fueron los abortos?

—Me dio trabajo porque... Yo no sabía, entonces, [...] no llegué a lastimar ninguna de las tres veces. ¡Si será grande Dios! Porque si fuera otra persona, me... Si por decirlo, así, me hubiera pasado algo... Pero no.

—¿Cómo se aborta con sonda y aguja de tejer?

—'Sorbe todo; absorber en el sentido que yo después que, mmm, encontré el lugar, que estuve como dos horas y pico tratando de hacerlo, porque no podía, queda fijo adentro; entonces, absorber quiere decir que absorbe todo...

—¿Cuando sacás la aguja?

—¡Ahí está!, queda eso adentro... Entonces es cuando chupa; va chupando y cuando va chupando, va largando todo... Larga sangre... Pero largué una bolsita que era esto [*hace un círculo con el pulgar y el índice*], que no tenía forma a nada, venía a ser... Perdón con la expresión, un gargajo. Por decirlo así, era un gargajo (Cristina, nivel socioeconómico bajo).

Cristina sabe que el aborto usando «onda 18» es algo que puede «tenerlo igual» sin gastar dinero (que además no posee). Lo sabe porque los «tuvo». También sabe que corrió riesgos su salud («¡si será grande Dios!»). Con sonda 18, sufrió dolor y lo recuerda.

Este testimonio muestra las maneras en que una persona puede adquirir un conocimiento pragmático, no solo de su cuerpo, ya que Cristina aplicó el principio del AMEU sin tener idea de su existencia.

Transcribí ese fragmento por ser el más elocuente, pero las mujeres de las más diversas formas daban cuenta del conocimiento pragmático e intuitivo que tenían de su propio cuerpo. No eran infrecuentes los relatos donde mencionaban que con un atraso de pocos días sentían que estaban embarazadas.

De allí que, en algunos casos, surgían molestias con los ginecólogos que no consideraban como fuente de información válida lo que las mujeres decían de su propio cuerpo y embarazo, apelando a la tecnología médica para obtener dicha información.

El cuerpo de las mujeres para los ginecólogos

El *habitus* médico coloca a las mujeres en el lugar de objetos;¹⁵⁰ son discutidas en cuanto casos, tomadas como ejemplo para un aprendizaje. Un número las identifica. En los ateneos, no las escuchan, aunque sí las interrogan para verificar la existencia de la sintomatología, por lo que solo las miran, revisan, diagnostican. La mujer generalmente se siente intimidada para hablar en esa situación. La mujer (¿la persona?, ¿el cuerpo?, ¿el organismo?) es el objeto sobre el cual los sujetos (los ginecólogos) discuten, analizan y toman decisiones. Su posición, más que de pasividad, es de desemponderamiento.

Operé todo lo que quise. Mujeres de todos los colores. Y se opera, aparte; allá, se opera, no es que se derive. No es tercer nivel, pero se hacen todas las abdominales (doctora Andrea, hablando de su experiencia en una ciudad del interior del país).

Para los ginecólogos en formación y entre los novatos, operar —no importa a quién, sino qué— es muy procurado: su estatus y prestigio se juega en el block quirúrgico. La ginecología es una especialización quirúrgica que se distingue de las clínicas.

¡Hice una histerectomía vaginal!»; «tuve un problema de sangrado después de operar un prolapso de cúpula vaginal»; «se puede hacer una histerectomía laparoscópica; parece que da mejores resultados»; «con una sepsis aguda, hay que hacer una histerectomía,

son frases que se oyen en las conversaciones entre ellos. Durante el trabajo de campo, oí infinidad de veces: «Tengo un legrado» o «tengo que ir a ver un útero perforado». En el lenguaje utilizado en las conversaciones entre ellos, rara vez aparece la mención a la mujer en tanto sujeto sobre o con el cual están tratando. El cuerpo de la persona se restringe a la parte que reviste interés para el profesional, por lo que la persona se diluye. La biomedicina se ha servido de una noción de cuerpo originada en el pensamiento griego (de Hipócrates y Galeno), pero es la Modernidad la que da forma a su actual conceptualización. El cuerpo moderno, heredero del Renacimiento y del pensamiento cartesiano, con el primero, deja definitivamente de ser una obra divina, y se abren las puertas a la disección de cadáveres. Con los anatomistas, especialmente Andrés Vesalio, nace la diferenciación entre el ser humano y su cuerpo en la episteme occidental,¹⁵¹ y con René Descartes, el cuerpo se escinde definitivamente de la mente en una concepción que le permite al individuo decir «mi cuerpo», dándole un estatus inferior. Gottfried Leibniz introduce el concepto de fuerza vital, la que marca una diferencia entre la materialidad meramente física y aquella que contiene

150 Si bien esto no es generalizable de la manera radical en que lo presento, porque existen otras propuestas desde la misma medicina para abordar la relación con las mujeres que acuden a la consulta, continúa representando el *habitus* médico.

151 Vale recordar que ya entre los griegos el término *soma*, que se traduce como «cuerpo», designa originariamente el cadáver, es decir, lo que resulta de un individuo abandonado de todo lo que encarna la vida y la dinámica corporal. Es una figura inerte, un objeto (Vernant, 1991).

vitalidad. Con Leibniz, no es posible la regularidad ni la predecibilidad en términos mecánicos.

A partir de esta línea teórica, la vida¹⁵² se torna un objeto científico (fisiología como ciencia del organismo en el siglo XIX; medicina científica a partir de la experimental por medio de la fisiología). La medicina se desarrolla en concordancia con la propuesta epistemológica de vida como objeto de conocimiento científico, separado del espíritu y de la naturaleza inanimada. La biología se instaure como ciencia de la vida, y la medicina científica, como su derivación mayor; sin embargo, la biología, a su vez, se nutre de la importancia de la medicina para su propia cristalización (Birman, 2005).

Cuando los ginecólogos se refieren a los cuerpos de las mujeres sobre los que intervienen, lo hacen como si *cuerpo* —a pesar de su definición difusa— fuese una categoría neutra, ajena a las construcciones socioculturales. Se lo caracteriza como algo objetivo y exacto, del cual la medicina, mediante la aplicación del método científico, logra develar sus secretos. Sin embargo, el cuerpo —ese cuerpo neutro— es generizadamente sexuado, es decir, el género actúa en la construcción de la sexuación del cuerpo. En tanto el género permea la sociedad toda, sus contenidos ideológicos tradicionales moldean también el conocimiento científico. Para el positivismo —la medicina se ubica en esta tradición—, el lenguaje de la ciencia representa literalmente la realidad de la naturaleza, aunque, en verdad, está impregnado de metáforas, comparaciones y analogías.¹⁵³ El análisis de las sucesivas nociones científicas sobre el cuerpo sexuado permite rastrear los modelos de género predominantes en la sociedad en un momento dado (Laqueur, 1990; Weitz, 2003; Le Breton, 1995; Rodhen, 2001).

Al ser descubierto, en 1559, el *amor veneris dulcedo appellatur*, el clítoris femenino era descrito como un pene miniaturizado, capaz solo de una corta eyaculación (Laqueur, 1990, 1991; Del Priore, 1999). Incluso en el siglo XVII, la medicina planteaba la existencia de un solo sexo, por lo que las mujeres eran una subespecialización (Freire Costa, 1998). Hacia 1800, se buscaba encontrar las diferencias entre varones y mujeres en el terreno biológico, que se expresaban en el dimorfismo sexual. El desarrollo de la perspectiva de los dos sexos, resalta Laqueur (1990), se debió más a la política de género, continuada en el orden jerárquico de los cuerpos («el útero naturalmente dispone a las mujeres a la domesticidad») que a un paralelismo entre el pene y el clítoris. Como las diferenciaciones de género se basaban en la biología, esta justificaba las asimetrías en todas sus manifestaciones. Emily Martin (2007) da cuenta de los estereotipos

152 En el capítulo «Discursos en torno al aborto voluntario», mostré la importancia de la vida, difusamente conceptualizada, en los discursos de los partidarios de mantener penalizado el aborto. En el próximo capítulo, volveré sobre este punto, por la centralidad que ocupa en la política del cuerpo y la reproducción.

153 El físico belga Gérard Fourze plantea el uso de la metáfora como condición de la observación, ya que se comienza a observar a partir de lo que se tiene en mente. En un momento, la metáfora se convierte en concepto científico, olvidando su origen (por ejemplo, la célula: se comparaba lo observado en el telescopio con las celdas de los monjes).

femeninos escondidos en el lenguaje científico de la biología, mediante el análisis del tratamiento que sus textos daban al huevo y a la ovulación y al esperma. La distinción no está tanto en el sexo, sino en la capacidad de fecundidad, y, por ello, la dominación masculina se funda en el control de la reproducción (Héritier, 1991: 295, 296). En tanto el valor de las mujeres devenía o deviene de su aparato reproductivo, el disciplinamiento de sus cuerpos se volvió esencial para mantener el control sobre la reproducción, y en esto, la medicina ha sido uno de los principales custodios.

Nosotros manejamos una reunión semanal que se llama *reunión perinatal*, en la cual se discuten casos de niños con defectos, o casos de embarazos con riesgo de defectos, sobre todo, con niños con defectos [*se refería siempre a zef*]... Una consulta muy frecuente que recibimos es de psiquiatras de embarazadas que han recibido gran cantidad de psicofármacos [...]. La mayoría de las veces, aunque les hayan dado toneladas de psicofármacos, el feto lo tolera lo más bien y no hacen efectos. O sea que al 97 % de los fetos expuestos a grandes cantidades de psicofármacos no les pasa nada. Entonces, si le encontramos algún defecto, ahí veremos si es importante, pero, por probabilidad, no, porque la probabilidad es bajísima. Entonces, eso es muy interesante, porque vienen especialistas de distintas disciplinas y se toman decisiones en función de eso (doctor Fermín, CHPR, noviembre de 2006).

La centralidad del *zef* sobre la mujer es total, aun en casos como el señalado, donde la mujer presenta características que la obligan a consumir psicofármacos. Esto podría llevar a la consideración de que tal vez no estuviese en un momento adecuado para tener un hijo. En los discursos de los ginecólogos, se repite la noción de que el proceso de la reproducción está por encima de la mujer *qua* persona, a lo cual hay que agregar la centralidad de lo biomédico sobre cualquier otra consideración. Esto fue muy evidente en un caso relevado en el 2005 durante el trabajo de campo.

Cartel pegado en la pared del cuarto médico:

Paciente 77/05:— Poliquistosis hepatorenal infantil;

— 4 gestas, 3 partos vaginales, 1 aborto espontáneo;

— Eco: 30 semanas, 9/12/05;

— Conducta a seguir: consejo genético dictaminó «no interrumpir el embarazo», 17/12/05;

— Se aconseja a la pareja continuar con el embarazo hasta el parto espontáneo, dado lo avanzado de este;

— Patología fetal: incompatible con la vida extrauterina.

Firma del ginecólogo/a responsable...

Se trataba de una mujer de escasos recursos que había tenido tres hijos, dos de ellos padecían del mismo mal que el feto, por lo que murieron inmediatamente después del alumbramiento. Los ginecólogos argumentaban que era preferible esperar al parto vaginal en lugar de practicar un aborto o cesárea, porque era lo menos dañino para el organismo de la mujer.

No había riesgo de vida para nadie; el feto era incompatible con la vida extrauterina, de modo que moriría al nacer, y la mujer iba a mantener en buen estado su aparato reproductivo después de un parto vaginal, pronto para un nuevo embarazo. Este episodio acerca la sugerencia de Emily Martin (1987) de que el cuerpo de la mujer es visto como una «máquina reproductiva».

Algo similar sucedió con una mujer de capas medias. Laura, de 23 años, tenía un embarazo planificado y deseado. La ecografía estructural mostró que el feto tenía el síndrome de Dandy Walker¹⁵⁴. Se atendía en una IAMC. Una vez enterados del diagnóstico, ella y su marido solicitaron la interrupción del embarazo a través del médico tratante; la dirección de la IAMC dilataba la respuesta. Llevaron adelante un largo recorrido burocrático, buscando solucionar el problema por otras vías. No lo lograron. Transcurría el tiempo. Realizarse un aborto clandestino presentaba riesgos por lo avanzado de la edad gestacional. Con el apoyo de una médica amiga, Laura se realizó un aborto clandestino, utilizando misoprostol. En realidad, no fue un aborto, sino un parto.¹⁵⁵ Cuando ya estaba en avanzado trabajo de parto, va a la emergencia de su IAMC, donde termina el proceso.

[...] Llegamos a las 4 de la mañana. El médico de puerta no dejó primero que explicáramos las causas. «No, no, subite que te voy a revisar; sí, subite que te voy a revisar.» Y la médica [*amiga que estaba ayudando en el aborto*] intenta explicar, contarle cómo actuó, y él: «No, no, no, usted, afuera, que la vamos a revisar». Bueno, me revisa; ¡yo estaba horrible del dolor y con una angustia tremenda! ‘Ta, le comento un poco la situación y ahí le pido que entre mi vieja. Entonces, ella le comenta un poco más, y el médico, un tanto malhumorado dice: «¡Ah!, bueno, sí, subila a piso». Así, pero todo como una cosa sin explicación [...]. Subo a piso y quedo ahí [...]. Varios médicos entran y salen, y uno nos dice que bueno, que hay que esperar, «tenés que aguantar» y ‘ta. Y al rato, entra otro y me dice que no se autorizó [el aborto], y ahí, yo sigo con mis contracciones, sigo internada. [...] Me dejan en una habitación [...]; me entra como un estado de histeria, y ‘ta... Y ahí fue el parto [...] (Laura, 23 años al momento de este episodio, nivel socioeconómico medio).¹⁵⁶

La comunicación de la no autorización de un aborto a una mujer en trabajo de parto provocado, en un embarazo de unas 18-20 semanas, resulta, por lo menos, llamativo. ¿A quién estaban cuidando los médicos tratantes y la dirección de la IAMC? ¿Un feto con sdw? ¿Mantener un útero apto para un próximo embarazo? ¿Una mujer angustiada? Desde la mirada de los ginecólogos, el cuerpo

154 El sdw es una malformación congénita poco frecuente, que resulta de un trastorno en el desarrollo del cerebro durante el primer trimestre del embarazo. Se caracteriza por la existencia de una triada: IV ventrículo quístico, una fosa posterior agrandada y la presencia de una aplasia o hipoplasia cerebelosa. También se menciona la hidrocefalia como parte del cuadro. Hay variantes del sdw; en el caso referido, todos los profesionales que la pareja consultó señalaron la imposibilidad de vida extrauterina; como mucho, podría llegar a vivir un par de días.

155 Dada la edad gestacional.

156 Entrevista realizada en el marco de otra investigación, *Barreras de las mujeres para el derecho a decidir*, realizada en RUDA-IPPF (ver Sanseviero, 2007), en la que participé y cuyo equipo integré.

estaba escindido de las emociones. También le era enajenado a la mujer. Puede observarse la cadena metonímica *persona-cuerpo-órgano* en acción. La imprecisión del concepto *cuerpo* lo coloca en un lugar ambiguo: tanto puede tratarse de una persona como de un órgano.

En la práctica médica, el cuerpo tratado, intervenido, no es un agente, ni siquiera puede decirse que pertenece a una persona, pues es un algo indefinido sobre el cual el ginecólogo tiene autoridad legítima para decidir qué hacer. Un ginecólogo me comentó sobre un colega que, frente a una mujer con un inminente aborto, le dio progesterona para frenarlo. La mujer logra abortar y dice:

Me agarró la doctora tarada, yo queriendo abortar y ella me daba inyecciones para retenerlo.

Emily Martin enfatiza la idea de fragmentación del cuerpo de las mujeres, donde las imágenes provenientes de la medicina yuxtaponen dos figuras: el útero como máquina que produce bebés —y, por lo tanto, merecedor de atenciones especiales por parte de la medicina— y la mujer como el continente que habilita la producción de bebés —y, en tanto tal, debe cuidársela. Sobrevuela la imagen de un útero-máquina que produce niños (Martin, 1987: 63).

Un fragmento del diario de campo muestra la percepción de una interna (estudiante de medicina haciendo su práctica) respecto a una paciente.

Lucía estaba tratando en emergencia a la mujer que iban a legrear. Le pregunté sobre esa paciente. Su respuesta fue el relato de la historia clínica, la cual me mostró. Le pregunté luego si sabía si la mujer tenía pareja y si tenía algún acompañante. Me respondió que tenía un acompañante que era un familiar. Fuimos a donde estaba la paciente y, allí, le preguntó si tenía pareja, con tono impersonal y como quien está interesado solo en el dato para llenar un formulario. Dijo que tenía y que vivía con él en la casa de la tía; la tía era la acompañante y su compañero estaba por ahí afuera.

Lucía me dijo que estaba asombrada de que la mujer tuviera muchos dolores, y suponía que era porque el aborto estaba en curso. Pasó un buen rato.

Salí y luego volví a entrar a la sala de emergencia. Entonces, le pregunté cómo seguía la paciente respecto al aborto (me interesaba saber si la mujer sentía ese aborto como un alivio o como un dolor).

«Ahora está bien», me respondió, y acotó: «Porque el aborto está concluido, está esperando el legrado» (diario de campo, emergencia, enero de 2006).

El fragmento transcrito da cuenta de la reducción de la persona al cuerpo doliente y a los órganos. Ante mi pregunta por la mujer, responde leyendo la historia clínica. No hay nada en el comportamiento de Lucía que permite pensar que ella se siente frente a otra persona. Es un caso; le hizo las preguntas necesarias solicitadas en el protocolo de atención. Lucía infiere que la paciente está bien porque concluyó el aborto. Estar bien es sinónimo de no manifestar padecimientos. No tiene idea de si se siente culpable, aliviada, triste o angustiada, ni siquiera sabe si fue un aborto espontáneo o provocado.

En los episodios mencionados y en muchos otros observados, se advierte el disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres a través de su medicalización.

Con el término *medicalización*, las ciencias sociales acostumbran a referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en distintas áreas de la vida social; supone concebir las relaciones sociales del y con el cuerpo con base en los fundamentos de la medicina (Menéndez, 1984).

La actual medicalización del cuerpo de las mujeres resulta, en buena medida, de dos movimientos previos: uno es el de metonimizar el útero como mujer, y otro, el de colocar su cuerpo en un espacio político. En el siglo XIX, se suponía que las mujeres eran controladas en cuerpo, mente y alma por los ovarios y el poder mayúsculo del útero. La tendencia de la medicina victoriana fue tratar toda enfermedad de las mujeres como resultado de desórdenes del aparato reproductivo (Martin, 1987; Laqueur, 1990; Stormer, 2000). Este paradigma colocaba a los médicos del siglo XIX en un lugar de privilegio, ya que, como lo sintetiza uno de ellos, Alfred Meadows, es imposible exagerar los riesgos de las enfermedades de los ovarios, porque «el valor de los ovarios, fisiológica y patológicamente, es conmensurable con la existencia misma de la raza humana» (Meadows, 1873, citado por Stormer, 2000: 118). Esta afirmación permite apreciar la relación entre el cuerpo de la mujer —reducido a su aparato reproductivo— con el espacio político. La matriz femenina se vuelve la de toda la sociedad. Esta asociación implica la noción de mujer como continente o como instrumento reproductivo. Emily Martin es muy aguda al sostener que las mujeres cuando están criando hijos, son visualizadas como «la materia prima de donde se extrae el producto» (Martin, 1987: 19). Se asocia la visión *mujer-cuerpo-aparato reproductivo* a una máquina de reproducción de la especie humana, donde las mujeres no solo son responsables de la procreación de su familia, sino también de su clase, su raza y su país. Algo de ese tenor no podía quedar en manos de las mujeres. La reproducción era, pues, un asunto reconocidamente público, en el que el *locus* de la reproducción era el cuerpo generizadamente sexuado de las mujeres.

Estos devenires colocaron el aparato reproductivo de las mujeres en un lugar de particular atención, que disparó el proceso de medicalización del cuerpo femenino a mediados del siglo XIX, acompañado de la medicalización del conjunto de la sociedad. Hasta ese momento, el diagnóstico de embarazo se basaba en información proporcionada por las mujeres a través de preguntas formuladas por el médico, en el que era muy limitado el examen físico. Esto cambió y se introdujo un procedimiento gradualmente codificado para hacer tactos vaginales y para aplicar el espéculo, cuyo uso se generalizó hacia fines del siglo XIX. La paciente dejó de ser una persona para pasar a ser un objeto sobre el que recae la práctica médica, y así se continúa hasta el presente en los exámenes ginecológicos. «[E]l examen directo era un ritual coreografiado para crear la posición óptima para que el cuerpo de la paciente pudiera transfigurarse en un mapa corporal a través de los sentidos del tacto y de la vista» (Stormer, 2000: 121). Estas prácticas hacen del interior del cuerpo de la mujer un objeto público, mientras que los chalecos bata, que se colocan por encima, preservan la privacidad del

cuerpo exterior. En los últimos años, se ha agregado el ultrasonido para comprobar la existencia del embarazo, lo cual aumenta el aspecto público del interior del cuerpo de la mujer.

La mujer no es un sujeto calificado para hablar sobre sus dolencias o sensaciones que experimenta en su cuerpo embarazado, sino que a esto se llega a través de la tecnología médica, considerando que solo los análisis paraclínicos y lo proveniente de imagenología pueden dar cuenta del estado de la mujer. Su cuerpo exige atención especial en tanto matriz reproductiva; no es la mujer *per se*, sino su capacidad reproductiva la que amerita atención médica.

Es bastante generalizado que los ginecólogos escindan el cuerpo de la persona, especialmente los que están solo en hospital. En el caso de los que eligen dedicarse a la atención primaria, es decir, hacer policlínica y olvidarse del estatus que les proporciona la práctica quirúrgica, la situación es diferente. La mujer que acude al consultorio es primero una persona y, por lo general, no pierde su integralidad en los procesos de atención médica, incluso cuando se trata de un aborto voluntario.

El cuerpo de *zef*

Danielle Ardaillon (1998c) hacía referencia al cuerpo del aborto. Este puede ser tanto el de la mujer —cuerpo donde se lleva a cabo el aborto— como el *zef*, el producto abortado. En torno a la discusión del carácter moral de esos cuerpos, se desarrolla buena parte de la discusión entre los pro vida y los pro derecho. Por carácter moral, me refiero, primero, si a la mujer se le adjudica el estatus de sujeto moral (capaz de tomar sus propias decisiones), de un agente en términos de Amartya Sen (1995), y si a *zef* se lo considera persona (¿sujeto moral?). En el capítulo correspondiente al análisis de los discursos, ya se trató el tema de la vida, sin definición precisa y que en algunas piezas discursivas se homologaba a *persona*. El cuerpo del aborto es un territorio de disputa de la noción de persona.

Indudablemente, el *zef* tiene vida humana. Desde la medicina, se intenta definir si es una persona, para lo cual se utilizan indicadores biomédicos: su cerebro se forma en seis semanas y es inviable extrauterinamente hasta la semana 22, en que, excepcionalmente y con alta tecnología, sobrevive. La viabilidad de la vida fue determinante en el caso Roe versus Wade.

La tecnología —en especial el ultrasonido— pasó a ocupar un lugar central en la construcción social del *zef* como persona. Existe una profusa literatura feminista que trata las repercusiones sociales y políticas del estatus icónico que adquiere el *zef* cuando se vuelve público a través de la imaginología (Petchesky, 1984; Haraway, 1997; Palmer, 2009). Esto se relaciona con dos aspectos generales de nuestra cultura de comienzos del siglo XXI: por una parte, la popularización de los medios audiovisuales como modo de relacionarse con el mundo (aprehenderlo, entenderlo y explicarlo), y por otro, con la

creciente espectacularización de la vida cotidiana, es decir, la vida como espectáculo, puesto de manifiesto en los abundantes *realities*, programas del tipo *Gran Hermano*, a modo de ejemplos. Finalmente, existe un tercer aspecto que coloca al ultrasonido en un lugar relevante: refuerza el estatus de autoridad científica, pues el médico observa al cigoto-embrión-feto directamente, sin intermediación de la mujer-madre (la intermediación tecnológica no cuenta, la cual actúa como extensión de los sentidos del médico ecografista). La tecnología del ultrasonido le permite relacionarse a través del ecógrafo, prescindiendo de la madre, y tratar al *zef* como si fuese autónomo, como un paciente. Como contraparte, frecuentemente las mujeres embarazadas son tratadas como contenedor del verdadero paciente: el *zef*.

La creciente tendencia a conceptualizar los derechos del feto como separados y opuestos a los derechos de las mujeres legitima una seria distorsión —literalmente una descorporización— de la condición de embarazo. Esta forma de conceptualizar (de nombrar y de definir la situación de embarazo) perpetúa la seria erosión de los derechos de las mujeres en la autonomía reproductiva (Maier, 1989: 19), reforzando el «control patrimonial del cuerpo».

La conversión de un examen de rutina en un espectáculo es llevada adelante tanto por el ecografista como por la mujer y sus acompañantes, en el que se retroalimentan mutuamente. El espectáculo anticipa la existencia social del *zef*; se lleva a cabo una metamorfosis de imagen fragmentada del *zef* en bebé real en la pantalla. El lugar asignado a la ecografía resulta fundamental en el proceso de construcción de *zef* en persona, ya que acompaña la centralidad de lo visual en la cultura actual (Chazan, 2005).

En aquellos embarazos donde la mujer quiere llevarlo a término, el proceso de subjetivación del *zef* es realizado tanto por el ecografista como por la madre y acompañantes que acuden al examen. Se le proporciona intencionalidad a su actividad intrauterina («duerme», «se despereza»), y a sus estados de ánimo («¡mirá qué feliz está!») se los caracteriza como si fuesen los de un bebé, con comentarios tales como «está saludando». En otras palabras, se le atribuye al *zef* una subjetividad propia de los seres humanos, titulares de derechos.

El estatus de la ecografía se transforma en los casos de mujeres que decidieron interrumpir su embarazo y, como parte de la consulta preaborto, deben hacérsela. Para dichas mujeres, constituye un trámite necesario de efectuar a fin de continuar el proceso del aborto. En estos casos, los ecografistas generalmente evitan que la mujer vea la imagen del *zef* o que escuche los latidos del corazón, y no realizan comentarios sobre lo que ven en la pantalla. A pesar de la tecnología médica que permite visualizar lo que sucede en el interior del útero, nada de lo observado tiene más entidad que un órgano cualquiera. El *zef* no es personalizado; no existe un proceso de subjetivación que lo transforme en sujeto.

Algunos ecografistas contrarios al aborto hacen oír los latidos del corazón a la mujer, con la finalidad de persuadirla para que cambie de idea y prosiga con el embarazo. Mujeres entrevistadas que pasaron por este trance dijeron haberse

sentido muy mal, con culpa por la decisión tomada. En algún caso, aumentaron las dudas ya existentes, pero la decisión continuó siendo la de interrumpir el embarazo. Ninguna pensó en denunciar al ecografista por malos tratos. Estaban viviendo un momento vital difícil y querían que todo acabase a la mayor brevedad posible, atravesarlo rápidamente.

Disputas sobre el carácter de persona de *zef*

Si consideramos que *zef* es una persona en potencia, entonces su destrucción es *prima facie* moralmente inadmisibile (Noonan, 1970; Manninen, 2007). Indiferentemente de si el estatus es de persona o persona en potencia, el cigoto ya posee todos los derechos inherentes al ser humano, de los cuales el primero de ellos es a la vida. Sin embargo, entre quienes tienen esta posición, existe un grupo de individuos que considera que el aborto debería permitirse bajo ciertas circunstancias, tales como si el embarazo es resultado de una violación. Esto es una incongruencia, porque la cualidad de persona de *zef* no puede depender de la manera en que fue concebido. Por definición, el carácter de persona del *zef* es intrínseco y, por consiguiente, totalmente contingente a las causas del embarazo, ya sea un acto de amor, de explotación o de violencia (Figueira-McDonough, 1990: 11).

Frente a las argumentaciones que le dan rasgo de persona a *zef*, Paul Bassen responde que «[...] en ningún lado fuera del debate sobre el aborto existe un precedente donde un prospecto futuro pueda crear un bien presente» (Bassen, 1982: 333). Este argumento no ha estado en los debates parlamentarios. Con otro fundamento, en defensa del aborto, Judith Jarvis Thomson (1971) establece que nada obliga a la mujer a sacrificar su cuerpo para gestar durante nueve meses, aun cuando pudiese considerarse que el feto fuese una persona, lo cual ha levantado discrepancias.

Si bien los contrarios al aborto lo consideran un homicidio, Laura Klein advierte que este no refiere a la finalización de la vida, sino a la interrupción de un embarazo, lo que lo coloca en epicentro de la cuestión. Sin embargo, una y otra vez los argumentos —especialmente aquellos contrarios a la legalización— enfatizan la noción de vida (a la que le adjudican el carácter de persona) y en ello basan su posición. Desde las tiendas favorables a la legalización del aborto, no hay argumentos contrarios a la existencia de vida (en el cigoto, embrión y feto), sino que la idea bajo discusión es si puede considerarse vida humana y, más aún, persona.

En los últimos años, han sido los argumentos biomédicos los que intentan sentar las bases del comienzo de la existencia como persona del *zef*. Si bien tradicionalmente se trataba de uno moral, del cual el derecho —en tanto disciplina— y la filosofía daban cuenta, ahora es el biomédico el discurso socialmente legitimado, tal como quedó demostrado en el capítulo correspondiente al análisis de las discusiones parlamentarias. Sin embargo, persisten algunos cuestionamientos. Hay pocos desacuerdos sobre la perspectiva biológica de individualidad

en desarrollo, pero sí grandes desacuerdos en relación con la etapa en la cual las formas particulares de vida humana son titulares de cualquiera sean los derechos que una comunidad garantiza para sus miembros. Son los códigos civiles de los distintos países los que, en definitiva, determinan las características necesarias para acceder a la titularidad de derechos, y esto depende de la concepción de persona. Los argumentos acerca de los procesos biológicos del feto y el desarrollo de la tecnología médica que permite que un feto sea viable en etapas cada vez más tempranas no logran ser contundentes; el resultado depende de una definición normativa, del atributo de un estatus específico.

Tanto la evidencia histórica como la antropológica muestran la inexistencia de un criterio universal para caracterizar a la persona. Edward Li Puma (1998) advierte que, en todas las culturas, la persona (*personhood*) posee aspectos o modalidades individuales (con atributos internos, constituyentes de una sustancia) y dividuales (existentes a partir de la relación con otros). La tradición occidental hegemónica considera a la persona en términos de atributos internos completamente individualizados y definidos. Desde esta perspectiva es que se estima al *zef* como una persona. Sin embargo, si tomamos en cuenta la modalidad dividual, podría no serlo. Las mujeres embarazadas que deciden abortar no consideran al *zef* dentro del mapa relacional (no tiene un lugar en el espacio social de esa mujer), contrariamente a lo que aquellas que sí quieren continuar su embarazo creen. Esto significa que, para las mujeres embarazadas, el *zef* es una persona en tanto integrado en una red de relaciones sociales, de las cuales la primera es la de entre madre e hijo. Cuando no lo perciben dentro de esta red, no es considerado como persona, por lo tanto, al abortar no matan a nadie (porque no existe nadie), sino que interrumpen un embarazo.

El cuerpo del *zef* carece de entidad para las mujeres que atravesaron la experiencia del aborto.

Las políticas del aborto

A la manera de cuentas en un collar, a lo largo de este trabajo, he intentado mostrar los distintos escenarios y momentos en que el aborto voluntario se presenta. Este condensa relaciones de poder que corresponden a la dominación masculina, las cuales actúan a través del control del cuerpo generizadamente sexuado y forman parte del *habitus*. Los significados y prácticas del aborto voluntario son producto de las relaciones de género, pero, a su vez, pueden incidir en estas, lo cual sucede en un intrincado y sinuoso proceso. El análisis de las representaciones y prácticas del aborto voluntario por parte de distintos actores involucrados permitió observar ciertos mecanismos de dominación y de resistencia.

Sostengo que lo medular de la cuestión del aborto es que allí se juega el «control patrimonial del cuerpo» —y, por lo tanto, las políticas del cuerpo y de la reproducción. El aborto voluntario por sola decisión de la mujer representa un quiebre en la forma en que se ha venido ejerciendo dicho control. Sin embargo, esto queda por fuera de las discusiones y debates en torno a su práctica, porque los recursos argumentativos se apoyan mayoritariamente en fundamentos morales, religiosos y sanitaristas.

Tomé como guía las propuestas de los teóricos de la práctica (especialmente de Bourdieu, 1977, 2010, pero también de Giddens, 1979 y Salhins, 1981), a las que sumé la sugerencia de Ortner (1996), por lo tanto, durante esta investigación, he intentado buscar el desgaste de la reproducción y la erosión de los patrones instaurados, para introducir, así, la posibilidad de cambios. Esta propuesta me exigió articular el nivel de construcción social de categorías exitosas en imponer acciones y sentidos a los individuos con el nivel de actuación de las personas, donde estas pueden acatar, negociar o resistir a las formas sociales; en otras palabras, analizar la forma en que los arreglos estructurales construyen o constriñen la posibilidad de agencia por parte de los individuos.

Intenté develar los mecanismos de resistencia, quiebre o reproducción del control de los cuerpos y la reproducción, actualizados en el proceso de abortos voluntarios.

Relaciones de género: discursos, sentidos y prácticas desde el aborto

Los discursos eficientes en crear categorías que dotan de sentido a las prácticas cotidianas de las personas son: los provenientes del Estado (concretados en los debates parlamentarios), los religiosos, principalmente los del Vaticano (por su incidencia en la esfera política), y los discursos médicos, por su legitimidad social. Lejos de constituir un discurso monolítico, estos dejan fisuras: los énfasis

difieren y existen algunas contradicciones. Sin embargo, la mujer como agente de sus propios actos es una figura extremadamente borrosa. Las figuras protagónicas del aborto son el *zef*, la vida y la salud, todos ellos bienes sobre los cuales el Estado debe velar. La mujer como sujeto de derecho queda subsumida, la mayoría de las veces, en un sujeto abstracto, el cual presenta características que definitivamente no podría encarnarse en una mujer concreta.

Como tema político, el aborto voluntario es un hecho conflictivo (Ciriza, 2002a), en el que se solapan y superponen intereses de diversa índole, provenientes de colectivos sociales que no siguen necesariamente las lealtades políticas asumidas para otros temas. Contiene rasgos que trascienden lo coyuntural y se relaciona con aspectos medulares de la vida social. Asimismo, tiene que ver con la delgada línea divisoria que separa lo personal y lo político, donde la esfera política pública y la doméstica privada constituyen ámbitos separados, de los cuales el segundo queda subsumido en el primero. El aborto pone en cuestión la división, pero también el carácter subalterno de lo privado. Tiene incumbencias morales y religiosas, derivadas de los atributos morales otorgados a la sexualidad en la *doxa* y en algunas religiones. Las prácticas sexuales que denota el aborto resultan inaceptables para algunos grupos, por lo que más allá del aborto *strictu sensu*, lo reprochable es el ejercicio de la sexualidad que provocó el embarazo. Convoca debates éticos acerca de la vida, en los que entran en juego las convicciones filosóficas de las personas. Al no existir una autoridad unánimemente aceptada para determinar cuál es la cualidad que convierte una vida en vida humana, las posiciones resultan inconmensurables. Mediante el control de las sexualidades y de los cuerpos se ejerce el control sobre la reproducción, tema central sobre el cual, rara vez, se debate directamente, pero que subyace en todas las discusiones.

De modo que los reclamos que vienen de organizaciones feministas, de derechos humanos y de jóvenes —que son quienes en Uruguay llevan adelante la agenda de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y el aborto— contienen demandas atípicas, y, por lo tanto, muy difíciles de tramitar políticamente de acuerdo a los parámetros que actualmente rigen el quehacer político. Los sectores alineados en contra de que las mujeres decidan continuar o no su embarazo atraviesan diversas ideologías políticas. Si bien los movimientos pro vida están asociados a la Nueva Derecha, surgida en Estados Unidos en la era de Ronald Reagan, trascienden a la derecha misma. Católicos progresistas se les unen, al igual que jóvenes vinculados a posturas naturalistas y pacifistas, quienes comparten su posición. Existen tanto progresistas como liberales y conservadores que promueven la legalización del aborto voluntario, y otros que la detractan. La izquierda ha estado dividida, la cual incluye portavoces en ambas posiciones. Uruguay es un ejemplo de ello: un presidente progresista veta la ley que legaliza el aborto, contrariando a todo el grupo político que lo llevó a la presidencia. Comportamientos similares han llevado a organizaciones feministas en diversos países de la región a cuestionar el papel jugado por lo que llaman sus «tradicionales aliados»: los partidos de izquierda. Frente al aborto, con frecuencia guardan silencio o esquivan su tratamiento en los espacios de legislación.

El activismo conservador secular se sirve de los argumentos del activismo religioso conservador, aunque persigan finalidades extrarreligiosas. El Vaticano coloca a la familia monogámica heterosexual en el lugar del resguardo de los valores de la sociedad, y en ello, fundamenta la necesidad de su continuidad. Los roles atribuidos a la mujer en el interior de la familia reaparecen en la organización jerárquica de la sociedad y la reducen a su lugar natural dentro del hogar (Gutiérrez, 2004: 19). Este argumento permite a la sociedad secular mantener el *statu quo* de las relaciones de género con legitimidad moral, en un país laico de larga tradición liberal. El tutelaje religioso (Nugent, 2005) podría ampliarse al tutelaje patriarcal. La jerarquía de género se sustenta en la dominación masculina, con la concomitante infantilización de la mujer, de modo que esta no puede tomar determinadas decisiones y, consiguientemente, es preciso mantener la tutela. Mientras haya tutelaje, no hay reconocimiento de derechos. El material empírico mostró que entre los ginecólogos primaba una actitud tutelar por sobre la atribución de agencia a la mujer, especialmente en aquello relativo a sus prácticas anticonceptivas y el aborto. Sin embargo, también se observaron una serie de inconsistencias en sus discursos y prácticas que indicaría transformaciones. Los cambios difícilmente sean lineales.

Las políticas públicas sobre la fecundidad y los programas de salud reproductiva se desarrollan justamente sobre las personas que tienen a su cargo la reproducción biológica de la sociedad: las mujeres. Como consecuencia, se incide sobre sus cuerpos, su sexualidad y sus derechos reproductivos y derechos sexuales (Figuroa y Yanes, 2001; Tamayo, 2001; Correa y Petchesky, 2001; Sanseviero, 2003; Araújo, 2008). Esto permite visualizar definitivamente el aborto voluntario como bisagra entre lo social y lo individual.

Para ello, el concepto de *habitus* resulta útil: es la manera en que se interioriza lo social, se encarna, forma parte de la subjetividad de los individuos, y, desde allí, incide en sus prácticas, las cuales, a su vez, podrían reconformar dicho *habitus*.

Las clasificaciones de la realidad circundante privilegian lo público sobre lo privado, la razón sobre la emotividad, la fuerza física sobre la resistencia, entre muchas, todas ellas consideradas en un plano simbólico de sentido, que configuran la dominación de lo masculino sobre lo femenino. Esta dominación se encarna en algunos varones concretos, pero sobre todo en instituciones (el Estado, la familia, la educación) que refuerzan las asimetrías, y en las normas y reglas que definen y regulan la vida en sociedad (desde los modos en la mesa a las leyes laborales y, obviamente, la regulación social de la sexualidad y la reproducción), de modo que esta en su totalidad está impregnada y atravesada por las relaciones de género.

Tal dominación ha tomado el cuerpo de la mujer como eje de accionar. La categoría de género puede abordarse como sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres (De Barbieri, 1991). Como parte de ese sistema, los hombres (ellos mismos o las instituciones que los representan, como el Estado) ejercen relaciones de

poder para controlar tal capacidad. La noción de «control patrimonial del cuerpo» (Tamayo, 2001) se convierte en explicativa al dar cuenta de que el foco de tensión respecto a los derechos humanos de las mujeres ha radicado en torno a la sexualidad y la reproducción, porque es en el control de estas esferas que se asienta la dominación masculina.

Recordemos que en el contexto de la Revolución francesa, Olympe de Gouges junto con otras mujeres querían incluir en los Derechos del Hombre y el Ciudadano el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir con quién y cuándo establecer una pareja. Esto llevó a Olympe de Gouge a la guillotina, acusada de pretender alterar el orden natural. Reconocer el derecho al propio cuerpo de las mujeres implica establecer límites a la acción patrimonial sobre la sexualidad y la reproducción (Tamayo, 2001), ergo, es una acción subversiva. Y esto justamente es lo que está en juego cuando se habla del aborto. Laura Klein (2005) es muy aguda al mostrar la equivalencia entre el aborto en el relato bíblico y en el relato contemporáneo. En el primero, el damnificado era el padre, y ahora, el hijo; las mujeres siguen quedando excluidas de la titularidad de derechos.

Desde 1792, cuando Mary Wollstonecraft¹⁵⁷ pone de manifiesto el carácter político de las relaciones entre los sexos, mucho se ha escrito y debatido. Para esta autora, el principio de igualdad no se opone a diferencia, sino a privilegio. Por ello, para el feminismo, el dilema Wollstonecraft consiste en demandar al mismo tiempo la igualdad y el reconocimiento de la diferencia. Este es un aspecto central a la discusión sobre la política del aborto. Un camino hacia la resolución de dicho dilema proviene de la aplicación del principio de relevancia, el cual, justamente, implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias y exige un tratamiento particular para que pueda existir una igualdad real. Las leyes que criminalizan el aborto, por el contrario, convierten la diferencia no arbitraria (posibilidad de embarazarse) en hecho político (ilegalidad del aborto), con lo cual las ciudadanas mujeres tienen cercenados determinados derechos sobre sus propios cuerpos y persona.

En el marco de ilegalidad y tolerancia que caracteriza el aborto en Uruguay, se mueven mujeres de distintos contextos socioculturales. Estas toman sus decisiones de inducirse un aborto por un amplio abanico de motivos y en una amplia gama de condiciones: algunas, desesperadas, peligrosas, inhumanas podría decirse; otras, bastante más cómodas y seguras. En todos los casos, lo hacen conscientes, ya que se convierten, en ese momento, en agentes activos respecto a la reproducción y no son meras víctimas de la biología. Se alejan de la «alienación» a la que hace referencia Emily Martin (1987) cuando compara la maternidad con el trabajo masculino. Sin embargo, la mayoría silencia sus abortos. Al hablar, se logra historiar —en el sentido de ubicar dentro de la historia personal de cada

157 Reivindicación de los derechos de la mujer. Allí, discute con el Rousseau del Emilio y trata de poner en evidencia cómo este muestra los efectos de hábitos y costumbres como si fueran naturales.

una— la experiencia vivida. Se saca del entre paréntesis en que había permanecido y se lo ubica en el torrente de sentido que tiene la vida propia. Aun entre amigas que mantienen fuertes lazos de confianza mutua difícilmente se hable de los abortos realizados (muchas entrevistas fueron la primera ocasión para hablar del tema); no obstante, forman parte de su historia personal y de la historia colectiva de dichas mujeres.

El silencio se constituye en un indicio de subordinación. Las mujeres hacen algo en secreto, en privado —eso les está permitido—, pues deben guardarlo en la intimidad; no debe tomar estado público. Faye Ginsburg (1989) advierte que no es la existencia del aborto, sino que este tome estado público lo que levanta voces y acciones en contra. La división *público/privado* que ha sido uno de los pilares que sustenta la organización social, especialmente en la Modernidad, refuerza las relaciones de género que colocan a las mujeres en el lugar de la subordinación. La culpa —cuya contracara puede ser la censura social— se erige como el instrumento para evitar que tome estado público. Dicha culpa es, entonces, el instrumento de poder que mantiene a las mujeres aisladas —cada una con su(s) propio(s) aborto(s)— y sometidas: hicieron algo malo y deben pagarlo ocultándolo.

Este comportamiento no cuestiona las relaciones de género, aun cuando haber tomado la decisión de abortar parecería estar subvirtiéndolas.

El orden social vigente continúa privilegiando la homologación de mujer con madre, excluyendo los aspectos afectivos y volitivos que implica una maternidad voluntaria. No es posible reducir la maternidad a sus aspectos biológicos. Las mujeres están constreñidas por circunstancias exteriores a ellas a tener o no tener hijos. Nuestra cultura con sus mandatos sociales refuerza la noción de mujer-madre, incluso la maternalidad (Nari, 2004). Las mujeres que eligen interrumpir sus embarazos están decidiendo que no quieren ser madres en ese momento; apropiadas de sus cuerpos, están tomando decisiones reproductivas y rompiendo con la definición de mujer por sus posibilidades reproductivas. De acuerdo a Bourdieu, allí se revela una de las «antinomias trágicas de la dominación simbólica», porque cuando los grupos sociales sobre los cuales recaen categorizaciones descalificantes —como es el caso de la mujer que aborta— rompen la invisibilidad para rebelarse contra esas categorizaciones, se ven obligados, de hecho, a dar existencia a «[...] las clasificaciones y restricciones a las que pretenden resistirse [...]» (Bourdieu, 2000: 145). Por ello, para cualquier mujer, hablar en nombre propio implica asumir la identidad de quien, potencialmente, aborta. Cuando las mujeres no silencian sus abortos, sino que, por el contrario, los asumen en sus narrativas, están llevando adelante prácticas que podrían acarrear modificaciones en las relaciones de género, en la medida que su voz tenga reconocimiento social. Podría acordarse, entonces, con Ortner (1996) en que las cuestiones relativas a la reproducción social nunca deben observarse separadas de aquellas relativas a la transformación social.

Las políticas del cuerpo y de la reproducción puestas en acción con el aborto

El cuerpo de las mujeres tiene valor por su papel como garante de la reproducción. Esta anuda lo individual y personal con lo politicosocial. Es a través de ella que la sociedad regula las relaciones entre los sexos y las generaciones. Este nudo entre las mujeres y la reproducción probablemente está en la base del hecho de que la privación de derechos y libertades en las esferas de la sexualidad y la reproducción haya sido sustancialmente, aunque no exclusivamente, una experiencia femenina (Tamayo, 2001: 80).

La política del aborto ocupa el espacio entre lo jurídico y lo existencial, entre lo ético y lo necesario. Para las mujeres, el conflicto estaba en definir si querían ser madres, tener un hijo en ese momento; para los decisores (quienes en el Parlamento votan a favor o en contra del proyecto de ley que legaliza el aborto), frecuentemente el conflicto se plantea en otros términos (valor y comienzo de la vida, la libertad de los individuos). Para unos, el aborto es un tema de principios; para las otras es una experiencia vivida en su cuerpo.

¿Es posible separar la moral del derecho? Sin duda que es necesario, en tanto no todos los ciudadanos coinciden en sus valores morales, por el contrario, existe un pluralismo moral; el derecho es un acuerdo para vivir en sociedad. Un acto considerado inmoral para un grupo de personas no tiene necesariamente que ser sancionado como ilegal. Este es justamente el caso del aborto. Sin embargo, el carácter de ilegalidad del aborto hacía que algunas personas, al verse obligadas a entrar en contacto, como en el caso de los ginecólogos, se refirieran indistintamente a la moral y la legalidad. Varias menciones convertían el carácter ilegal del aborto en una valoración moral negativa. Estas alusiones se concentraron en los primeros años de investigación. Una vez que el debate politicoparlamentario toma más entidad, la homologación entre lo legal y lo moral pierde fuerza.

Cuando las mujeres reclaman el derecho a decidir abortar, realizan un acto subversivo: están subvirtiendo nada menos que el control de la reproducción. Sin embargo, cuando el aborto es colocado como un problema de salud pública, fundamentando la necesidad de su legalización en las muertes de gestantes que podrían evitarse, ese aborto deja de ser un acto tal. Ya no es la mujer decidiendo sobre su cuerpo, sino el sistema médico eligiendo lo más adecuado para esa mujer (con su consentimiento). Uno de los más activos ginecólogos dentro de IS, quien adhiere plenamente a ese argumento del aborto como problema de salud pública, me explicaba que las feministas que seguían con la proclama «mi cuerpo es mío» como argumento para legalizar el aborto estaban equivocadas (habíamos coincidido días atrás en una conferencia ofrecida por una connotada feminista brasileña que mencionó ese argumento). Manifestó que dicha proclama no solo no era atractiva, sino que conducía a error y a colocar la discusión en un plano que no era el adecuado. Me resultó esclarecedor el relato de su parecer para entender su punto de vista (¿el punto de vista del nativo?). Acepta que las mujeres

interrumpan sus embarazos porque entiende que muchos son no esperados, que pueden conducir a problemas sanitarios a las mujeres y sus hijos en caso de que llegaran a término (falta de controles durante el embarazo, abortos realizados en condiciones de riesgo, con los consiguientes posibles problemas de morbilidad, etcétera). La reglamentación del aborto por causales coloca en un agente externo —el médico— la evaluación de si el caso está dentro de las permitidas. Esta posición, bastante extendida entre los ginecólogos, concuerda con los fundamentos ofrecidos por Marta Lamas (1997b) para dejar de lado los que apelaban a la apropiación del cuerpo por parte de las mujeres y, en su lugar, procurar una perspectiva más democrática, que integre un número mayor de individuos.

En los últimos años, la causal *salud* ha incrementado su popularidad entre los activistas en pro de la legalización del aborto,¹⁵⁸ si se toma la definición de salud de la oms que habilita una amplia gama de motivos para solicitar un aborto. El extenso volumen *Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, coordinado por Ana C. González Vélez (2008), articuló el trabajo colectivo realizado por más de 22 organizaciones latinoamericanas y del Caribe, entre las que se contaban instituciones académicas, instituciones proveedoras de servicios y organizaciones de la sociedad civil, así como algunas redes regionales y suprarregionales. Sin duda que representa el punto de vista de quienes activamente participan del proceso de ampliar las márgenes del aborto legal. La justificación del trabajo radica en que dicha causal, de una manera u otra, está presente en la mayoría de las legislaciones de los países de la región. Esto traspasa el problema al alcance y a la interpretación de esta causal. Se ofrece al profesional, encargado de definir si la causal de salud aplica para realizar un aborto a una mujer que lo solicita, un pormenorizado análisis de su alcance, a partir de la definición de salud de la oms, que incluye aspectos éticos (fundamentalmente ligados a la confidencialidad y al ejercicio de derechos humanos).

Esto pone en evidencia que ya sea por razones pragmáticas o de principios, desde la perspectiva de quienes pretenden que el aborto sea legal, se connota el aborto o el embarazo no viable con un tema de salud y enfermedad. Todo aborto podría ser considerado terapéutico. Esto solo es posible porque la medicalización de los cuerpos en general y de los cuerpos reproductivos en particular no está cuestionada; por el contrario, la medicalización de la salud está naturalizada.¹⁵⁹ Terapeutizar estos procesos ubica a la mujer en el lugar de la enferma, la

158 En la III Reunión de Investigación sobre Embarazo No Deseado y Aborto Inseguro. Desafíos de Salud Pública en América Latina y el Caribe, organizada en México, en 2008, por el Population Council, la causal *salud* ocupó un lugar central en las discusiones de las que participaron proveedores, activistas y académicos.

159 Esto va mucho más allá de lo que nos incumbe. A modo de ejemplo, se observa el incremento en la inclusión de vitaminas y minerales farmacológicos para completar la dieta, alimentos bajos en colesterol, reforzados en calcio, energizantes, revitalizantes, etcétera, para mejorar el estado de salud, así como la parafernalia de fármacos para evitar resfríos, gripes, tos. A esto, habría que agregar el despliegue de la industria farmacológica focalizada en la menstruación para que la mujer pueda continuar su vida normal como si aquella no existiera.

cual, por definición, es vulnerable, y coloca el cuerpo sufriente en el foco. Los médicos que comenzaron a desplegar estrategias para la reducción de daño en los abortos de riesgo lo hicieron a partir de que «¡las mujeres se nos morían! ¡Teníamos que hacer algo!». El móvil es el cuerpo sufriente. Considero con Fassin que esta postura le quita ciudadanía al cuerpo.

Los derechos del hombre, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes que del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ellos anuncian se encuentra reducida a su más simple expresión: la desnudez de la vida (Fassin, 2004: 303).

En el momento en que la biopolítica penetra en la vida humana, se diluye la noción de sujeto de derecho y, en su lugar, aparece un cuerpo sin derechos, la nuda vida, que se encuentra al margen de lo social (Agamben, 1998). La vida transformada en tal surge entre aquellos que están en una situación de extrema vulnerabilidad: ese es frecuentemente el caso de las mujeres en situación de aborto.

Y no somos solo animales en cuya vida política está puesta en entredicho su vida de seres vivientes, sino también, a la inversa, ciudadanos en cuyo cuerpo natural está puesta en entredicho su propia vida política (Agamben, 1998).

En las mujeres en situación de aborto, justamente su cuerpo natural pone en entredicho su propia vida política; ahí está la subversión. Agamben (1998) propone rendir cuenta de la biopolítica a partir de la oposición de *zoé* (la vida biológica), a la que denomina como la nuda vida, y *bíos* (la vida en sociedad), a la que llama como vida política. Con biolegitimidad, Fassin fusiona estos dos significados, o quizás más allá, hace una refundación de la vida política en la biológica. Este planteo da cuenta de cómo, en las consultas a médicos, la vida o, más precisamente, la supervivencia, se convierten en la justificación última de la intervención. Por ello, es que los derechos humanos quedan reducidos a la «desnudez de la vida».

En los debates sobre el aborto, especialmente los parlamentarios, pero también los discursos provenientes de la sociedad civil en los momentos candentes, tanto los pro vida, que señalan la existencia de vida, como los pro derecho, quienes apelan a la salud pública, disparaban sus argumentos hacia la ciencia, al terreno de aparente neutralidad de la biología y de la medicina. . «Recurrir a argumentos científicistas es desactivarlo políticamente», como advierte Laura Klein (2005: 129), es asumir la biolegitimidad.

Los activistas (feministas, académicos y profesionales de la salud) que abogan por ensanchar los márgenes de la legalización del aborto y, para ello, recurren a la causal de salud señalan —especialmente las feministas— que esa es una estrategia para permitir que el aborto se cuele en las legislaciones. La causal *salud* elimina de plano el aborto voluntario como figura de discurso. Existe un abismo entre la mujer que quiere interrumpir su embarazo («¡me lo quiero sacar!») y aquella que, como Laura, aun queriendo tener un hijo, decidió abortar porque su feto era incompatible con la vida extrauterina. Otro es el caso de las mujeres que, queriendo tenerlo, se ven obligadas a abortar porque su vida corre

peligro. Reducir los distintos tipos de aborto a *terapéutico* es negar el aborto voluntario y la voluntad de una mujer de no querer ser madre en ese momento. Queda, por lo tanto, naturalizada la maternidad como destino de las mujeres. En estos casos, la realización de abortos expande los límites de acción de las mujeres, pero no interpela su situación de subordinación. Por el contrario, se encuentra una forma de posibilitar los abortos voluntarios bajo una figura que no altera las relaciones de género.

El propio cuerpo continúa enajenado. Una de las tensiones claves con relación al ejercicio del derecho a decidir deriva de la negación radical a reconocer la soberanía de las mujeres sobre su propio cuerpo. Como sostiene Tamayo, «[...] los seres humanos no requieren apropiarse de su corporeidad; si algo debía ser más o menos evidente, es la existencia de tal derecho [...], que es el más originario de todos los derechos» (Tamayo, 2001: 76). Sin embargo, en las prácticas sociales, especialmente en relación con la sexualidad y la reproducción, se opera una incautación del personalísimo derecho al propio cuerpo, en tanto espacio político, y resta solo la nuda vida.

Por ello, el aborto es bastante más que un asunto de mujeres, aunque es principalmente uno que acontece en el cuerpo de una determinada mujer. El aborto forma parte de la gran política, de las formas en que las sociedades se dan para organizar la convivencia y para construir las relaciones sociales, fundamentalmente las relaciones de género. Las discusiones parlamentarias en torno al proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva refieren a la organización social y sus jerarquías, al «control patrimonial del cuerpo» o a la autonomía de las personas.

La decisión de abortar es tanto personal como política. La autonomía corporal está en la base de los procesos de empoderamiento. La mayoría de las mujeres entrevistadas no visualizaron sus decisiones dentro de un marco político; sin embargo, el análisis de sus cavilaciones indica, en casi todos los casos, la clara pertenencia al campo político. Este aspecto, que considero central en el análisis del aborto, pasa a ser un ejemplo paradigmático de la abolición de las fronteras de lo público y lo privado, que muchas feministas teóricas vienen proclamando desde hace ya algún tiempo.

Cambios y permanencias

El camino recorrido entre prácticas y relatos de mujeres y ginecólogos, a los que se sumaron los discursos públicos, deja como corolario la idea de cambios y permanencias en las prácticas del aborto voluntario y en las relaciones de género. Esto constituye una aproximación al movimiento que caracteriza a la cultura. El común denominador de las diversas circunstancias analizadas ha sido la presencia de incoherencias. Estimo que ellas, justamente, resultan del movimiento.

A través del trabajo de campo, se observó las diferentes maneras en que las mujeres, de acuerdo a sus contextos sociales y en el entramado de relaciones de poder que individual o colectivamente las contiene, se acomodan o resisten a los

mecanismos de control de la reproducción y de la sexualidad. Una misma mujer tanto se acomoda y actúa en función del control patrimonial de su cuerpo como se resiste, en otro momento, llevando adelante prácticas que no solo implican su agencia, sino que conducen a abrir las fisuras de la estructura para modificarla.

Las prácticas sexuales y las distintas vivencias de la sexualidad observadas revelan situaciones poco alentadoras a la propuesta de empoderamiento de la mujer. Amplios sectores, especialmente de escasos recursos, dan cuenta de una estrecha asociación entre las prácticas sexuales y las reproductivas. Asimismo, muchas mujeres no parecen haberse apropiado del derecho al placer, sino que, por el contrario, continúan considerándose un ser para el otro. En algunos casos extremos, esto llega a incluir acciones de violencia sexual. El campo de la sexualidad no era el eje de mi análisis; sin embargo, los breves hallazgos indican que las relaciones de género se tejen en buena medida en las prácticas sexuales. Algunos relatos permiten suponer que las mujeres solo se emanciparían al alcanzar la autonomía sexual. Asociado a esto, la información relevada pone en evidencia que las prácticas anticonceptivas deben considerarse dentro del marco de las prácticas sexuales, ya que involucran a la mujer en su totalidad. No se reduce a tener información y acceso a los MAC.

Desde la interpretación de los relatos de las entrevistadas, en algunos casos, se erige con nitidez el carácter subversivo que tuvo el aborto en sus vidas. Una subversión basada en una decisión autónoma, mediante la cual había una apropiación total de su cuerpo-persona, que finalmente le permitía avanzar hacia un mayor empoderamiento, en un camino muchas veces doloroso. Florencia lo muestra a partir de su dolor por querer continuar su embarazo y decidir no hacerlo porque la maternidad que le esperaba no era la elegida por ella. A medida que avanza la noción de maternidad deseada, es decir, la maternidad como opción en contraposición a maternidad como destino, se avanza hacia un cambio radical en las relaciones de género. La maternidad y las opciones reproductivas han definido históricamente la relación de la mujer con la sociedad (Petchesky, 1984). Este dilema estuvo presente solo en algunas de las mujeres que entrevisté. Otras llegaron al aborto sin pensar en la maternidad que implicaba continuar el embarazo. El aborto fue un recurso para mantener su entorno y a sí mismas como si nunca hubiera existido el embarazo; constituyó una estrategia de subordinación (Bourdieu, 2000). Lo que estaba en juego era ocultar un embarazo, esconder prácticas sexuales, obligarse a ser idénticas al rol que le estaba estipulado. Estas mujeres abortaron para continuar desempeñando el papel que la sociedad les asignaba. Muestran que las feministas que creían ver en el aborto un acto emancipatorio estaban equivocadas. Muchas veces lo es, y otras tantas es exactamente lo contrario.

En todos los casos, siempre, la construcción de la decisión de abortar es un recorrido íntimo, de la mujer consigo misma, y también, cuando decide abortar, está ejerciendo un poder sobre su cuerpo-persona, por lo que, en ese momento, adquiere agencia. Sin embargo, eso no significa necesariamente que haya iniciado un camino hacia un mayor empoderamiento.

Las mujeres transitan sus abortos en una sociedad fuertemente normatizada, donde el saber médico opera con la modalidad de poder experto y productivo, articulándose con las instancias administrativas necesarias para componer la normalización. La medicina ha sido la herramienta por excelencia para la instauración del biopoder. En tanto el aborto integra la vida cotidiana de los ginecólogos, se observó cómo impacta en el *habitus* médico. Fue posible apreciar la dificultad que tienen para lidiar con el aborto y, sobre todo, con la mujer en situación de aborto. Las inconsistencias vistas en sus tres voces muestran un amplio abanico de significados para el aborto y para la mujer en situación de tal, según el contexto y el interlocutor. Estas voces cambiantes pueden interpretarse como una demostración del cambio en la conceptualización de la maternidad en la práctica ginecológica y, complementariamente, de una modificación respecto a la práctica del aborto voluntario. Esto permite alentar la idea de un avance hacia un cambio en las relaciones de género.

Sin embargo, también está presente y con bastante vigor la perspectiva del aborto voluntario como un problema de reducción de riesgo en el sentido epidemiológico. Esta postura termina colocando al ginecólogo en el lugar protagónico, dejando de lado a la mujer. Al profundizar en esta posición, se puede llegar a ciertas prácticas médicas que alcanzan la biolegitimidad, solo cuando la cualidad de sufriente del cuerpo de una mujer con complicaciones post-aborto resulta válido para justificar acciones respecto a la legalización del aborto. La humanidad se reduce a la nuda vida; lo político —mujeres que ejercen agencia— queda subsumido en lo biológico, lo que le niega existencia política. Como movimientos pendulares —e incongruentes—, también las prácticas y discursos emanados de los ginecólogos han permitido que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos. El material empírico relevado durante el trabajo de campo mostró que la activación de la normativa de atención pre- y post-aborto abrió un campo de legitimidad para hablar del aborto. Es decir, habilitó que el aborto entrara en el discurso, que adquiriese así una entidad que carecía; dejó de ser solo un acto silencioso.

Entre la biolegitimidad y la resistencia de las mujeres, se abre un rango de posibilidades, en el que el aborto voluntario refuerza las relaciones de género tal como son o pone una cuña en ellas, que dispara mecanismos de control para la permanencia o para la transformación de las relaciones sociales. Se trata de una situación extraordinaria en la vida de una mujer, en la que se tensan distintos ejes de poder. Las decisiones que toma, los pasos que sigue, la manera en que su entorno reacciona, el relacionamiento con la institución médica, todo va conformando o consolidando las relaciones de género. La situación de aborto atraviesa lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo político. Se abre una brecha cuando, por un lado, el aborto es asumido como concepto abstracto, cuyo significado proviene de los principios éticos que lo definen, y por otro, constituye una práctica encarnada en la circunstancialidad de una mujer concreta. Como pudo observarse en algunos relatos, ciertas mujeres concentraban en sí mismas ambas formas de

lidiar con el aborto. Por ello, la noción de «moralidad de la situación», con la que Petchesky (1984) destaca que una mujer puede decidir abortar en determinada circunstancia, aun cuando no esté de acuerdo con el aborto, resulta esclarecedora para entender el fenómeno. Sin embargo, podríamos generalizar que, incluso para aquellas mujeres que por razones éticas son contrarias al aborto, aunque lo hayan realizado, las mujeres que han vivido un aborto, junto con amplios sectores de la sociedad, lo visualizan como una acción que puede ejecutarse cuando una mujer lo considera necesario por los motivos que fuesen. Abortar es un verbo, es interrumpir un embarazo. Puede variar el valor asignado al embarazo y al *zef*. Por el contrario, los legisladores, algunos ginecólogos y sectores sociales diversos confluyen en considerarlo como concepto abstracto desde la ética, munido de principios universales que trascienden las circunstancias vitales de las mujeres. En estos discursos, *vida* adquiere una centralidad absoluta, y más allá de que algunos recursos argumentativos busquen sus fundamentos en la ciencia, ha quedado en evidencia que la conceptualización de *vida humana* radica en el campo de la ética. Es un diálogo inviable; dos monólogos que se alternan sin comunicación posible. A esto se suma una tercera posición, abierta a considerar el aborto en las circunstancias concretas en que ocurre, pero sin colocar a la mujer como protagonista. Acá, abortar también es un verbo, pero el sujeto no es la mujer. En esta posición, se van adhiriendo muchos de quienes proponen el aborto por causales, quienes no aceptan la agencia de la mujer sobre el acto de abortar.

Los discursos que gozan de legitimación social develaron la ausencia de la mujer como agente. Apenas en unos pocos aparecía como un otro concreto, pero no más allá. El poder de decisión sobre la interrupción de un embarazo era atribuido a la religión, la moral, la ética y la ciencia. Apenas suavemente algún discurso señalaba a la mujer como agente, sujeto moral capaz de tomar sus decisiones. Había, sin duda, algunos puntos disonantes que muestran que la sociedad está siempre en movimiento y la cultura no es estática.

El aborto voluntario como hecho social permitió observar la complejidad de las relaciones de género, en el que es producto al tiempo que productor. En este entramado complejo, se actualizan a la vez que se producen políticas del cuerpo y de la reproducción, con lo cual volvemos a las estructuras objetivas. Fue claro, en algunos casos, cómo las estructuras objetivas se encarnaban en el individuo a través del *habitus* y se conformaban nuevas estructuras que reproducían las vigentes. Pero también se mostró cómo existe erosión en los patrones, instaurados desde tiempo atrás, y los momentos de desorden y de resistencia explícita (Ortner, 1996), los cuales permiten la introducción de esas cuñas que pueden desembocar en cambios. Pensar en la mujer como «agente» en tensión con el «control patrimonial del cuerpo» (Tamayo, 2001) en las distintas prácticas y discursos analizados permite reparar en los posibles cambios en las políticas del cuerpo y la reproducción, que están en la base de las relaciones de género y que se actualizan cada vez que una mujer decide abortar. Cada aborto contiene la complejidad de las relaciones de género.

Postscript

¿Qué se mantiene y que cambió con la ley de IVE?

El sello distintivo del período 2010-2013 ha sido que la demanda por la legalización del aborto se volvió un tema central en la agenda de gobierno.

En 2010, el segundo gobierno del Frente Amplio contaba con uno de los entornos políticos más habilitantes para avanzar hacia de la legalización del aborto. Fueron muchas y arduas las negociaciones políticas. Finalmente, en octubre de 2012, la Ley n.º 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo fue aprobada. Esta ley permite que las mujeres interrumpan sus embarazos siempre y cuando cumplan con un procedimiento estipulado.

Al principio, el proyecto de ley contenía un texto muy similar al de los proyectos que le habían precedido, colocando los derechos de las mujeres como tema central. Sin embargo, a medida que la discusión en la Cámara de Diputados avanzaba, los derechos de las mujeres disminuían. Las organizaciones feministas junto a otros grupos de la sociedad civil, intentaron mediante un *lobby* sostenido mantener el proyecto inicial, pero fracasaron. La Ley finalmente promulgada estaba alejada del proyecto de ley inicial, y apartada por tanto, de las demandas del movimiento social. En sentido estricto, la Ley no legaliza el aborto, sino que permite que las mujeres que siguen el procedimiento indicado por la ley, interrumpan sus embarazos de manera legal. En caso que una mujer aborte sin cumplir los pasos requeridos, es pasible de procesamiento, cosa, por otro lado, que ha sucedido.

El Ministerio de Salud Pública inició el proceso de reglamentación de la Ley n.º 18.987 de manera inmediata, la propia norma exigía que se concretara en un plazo máximo de 30 días. No obstante la premura, el MSP mostró apertura para recoger las visiones del movimiento feminista con relación a la reglamentación. La ley se reglamentó a través del Decreto 375/012; allí se indica que tanto las instituciones como el personal de salud que interviene en la interrupción del embarazo deberán regirse por los principios de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la autonomía de la voluntad de la mujer.

Para acceder al procedimiento, la mujer deberá firmar un formulario de consentimiento informado, seguido de cuatro consultas:

- a. la primera con un médico general, ginecólogo o cualquier otro profesional de la salud, que deberá derivarla a un equipo interdisciplinario de asesoramiento en un plazo no mayor a 24 horas;
- b. la segunda será con el equipo interdisciplinario, integrado por un ginecobstetra, un profesional del área social y otro del área de la salud

mental; en ella se le informará a la mujer sobre métodos para interrumpir el embarazo, riesgos y alternativas para la maternidad, como la adopción; luego de la cual comienzan a correr los cinco días para la reflexión;

- c. transcurridos estos, si la mujer mantiene su determinación de interrumpir el embarazo, deberá acudir a la tercera consulta con el ginecólogo que procederá a iniciar la interrupción;
 - d. la cuarta consulta es post-aborto, busca realizar un monitoreo de la situación de la paciente y asesorarla acerca de métodos anti-conceptivos.¹⁶⁰
- Estas consultas han dado en llamarse, IVE 1, IVE 2, IVE 3 e IVE 4.

Como suele suceder cada vez que un proyecto de ley no reúne consenso, se convierte en una ley menos radical producto de las negociaciones. En este caso, las modificaciones sufridas en el proyecto de ley —que significaron una mengua en los derechos de las mujeres— dan cuenta de cierto éxito de las estrategias conservadoras. El resultado final es que para interrumpir su embarazo, la mujer está obligada a atravesar un proceso que implica varios pasos, incluyendo cinco días para reflexionar sobre su decisión. Es bien sabido que el aborto nunca es una decisión sencilla, por lo que esta instancia puede tildarse de práctica controladora o incluso intento de disuasión. Cabría preguntarse si la presencia del Estado en acciones que regulan el cuerpo de las mujeres, en especial aquello referido a la reproducción, se corresponde a lo que Foucault llamó *biopoder*. La Ley de IVE tiene la potestad de ejercer un tutelaje sobre los cuerpos de las mujeres.

Las mujeres que siguen los pasos, no pueden elegir el método para abortar. Por lo general, el ginecólogo le indica el uso de misoprostol con mifepristona, excepto si su edad gestacional está muy cercana a las 12 semanas, en cuyo caso se procederá con un aborto quirúrgico a través de procedimientos como la aspiración o el legrado. De modo que el aborto en sí mismo, se lleva a cabo en la casa de la mujer, en soledad o junto a su pareja, amigos o familiares; pero sin la presencia de un profesional de salud.

Las feministas han hecho una evaluación cautelosa respecto a la Ley, algunas de ellas enfatizando sus logros; mientras que otras señalan que en la Ley de IVE subyace una sospecha sobre la capacidad de las mujeres para tomar sus propias decisiones, una intención de mantener el *status quo* que las ubica en un lugar inferior. Finalmente, otras toman posiciones más enérgicas marcando las debilidades de la Ley, como en el siguiente fragmento de una declaración de la Coordinadora de la CNS-Mujeres:¹⁶¹

en realidad lo que aparece en este proyecto —que fue una larga negociación entre el Frente Amplio y el Partido Independiente a través del diputado Iván

160 < <http://www.medicosdelmundo.org.uy/novedades/article/comenzo-implementacion-de-ley-de> >

161 La nota completa se encuentra en: < http://www.hoycanelones.com.uy/2011/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=tag&tag=Proyecto+de+Ley+de+Interrupci%C3%B3n+Voluntaria+del+Embarazo >

Posadas— es una suspensión de pena de lo que es el delito del aborto, pero el delito como tal se sigue manteniendo (...) y lo peor, es que se mantiene aún dentro de las 12 semanas de gestación [aludiendo que se suspende la pena exclusivamente a aquellas mujeres que transiten por el procedimiento establecido por la Ley para realizar un aborto]. Y sobre la entrevista con el equipo interdisciplinario, señala que «para nosotros es un tribunal porque ese equipo en la redacción del proyecto, está de alguna forma presionando la autonomía y la capacidad de decisión de las personas en la medida en que someten a que tenga que exponerse a dar sus razones».

De manera contraria a estos planteos, vale consignar que las personas que integran los equipos interdisciplinarios —llamados Equipos IVE— pueden convertir la consulta en una instancia de consejería y acompañamiento; dejando de lado el tutelaje y control, y muchas veces así lo hacen. La Ley y su decreto interpretativo, lo deja librado a la discrecionalidad de las personas.

Una vez promulgada la Ley de IVE, las fuerzas conservadoras desarrollaron sus estrategias por dos vías principales. Por un lado, políticos conservadores junto a grupos religiosos —básicamente católicos y neopentecostales—, iniciaron un proceso de referéndum para derogar la Ley. Por otra parte, un grupo de ginecólogos presentaron objeción de conciencia.

Proceso de referéndum

Al día siguiente de la aprobación de la Ley de IVE, se lanzaron simultáneamente dos iniciativas contrarias a la ley. Una de ellas, la Comisión pro Derogación de la Ley de Aborto, liderada por el diputado Javier García (Partido Nacional), proponía solicitar al Presidente Mujica que vetara la iniciativa, caso contrario la mencionada Comisión apelaría a la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Ninguna de las dos acciones se llevó a cabo. La otra, la Comisión Pro-Referéndum estaba liderada por el también diputado Pablo Abdala (Partido Nacional), se proponía promover un referéndum para derogar la Ley.

En Uruguay existen dos procedimientos que permiten que los ciudadanos decidan sobre un tema a través del voto directo. El plebiscito es un mecanismo a través del cual las personas pueden decidir si aprueban o no una propuesta de reforma constitucional, mientras que el referéndum es un mecanismo a través del cual los ciudadanos pueden manifestar su posición contraria a una ley previamente aprobada por el Parlamento y derogarla.

La Comisión Pro-Referéndum debió obtener el apoyo de 2% de los ciudadanos habilitados para votar para echar a andar el mecanismo. Luego de ello, se requiere que 25% del total del padrón electoral apoye el recurso de referéndum. En caso de obtener ese apoyo, se lleva a cabo una votación obligatoria para ratificar o rechazar la Ley en discusión.

Para obtener el apoyo del 25% del electorado existen dos modalidades: mediante la recolección de firmas de adherentes, o mediante una votación no obligatoria, en la cual todas las personas favorables al mecanismo de referéndum, votan

en los locales especialmente establecidos para ello. La Comisión Pro- Referéndum se decidió por esta segunda modalidad. En las semanas previas a la votación hubo una intensa campaña llevada adelante por los políticos que promovían el referéndum alineados con activistas religiosos de alas conservadoras, básicamente grupos relacionados al Opus Dei y a iglesias neopentecostales.

El resultado de la votación fue un profundo fracaso para los promotores del referéndum, obtuvieron un apoyo inferior a 10% del padrón electoral.

Decididamente la población uruguaya respaldó la Ley n.º 18.987 de IVE. La explicación apunta a múltiples factores, entre ellos el profundo laicismo que caracteriza a la sociedad uruguaya, por lo que la voz activa de iglesias en un asunto civil no fue bien recibido por amplios sectores, especialmente los más liberales.

El análisis del proceso muestra que las acciones públicas durante la campaña previa a la votación fueron llevadas a cabo principalmente por los promotores del referéndum, los grupos pro-derecho —favorables a la Ley— hicieron una aparición pública recién en los días previos. Las instituciones religiosas tuvieron un lugar preponderante en la campaña, quedando en segundo plano la participación de los partidos políticos, no así algunos políticos embanderados con la causa.

La campaña pública enfatizaba las ventajas brindadas por el referéndum para que cada ciudadano pudiera emitir su voto y decidir directamente si estaba de acuerdo o no con la ley de IVE, junto a los discursos centrados en la «defensa de la vida». La Iglesia Católica exhortó a sus fieles a votar en la adhesión al recurso de referéndum para derogar la ley:

A través de un comunicado, la Conferencia Episcopal Uruguay —que agrupa a los obispos del Uruguay— afirma que «los uruguayos tenemos ahora la oportunidad de cambiar con nuestro voto el rumbo de las cosas y darle un sí a la vida de los niños, lo que nos permitirá mirar con esperanza nuestro futuro como nación».¹⁶²

El discurso de la Iglesia Católica no presentó cambios a lo largo de los 30 años en que el tema estuvo en debate. Su punto central siempre fue la vida como valor en sí mismo, a través de un proceso de sacralización, una vida incorpórea.

Así el diputado Pablo Abdala del Partido Nacional señalaba en una entrevista radial:

Creo que hay un derecho superior, que es el derecho a la vida, el derecho del no nacido, que es bastante más que una vida.¹⁶³

Por su parte, la senadora Constanza Moreira del Frente Amplio, respondía

162 Publicado en el portal Montevideo.com, puede consultarse en <http://www.montevideo.com.uy/notnoticias_199551_1.html>.

163 «En Perspectiva», Radio El Espectador, 7/5/2013. Puede consultarse en <http://www.espectador.com/noticias/264358/pablo-abdala-pn-jornada-de-adhesion-al-referendum-de-aborto-impulsara-la-reapertura-de-un-debate-sano-y-saludable_pagina-3>.

Afirmar que la vida es sujeto de derecho es una falacia. Son las personas quienes son sujetos de derecho.¹⁶⁴

Estos pequeños fragmentos son paradigmáticos de las dos posiciones antagónicas con respecto a la ley que permite los abortos. Por un lado una vida descorporizada, por otro un cuerpo sustentando un sujeto de derecho. Un argumento centrándose en la acción de abortar; el otro, en el sujeto que toma la decisión de abortar.

Discusiones similares acontecieron en México DF en ocasión de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, donde en las polémicas y discusiones también se enfrentaron los grupos pro-derechos y los grupos pro-vida; con argumentos centrados en los derechos de las mujeres, los primeros; y asumiendo la tutela de la moral, la defensa de la vida, los segundos (Galindo Castro, 2008).

La objeción de conciencia de los ginecólogos

Una vez promulgada la Ley, comenzaron las discusiones sobre la posibilidad de los ginecólogos de rehusarse a practicar abortos. A diferencia de lo acontecido con los grupos que propusieron desarrollar el proceso de referéndum, el tema de objeción de conciencia ha perdurado y se ha asentado, ganando terreno con el tiempo.

El decreto del MSP reconoce la «objeción de conciencia» en el caso de los profesionales de salud que intervienen directamente en el procedimiento de interrupción de un embarazo, en caso de que por sus creencias y opiniones personales sientan que no deben asistir en el mismo. El mecanismo a seguir consiste en presentar un escrito que lo establezca y en su práctica cotidiana derivar a sus pacientes de modo que estas puedan continuar con su voluntad de interrumpir el embarazo con otro profesional. La objeción de conciencia solo alcanza a lo que se conoce como IVE 3, es decir la consulta que implica la realización del procedimiento de aborto; quedando fuera del alcance las etapas de asesoramiento y la atención de las mujeres en caso de que ellas hayan tenido complicaciones en el proceso.

Un caso especial que no se corresponde estrictamente a objeción de conciencia contemplado en el decreto que implementa la ley es la figura legal de «objeción de ideario». En la reglamentación que hizo el Poder Ejecutivo, el artículo 21 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud que con anterioridad a la entrada en vigencia de esa ley tengan objeción de ideario deberán presentar la solicitud de no realizar interrupciones voluntarias del embarazo ante la Junta Nacional de Salud. Esto fue hecho especialmente para dos instituciones confesionales prestadoras de servicios de salud: el Círculo Católico y el Hospital Evangélico. Este recurso las exonera de practicar las interrupciones de embarazo pero las obliga a garantizar el servicio contratándolo en otra

164 «La ofensiva contra la despenalización del aborto», publicado en el semanario «Brecha», 18/5/2013. Puede consultarse en <<http://www.constanzamoreira.com/la-ofensiva-contra-la-despenalizacion-del-aborto/>>.

institución. De acuerdo a la reglamentación deberán realizar el asesoramiento a las mujeres que cursen embarazos no deseados acerca de las distintas opciones existentes no pudiendo en ningún caso manifestar sus opiniones personales o filosóficas acerca del tema.

Con la implementación de la normativa se registraron pedidos de objeción de conciencia por parte de personal médico en todo el país, alcanzando un 30% de los profesionales del país según las autoridades del MSP.¹⁶⁵

La reacción de los ginecólogos frente a la objeción de conciencia fue heterogénea. Hubo quienes lo tomaron como una causa de lucha contra la ley de IVE, otros simplemente objetaban por razones personales manteniendo un perfil bajo, finalmente hay quienes son llamados ‘pseudobjectores’ por sus colegas (Cóppola, 2013), quienes objetan por motivos espurios (ya sean políticos, económicos u otros).

El procedimiento utilizado para hacer efectiva la objeción de conciencia consistió en la comunicación al jefe del servicio.

El problema se suscitó cuando de manera generalizada presentaron objeción de conciencia los ginecólogos de Salto, una de las ciudades más importantes del interior del país. En otras ciudades más pequeñas, también hubo un número importante de objetores. Esta situación trajo aparejado complicaciones para la aplicación de la Ley de IVE.

La objeción de conciencia de todos los ginecólogos de Salto obligó a las mujeres que demandaban abortos a trasladarse a otras ciudades a fin de ser atendidas en un servicio de salud que diera cumplimiento al procedimiento. Si bien el Ministerio de Salud Pública cubría parte de los gastos, una serie de derechos le eran vulnerados, entre ellos privacidad ya que viajar con el bono del MSP era sinónimo de mujer que demanda interrumpir su embarazo. Se supuso que esta sería una solución provisoria mientras se solucionaba el problema, sin embargo se prolongó por cerca de un año. Tuvo su punto culminante cuando, amparados en la objeción de conciencia, los ginecólogos se rehusaron a practicar un aborto a una adolescente con discapacidad, embarazada como resultado de una violación. Este tipo de abortos ya estaba contemplado en la Ley de 9.763 de 1938. Algunas activistas, entre las que se cuentan las nucleadas en Cotidiano Mujer anunciaron que estudiarían la posibilidad de llevar adelante una demanda criminal o civil por omisión de atención. El subsecretario de Salud Pública afirmó que la omisión de asistencia médica por objeción de conciencia era inaceptable, sin embargo ninguno de los ginecólogos objetores participó en el procedimiento de interrupción del embarazo. La adolescente tuvo que ser trasladada a Montevideo, donde finalmente fue asistida.

Después de este hecho, el Ministerio de Salud Pública comenzó a enviar un ginecólogo dos veces por semana a Salto, exclusivamente para atender a las mujeres que solicitan abortos. Esta solución, si bien menos onerosa para las mujeres,

165 <<http://www.lr21.com.uy/salud/1114574-30-de-ginecologos-del-pais-se-niegan-a-practicar-abortos-ensalto-ninguno>> Visitado, 14 de agosto de 2014

no preserva su privacidad, ya que el mismo hecho de pedir un turno con dicho ginecólogo evidencia que la mujer pretende interrumpir un embarazo.

En otro orden, dieciocho ginecólogos presentaron un recurso administrativo ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo solicitando la nulidad de varios artículos del Decreto 375/12. Después de estudiado el recurso, en agosto de 2015 el Tribunal falló a favor de los ginecólogos demandantes, aunque no en la amplitud de su solicitud. Esto colocó nuevamente el tema de la objeción de conciencia en el centro del debate, habiendo varios aspectos que permanecen no resueltos. El grupo de ginecólogos que presentó el recurso legal se niega a admitir por escrito su objeción señalando que eso habilitaría actitudes discriminatorias hacia ellos. Sin embargo, el fallo de la TCA determina la obligatoriedad de la declaración escrita.

No existe unanimidad de acuerdo en el alcance de la objeción. Por el contrario, es una gama bastante amplia la de posibles prácticas a objetar. Para algunos, su objeción de conciencia solo alcanza a los abortos cuando el *zef* es sano, es decir no hacen objeción de conciencia en caso de incompatibilidad con la vida extrauterina del producto. Para otros, toda IVE es pasible de ser objetada. Otro grupo objeta realizar un aborto a través de técnicas como el AMEU, pero no objeta recetar misoprostol.

La situación de ginecólogos amparándose en la objeción de conciencia para no participar de los procedimientos de interrupción de un embarazo abrió un debate sobre varios elementos entrelazados en esas acciones, a los que podríamos dividir, por un lado, las argumentaciones que fundamentan la objeción de conciencia; y por otra, el alcance de las acciones amparadas en la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia es un dispositivo normativo de códigos profesionales y políticas públicas en vistas a proteger la integralidad de las personas involucradas en una situación de conflicto moral (Diniz, 2011). Es un recurso que tienen las personas con la finalidad de evitar hacer algo respecto a lo cual están moralmente en contra. No tiene por finalidad cambiar la ley o influir en la política, sino que busca la excepción. Aquellos que recurren a la objeción de conciencia intentan preservar su autonomía y libertad para no seguir reglas que contradigan sus principios morales, en el entendido que la democracia debe velar por los valores de las minorías. Es decir que la intención del objetor de conciencia no es obstruir u obstaculizar el cumplimiento de una norma legal, sino ampararse en la posibilidad de ser la excepción para no violentar sus principios morales. En otras palabras, cuando existe un conflicto entre los deberes públicos y los derechos individuales, el dispositivo de objeción de conciencia se activa para proteger la moral privada de los individuos. Claramente el dispositivo de objeción de conciencia se enmarca en un régimen liberal.

Al observar el panorama en países donde el aborto es legal, siempre existe un número de médicos que se rehúsan a practicarlo, aún cuando no siempre existe la figura de objetor de conciencia. Uno de los argumentos más comúnmente esgrimido en la comunidad médica es que

la deontología profesional ha sido siempre la defensa de la vida y la promoción de la salud (...) [por lo que] imponer la obligación general de participar en abortos (...) puede calificarse, en principio, como un atentado al sentido último de su profesión, e incluso, de su dignidad personal y al libre desarrollo de su personalidad (Aparisi Miralles y López Guzmán, 2009: 56).

Esta postura se afilia a la tesis de la integridad, coloca los derechos del médico por encima de los derechos de quien requiere sus servicios. Se presupone la superposición de los roles de profesional de salud y agente moral, porque antes que médico, el individuo es miembro de una comunidad moral que determina sus deberes de conciencia, incluyendo los límites en el ejercicio de la medicina (Diniz, 2011).

Savulescu (2006) sostiene una postura contraria desde la tesis de la incompatibilidad. Señala enfáticamente que hay muy poco espacio para la conciencia de los médicos cuando se trata de brindar cuidados médicos, de lo contrario, el servicio que los pacientes reciben dependerá de los valores del médico tratante y no de las políticas de salud del Estado.

Cabe la pregunta si la objeción de conciencia es un derecho, la respuesta es negativa. El derecho es la libertad de conciencia, la objeción es una manifestación de ese derecho fundamental. De modo que, por una parte, existe un derecho (libertad de conciencia) y, por otra, una práctica individual, aunque con impacto en el colectivo social, justificada por la conciencia. El derecho a la libertad de conciencia es un postulado basado en creencias y valores; la objeción de conciencia es una reflexión basada en prácticas sociales respaldadas en valores.

El problema aparece cuando alguien —un grupo de personas— recurre a una prerrogativa —la objeción de conciencia— para evitar que otros puedan llevar a cabo aquellas acciones que estiman moralmente aceptables o buenas, derivadas de su propia libertad de conciencia. Este es el caso de los ginecólogos de Salto mencionado anteriormente. Por lo tanto, en nombre de la libertad y autonomía para sus valores morales, ellos imponen sus propios valores a las mujeres que demandaban abortos. Lo hacen al negarle el acceso a los servicios de salud garantizados por la Ley a parte de la población. La situación generalizada en Salto, y en especial con relación a la adolescente con discapacidad violada, permite varias reflexiones sobre los alcances de la objeción de conciencia, es decir sobre la regulación de esta práctica. De acuerdo a Diniz, «la regulación de la objeción de conciencia no es una intromisión del Estado en la libertad individual, sino una regulación de prácticas individuales o colectivas que pueden ser discriminatorias o abusivas» (Diniz, 2014: 34). No parece exagerado catalogar la práctica hacia la adolescente como un abuso de poder. Para Savulescu, «cuando la objeción de conciencia compromete la calidad, eficiencia o equidad en la atención del servicio, no debería ser tolerada. El principal objetivo del servicio de salud es proteger la salud de los usuarios» (Savulescu, 2006: 296).

La situación de Salto también permite reflexiones en otras direcciones. La objeción de conciencia es una decisión personal hecha sobre una base individual, nunca es un hecho colectivo. En Salto, la situación apunta a una decisión colectiva. Si ese fuera el caso, entonces no debería considerarse objeción de conciencia sino desobediencia civil, la cual es penalizada por la ley. La desobediencia civil es rehusarse a cumplir la ley. En el caso de los ginecólogos de Salto es una acción corporativa más que una individual. De modo que no se estaría cumpliendo uno de los fundamentos de la objeción de conciencia: ser la excepción de una regla, sin cuestionar la regla en sí misma.

Más aún, quisiera enfatizar el hecho que este grupo particular —ginecólogos— tienen el monopolio en el área de la salud relativo a la *IVE*, al mismo tiempo que son servidores públicos. Por consiguiente, ¿cómo pueden rehusarse a hacer su trabajo, cuando eso significa que nadie más lo puede realizar? Parece ser un «abuso de poder profesional» (Frader y Bosk en Diniz, 2011). Ser un servidor público debería estar por encima de sus valores morales. Si sus valores morales son más importantes que las acciones que debe llevar a cabo en tanto servidor público, entonces debería optar por no serlo. En ese sentido, comparto las palabras de Savulescu, quien afirma que «Si una persona no está preparada para ofrecer cuidados beneficiosos, eficientes y legalmente permitidos a un paciente porque ello entra en conflicto con sus valores, no deberían ser doctores» (Savulescu, 2006: 294).¹⁶⁶ Podríamos preguntarnos si una persona integrante de la Iglesia Testigos de Jehová, que por sus creencias no permite la transfusión de sangre, puede ser médico y negarse a hacer transfusiones en base a sus valores, en los casos que ese procedimiento es eficiente para el paciente, amparándose en la objeción de conciencia. Muy probablemente no se le permita. De modo que existe una cierta relatividad en definir los valores morales dignos de suficiente respeto como para que la persona los coloque por encima del bien común. Una vez más queda en evidencia que los valores morales no son externos a los colectivos sociales, por el contrario son productos culturales.

¿Qué pasa con las mujeres que quieren abortar?

Las mujeres enfrentan varias dificultades en el acceso a los servicios de aborto en Uruguay. Los tiempos de espera son excesivos y a veces la objeción de conciencia del personal de salud no permiten que los cuidados pre y post-aborto sean los adecuados. En algunas regiones, especialmente localidades alejadas de centros poblados mayores que cuentan con centros de salud, a las mujeres se les dificulta cumplir con las cuatro consultas por los traslados que implican. Hay un desbalance entre las mujeres que solicitan abortos y el personal de salud que puede satisfacer sus demandas.

Los informes del MSP sobre el número de abortos realizados son poco claros y presentan contradicciones. En un primer momento, el subsecretario del MSP

166 Original en inglés.

dio la cifra de 400 abortos por mes en conferencia de prensa. De acuerdo a las estimaciones basadas en información de 2001, habría 2750 abortos mensuales (Sanseviero, 2003). La brecha entre 400 y 2750 es muy grande, no parece que los abortos puedan haber disminuido tanto. Más bien, debe pensarse que considerando las restricciones que la misma ley establece para que las mujeres puedan efectivamente interrumpir sus embarazos, junto a los problemas derivados de la objeción de conciencia generalizada en algunos lugares, otras dificultades ligadas a la accesibilidad a servicios de salud, es plausible suponer que continúan existiendo un número no despreciable de abortos que caen en la clandestinidad al no resultar de la aplicación del proceso establecido en la Ley de IVE. Muchos de estos abortos son practicados por médicos de manera privada, sin dar cuenta a ninguna institución. En tanto el misoprostol no es de venta libre, continúa existiendo un mercado paralelo.

De acuerdo a un estudio realizado por MYSU (2014), la percepción de diversos actores en departamentos del litoral (incluyendo Salto) es que el aborto clandestino sigue existiendo.

Como puede apreciarse, la promulgación de la Ley de IVE ha sido solo un mojón en un largo proceso, que continúa definiéndose por sus vaivenes.

Bibliografía

- ABRACINSKAS, Lilián y Alejandra LÓPEZ GÓMEZ, (comp.), *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*, Montevideo: MYSU, 2004.
- *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*, Montevideo: MYSU, 2007.
- ABU-LUGHOD, Lila, «Writing Against Culture», en Richard FOX, *Recapturing Anthropology: Writing in the Present*, Santa Fe: American Research Press, 1991, pp. 137-162.
- *Writing Women's Worlds. Badouin Stories*, Berkely y Los Ángeles: University of California Press, 1993.
- «Locating Ethnography», *Ethnography*, vol. 1, n.º 2, Sage, 2000, pp. 261-267.
- ACHILLI, Elena, *La investigación antropológica en las sociedades complejas. Una aproximación a interrogantes metodológicos*, serie 1: Antropología y disciplinas conexas, Rosario: Facultad de Humanidades y Artes, UNR, 1992.
- ADRIAZOLA, Gabriel, «Alcances del secreto profesional del médico», en *Revista Médica Uruguaya*, vol. 24, n.º 3, Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, set. 2008.
- AGAMBEN, Giorgio, *Homo sacer: el poder soberano y la vida desnuda*, Valencia: Por-textos, 1998.
- AGAR, Michael, *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*, Nueva York: Academic Press, 1980.
- AGGARWAL, Ravina, «Traversing Lines of Control: Feminist Anthropology Today», en *Annals American Academy of Political and Social Science*, vol. 571, Academy of Political and Social Science, set. 2000, pp. 14-29.
- ALONSO, Justino y José Carlos CUADRO, «Incidencia del aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria», en *Archivo Ginecología Obstétrica*, n.º 36, Montevideo, Sociedad Ginecología del Uruguay, 1998, pp. 54-55.
- ALVAREZ, Sonia, «Feminismos Latinoamericanos», vol. 6, n.º 2, *Revista Estudios Feministas*. IFCS/UF RJ, Río de Janeiro, 1998.
- AMUCHÁSTEGUI, Ana, *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, México DF: Population Council-Edamex, 2001.
- «Condiciones de posibilidad para el ejercicio del aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales», en *Desacatos*, n.º 17, México DF, Ciesas, 2005, pp. 77-82.
- «¿Nueva ciudadanía? La experiencia del aborto legal entre mujeres de la Ciudad de México», ponencia presentada en el Coloquio Género y Ciudadanía, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, del 17 al 21 de mayo de 2010.
- y Rodrigo PARRINI, «Sexualidad: identidad y ciudadanía en el México contemporáneo», en *Metapolítica*, n.º 67, México DF, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2009, pp. 69-76.
- ANDRADE MONCAYO, Gilda, Gloria Maira VARGAS y Tatiana CORDERO VELÁSQUEZ, «Inquietudes e interpelaciones sobre el aborto», en *Entre Voces. Número especial: La construcción de las izquierdas - Revista del Grupo Democracia y Desarrollo Local*, Quito, Instituto de Estudios Ecuatorianos, mayo de 2006.
- ANZALDÚA, Gloria, *Borderlands/La frontera: The New Mestiza*, San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.
- APARISI MIRALLES, Angela; LÓPEZ GUZMÁN, José, «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *Revista biomedicina*, Universidad de Montevideo, 2009, pp. 50-62.

- AQUINO, Estela y otros, «Adolescencia e reprodução em Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais», en *Caderno de Saúde Pública*, vol. 19, n.º 2, Fundação Oswaldo Cruz, 2003, pp. 5377-5388.
- ARAÚJO, Kathya, «Entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos: límites en el debate sobre sexualidades en América Latina», en Mercedes PRIETO y Kathya ARAÚJO (eds), *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Quito: Flacso Ecuador, 2008, pp. 25-42.
- ARAYA GÓMEZ, Gabriela, «Etnografía audiovisual y escrita: una reflexión desde la antropología feminista», en *Revista Austral Ciencias Sociales*, n.º 7, Valdivia, Universidad Austral de Chile, 2003, pp. 153-164.
- ARDAILLON, Danielle, «O aborto no judiciário: uma lei que justiça a vítima», en Cristina BRUSCHINI y Bila SORJ (orgs.), *Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil*, San Pablo: Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, 1994, pp. 213-250.
- *Cidadania de corpo inteiro. Discursos sobre o aborto em número e gênero*, tesis de doctorado en Sociología, Departamento de Sociología, FFLCH, Universidad de San Pablo, 1997 (fotocopia).
- «E a carne se fez verbo, abortos como versões e como metáforas», ponencia presentada en el XXII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais – Anpocs, Caxambu, del 27 al 31 de octubre de 1998, 1998a.
- «O aborto no Brasil: a lei que nega o direito», ponencia presentada en el XXI Congresso de LASA, Chicago, del 24 al 26 de setiembre de 1998, 1998b.
- «O corpo do aborto, falas e escritas, versões e metáforas», en *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires: AEOA/CEDES/CENEP, 1998c, pp 367-392.
- ARDENER, Edwin, «The Problem Revisited», en Shirley ARDENER, *Perceiving Women*, Londres: Dent, 1975.
- «Belief and the problem of women», En: Shirley ARDENER (ed.) *Perceiving women*, Gran Bretaña: Dent & Sons, [1972] 1975, pp. 1-17.
- ARENDT, Hannah, *Eichman en Jerusalén: un estudio sobre la banalidad del mal*, Barcelona: Lumen S. A., 1999.
- ARILHA, Margareth y Regina BARBOSA, «Cytotec in Brazil: At Least It Doesn't Kill», en *Reproductive Health Matters*, n.º 2, Londres, Reproductive Health Matters, 1993, pp. 41-52.
- «The Brazilian Experience with Cytotec», en *Studies in Family Planning*, vol. 24, n.º 4, Population Council, 1993, pp. 236-240.
- ÁVILA, Marcelo y Claudia LAUDANO, «Deber del Estado y derechos reproductivos. Marco judicial y social», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Aborto no punible. Concurso de ensayos: peligro para la vida y la salud de la madre. En torno al artículo 86 del Código penal sobre el aborto, su significación actual*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2000, pp. 47-59.
- AYRES, José Ricardo de CARVALHO MESQUITA, «Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade», en *Caderno Saúde Pública* [EN LÍNEA], vol. 22, n.º 6, Fundação Carlos Chagas, 2006, pp. 1335-1342, disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102311X2006000600022&lng=en&nrm=iso>, visitado en julio de 2007.
- BACHELARD, Gaston. *Le matérialism rationnel*. Paris, Lees Presses Universitaires de France, [1953] 1972.

- BADINTER, Elizabeth, *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal (siglos XVII-XX)*, Madrid: Paidós Ibérica, 1992.
- BAJTÍN, Mijail, *The Dialogic Imagination*, Austin: University of Texas Press, 1981.
- BAJOS, Nathalie, Michèle FERRAND y equipo GINÉ, «De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues», en colección *Questions de Santé Publique*, París, Inserm, 2002.
- BALTAR DA ROCHA, Maria Isabel, «Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no parlamento», en Maria Betânia ÁVILA, Ana Paula PORTELLA y Verónica FERREIRA (orgs.), *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*, Río de Janeiro: Garamond Universitaria, 2005, pp. 135-219.
- María Alicia GUTIÉRREZ y Susana ROSTAGNOL, «Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina», en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol. 26, n.º 2, Río de Janeiro, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2009, pp. 219-236.
- BAMBERGER, Joan «El mito del patriarcado: ¿Por qué gobiernan los hombres en las sociedades primitivas?», en Michelle ZIMBALIST ROSALDO y Louise LAMPHERE (eds.), *Woman, Culture and Society*, Stanford: Stanford University Press, 1974.
- BANT, Astrid, «Parentesco, matrimonio e intereses de género en una sociedad amazónica: el caso aguaruna», en *Amazonia Peruana*, vol. 12, n.º 24, Lima, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1994, pp. 77-103.
- BARBATO, Walter, «Aborto inducido: epidemiología y profilaxis», en *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 2, Colegio Médico de Chile, 1987.
- BARRÁN, José Pedro, *Medicina y sociedad en el '900. El poder de curar*, Montevideo: EBO, 1992.
- y Benjamín NAHÚN, *El Uruguay del novecientos*, Montevideo: Banda Oriental, 1979.
- BARRANCO, Dora, «Contracepción y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública», ponencia presentada en el Simposio Historia y Género: Pasado y Presente de las Mujeres Argentinas, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1991.
- BARRIG, Maruja, *El mundo al revés: imágenes de la mujer indígena*, Buenos Aires: ASDI/Clacso, 2001.
- BASSEN, Paul, «Present Stakes and Future Prospects: the Status of Early Abortions», en *Philosophy and Public Affairs*, vol. 11, n.º 4, Wiley Online Library, 1982, pp. 314-337.
- BEADMAN, Clive, «Abortion in 1940s Spain: the Social Context», en *Journal of Gender Studies*, vol. 11, n.º 1, Routledge, 2002, pp. 55-66.
- BECK, Ulrich, *Risk Society: Towards a New Modernity*, Londres: Sage, 1992.
- BENHABIB, Seyla, *Situating the Self: Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*, Nueva York: Routledge, 1992.
- BERGER, Peter y Thomas LUCKMANN, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
- BERMÚDEZ, Violeta, *Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe*, Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem), 1998.
- BIERNAT, Carolina, «La eugenesia argentina y el debate sobre el crecimiento de la población en los años entreguerras», en *Cuaderno Sur. Historia* [EN LÍNEA], n.º 34, 2005, pp. 251-273, disponible en: <http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI668-76042005000100011&lng=es&nrm=1>, visitado en agosto de 2010.

- BIRMAN, Joel, «Arquivo da biopolítica», en Maria Andréa Loyola (org.), *Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea*, Brasília: Letras Livres, 2005, pp. 27-48.
- BOBBIO, Norberto y Nicola MATTEUCCI, *Diccionario de política*, México: Siglo Veintiuno Editores, 1997.
- BOHANNAN, Laura, *Return to Laughter*, Nueva York: Doubleday, 1964 [1954].
- BONETTI, Alinne, *Não basta ser mulher, tem de ter coragem. Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo político feminista de Recife*, PE- Tesis de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil, 2007.
- BORDO, Susan, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, Berkeley: University of California Press, 1993.
- BOLTANSKI, Luc, «Les usages sociaux du corps», en *Les Annales*, vol. 76, n.º 1, París, 1971, pp. 205-233.
- *La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, París: Gallimard, 2004.
- BONAN, Claudia, «Sexualidad, reproducción y reflexividad: en busca de una modernidad distinta», en Kathya ARAÚJO y Carolina IBARRA (eds.) *Sexualidades y sociedades contemporáneas*, Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2003, pp. 21-44.
- BORGES, F., Mario DE PEÑA, M. MERCANT y G. GALLINO, *Medicina legal*, Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1989.
- BOURDIEU, Pierre, *Outline of A Theory of Practice*, Cambridge: Cambridge University Press, 1977.
- *¿Qué significa hablar?*, Madrid: Akal Universitaria, 1985.
- *Razones prácticas*, Barcelona: Editorial Anagrama S. A., 1994.
- *La miseria del mundo*, Buenos Aires: FCE, 1999 [1993].
- *La dominación masculina*, Barcelona: Anagrama, 2000 [1998].
- *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*, Buenos Aires: Montessor, 2002.
- *Esboço de auto-análise*, San Pablo: Companhia das Letras, 2005 [2004].
- *El sentido práctico*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2010 [1980].
- Jean-Claude CHAMBERON y Jean-Claude PASSERON, *El oficio de sociólogo*, México: Siglo Veintiuno Editores, 1994.
- y Loïc WACQUANT, *Responses. Pour une anthropologie réflexive*, París: Editions du Soleil, 1992.
- BOYLE, Mary y Jane MCEVOY, «Putting Abortion in Its Social Context: Northern Irish Women's Experience of Abortion in England», en *Health*, n.º 2, Sage, 1998, pp. 283-304.
- BOZON, Michel, *Sociologia da sexualidade*, Río de Janeiro: FGV, 2004.
- BRAIDOTTI, Rosi, *Sujetos nómades*. Argentina, Paidós, 2000.
- BRANCATO, Rosana, Nicolás CAMACHO, Debora FEIJÓ, Gloria LECUY, Heberto MARTÍNEZ, Silvia NAVILE y Diego SERE, «¿Aborto u homicidio?», en *Anales - Jornadas Uruguayas de Criminología*, vol. 2, , Montevideo: Editorial DINCPCR, 1989.
- BRANDÃO, Elaine REIS, «Iniciación sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil», en Maria Luíza HEILBORN (org.), *Familia e sexualidade*, Río de Janeiro: Editora FGV, 2004, pp. 63-86.
- BRIOZZO, Leonel, *El aborto provocado: un problema humano*, 2003 (fotocopia).
- (coord.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2003.

- BRIOZZO, Leonel (ed.) *Iniciativa sanitaria contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: IS/Arena, 2007.
- (comp.) *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay*, Montevideo: Dedos, 2008.
- Ana LABANDERA, Mónica GORGOROSO y José E. PONS, «Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo», en Leonel BRIOZZO (ed.), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Arena, 2007, pp. 21-44.
- Fabián RODRÍGUEZ, Ima LEÓN, Gonzalo VIDIELLA, Gustavo FERREIRO y José E. PONS, «Social Issues in Reproductive Health: Unsafe Abortion in Uruguay», en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n.º 85, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2004, pp. 70-73.
- Fabián RODRÍGUEZ y José E. PONS, «Muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo: la verdad. Análisis sobre las conclusiones acerca de la morbilidad materna a las que arriba el artículo. ¿Hay que ligar la vena cava en forma sistemática en la sepsis obstétrica?», *Archivo de Ginecología Obstétrica*, vol. 42, n.º 1, Montevideo, Sociedad Ginecotológica del Uruguay, abril de 2004, pp. 42-44.
- Fabián RODRÍGUEZ, GONZALO VIDIELLA, Gustavo FERREIRO, Ima LEÓN y José E. PONS, «Unsafe Abortion in Uruguay», en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n.º 85, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2004, pp. 70-73.
- Fabián RODRÍGUEZ, JUSTO ALONSO, José E. PONS, Mónica GORGOROSO, Juan FREGEIRO y Gonzalo VIDIELLA, «Policlínicas de asesoramiento de mujeres que desean la interrupción voluntaria del embarazo. Impacto en el descenso de la mortalidad materna», en *Segundo encuentro universitario salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Avances en investigación nacional*, Montevideo: Facultad de Psicología, 2006a, pp. 281-288.
- Gonzalo VIDIELLA, Fabián RODRÍGUEZ, MÓNICA GORGOROSO, Aníbal FAÚNDES, José E. PONS, «A Risk Reduction Strategy to Prevent Maternal Deaths Associated with Unsafe Abortion», en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n.º 95, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2006b, pp. 221-226.
- Gonzalo VIDIELLA, Beatriz VIDARTE, Gustavo FERREIRO, José Carlos CUADRO y José Enrique PONS, «El aborto provocado en condiciones de riesgo. Emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna», en *Revista Médica del Uruguay*, vol. 18, n.º 1, Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2002, pp. 4-14.
- BRITO, Mariano *Legislación y bioética*, Universidad de Montevideo, n.º 2, 2001, pp. 8-13.
- BROWN, Josefina, «De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza», en Mónica PETRACCI y Silvina RAMOS (comp.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Buenos Aires: Cedes, 2006a, pp. 131-156.
- «Entre el silencio y el escándalo. El aborto como asunto de debate político en la Argentina», ponencia presentada en *Fazendo Género 7*, Florianópolis, 2006b.
- BUGALHO, Antonio, Cassimo BIQUE, Luisa ALMEIDA y Aníbal FAÚNDES, «The Effectiveness of Intrauterine Misoprostol (Cytotec) in Inducing Abortion after Eleven Weeks of Pregnancy», en *Studies in Family Planning*, vol. 24, n.º 5, Population Council, 1993, pp. 319-323.
- BUTLER, Judith; SCOTT, Joan (ed.) *Feminists theorize the political*. Routledge Chapman & Hall, Nueva York, 1992.

- BUNCH, Charlotte, Claudia HINOJOSA y Niamh REILLY (eds.), *Derecho de las mujeres son derechos humanos*, México: Edamex, 2000.
- BUNSTER, Ximena, «Sobreviviendo más allá del miedo», en Isis, *La mujer ausente. Derechos humanos en el mundo*, Santiago de Chile: Isis Internacional, 1991, pp. 41-62.
- BUSTOS, Raúl, Alfredo TOLEDO y Gustavo QUESADA, *Adolescencia: salud integral y embarazo precoz*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública/Unicef, 1994.
- CABRERA, Silvia y otros, *Caracterización socioepidemiológica de las usuarias que consultan con intención de interrumpir su embarazo, en la policlínica ginecocológica A de asesoramiento en el Centro Hospitalario Pereira Rossell por el período comprendido entre marzo y abril de 2005*, Montevideo: Facultad de Enfermería, 2005.
- CAIROLI, Milton, *Curso de Derecho Penal Uruguayo*, vol. 3, Montevideo: Editorial Fondo de Cultura Universitaria, 1989.
- CAMACHO, Nicolás, Silvia NAVILE, Gloria LEWI, Debra FEIJÓ, Heberto MARTÍNEZ, Diego SERE, Rosana BRANCATO, Cristina ASQUI, Adriana BEGONIA y Fernando NOSIGLIA, «¿Aborto u homicidio?», en el *Libro de ponencias - III congreso nacional universitario, congreso latinoamericano de Derecho Penal y Criminología*, Argentina: Edita Cuyo/Centro de Estudiantes de Derecho, 1990.
- CAMPAGNOLI, Mabel A., «María Esther en el país de las pesadillas o de cómo rescatar nuestros cuerpos», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Aborto no punible. Concurso de ensayos: peligro para la vida y la salud de la madre. En torno al artículo 86 del Código penal sobre el aborto. Su significación actual*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2000, pp. 61-80.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis R., «Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos», en CERES Victora et al. (orgs) *Antropologia e ética. O debate atual no Brasil*. ABA/Ed. Universidade Federal Fulminense, Nitéroi, 2004.
- *O trabalho do antropólogo*, Ed UNESP, San Pablo, 2006.
- CARRIL, Elina y Alejandra LÓPEZ GÓMEZ, *Entre el alivio y el dolor*, Montevideo: Ediciones Trilce, 2008.
- CASTAÑEDA, Marta Patricia, «La antropología feminista hoy: algunos énfasis claves», en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 4, vol. 8, n.º 197, México DF, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, pp. 35-47.
- «Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud.» *Psicología, conocimiento, sociedad*, vol. 1, n.º 2, 2010, pp. 1-38.
- «Significados de aborto y opiniones sobre derecho a decidir en varones uruguayos.» *Estudios sociológicos*, vol. 90, 2012, pp. 739-771.
- CAVIGLIA, Martha y Fernando MENÉNDEZ, «Una propuesta: despenalizar el aborto sin descriminalizarlo» (presentación de Pedro MONTANO GÓMEZ), *La justicia uruguaya*, vol. I 12, Montevideo: Ed. Doctrina, 1995.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA (Celade), FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (FNUAP), MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), *Mujer y fecundidad en Uruguay: factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*, Montevideo: Ediciones Trilce, 1994.
- CHANETON, July y Alejandra OBERTI, «Cuando digo aborto...», en AEPA, CEDES y CENEP, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, 1998, pp. 345-354.
- CHARAUDEAU, Patrick y Dominique MAINGUENEAU, *Diccionario de análisis del discurso*, Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

- CHAZAN, Lilián Krakowski, «O melhor filmed a minha vida! O ultra-som, o corpo grávido e o corpo fetal», ponencia presentada en la VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo, noviembre de 2005.
- CHECA, Susana, «La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud», *Foro por los derechos reproductivos, nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1998, pp. 103-117.
- (ed.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Martha ROSENBERG, María Cristina ERBSRP, Elsa SCHVARTZMAN, Andrea MARIÑO, Nina ZAMBERLIN y María Alicia GUTIÉRREZ, «Estado de situación del aborto y la atención postaborto en Argentina», ponencia presentada en el Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Ppostaborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril de 2003.
- y Martha ROSENBERG, *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Buenos Aires: El Cielo por Asalto.
- CHIAROTTI, Susana, «Los derechos sexuales y reproductivos», en Cecilia CANEVARI (coord.), *Reproducción, sexualidad y ciudadanía*, Santiago del Estero: Barco Edita, 2005.
- «El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina», en: CHECA, Susana (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006, pp. 91-111.
- Mariana GARCÍA JURADO y Gloria SCHUSTER, «El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Aborto no punible. Concurso de ensayos: peligro para la vida y la salud de la madre. En torno al artículo 86 del Código penal sobre el aborto, su significación actual*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2000, pp. 19-46.
- CIRIZA, Alejandra, «Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en Argentina», en *El Catoblepas. Revistas Crítica del Presente* [EN LÍNEA], n.º 2, 2002a, pp. 18, disponible en: <<http://www.nodulo.org/ec/2002/no09p18.htm#kp10>>, visitado en mayo de 2008.
- «Pasado y presente. El dilema Wollstonecraft como herencia teórica y política», en Atilio BORÓN y Álvaro DE VITA (comp.), *Teoría y filosofía política. La recuperación de los clásicos en el debate latinoamericano: tercera parte. Ciudadanía, sociedad civil y estado en la teoría política*, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso), 2002b, pp. 217-246.
- «¿En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir», en Guillermo HOYOS VÁZQUEZ, *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía* [EN LÍNEA], Buenos Aires: Clacso, 2007, pp. 293-319, disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/hoyos/19Ciriza.pdf>>, visitado en mayo de 2008.
- CITRO, Silvia, *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*, Buenos Aires: Editorial Biblos, 2009.
- «La construcción de una antropología del cuerpo: propuestas para un abordaje dialéctico», ponencia presentada en el VII Congreso Argentino de Antropología Social. Villa Giardino, Córdoba, del 25 al 28 de mayo de 2004.
- CLADEM, *Derechos sexuales y reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional, 1995-2002*. Cladem, Montevideo, 2003.
- COLLIER, Jane y Sylvia YANAGISAKO, «Theory in Anthropology Since Feminist Practice», en *Critique of Anthropology*, n.º 9, 1989, pp. 27-37.

- COMAROFF, Jean y John COMAROFF, «Ethnography on an Awkward Scale. Postcolonial Anthropology and the Violence of Abstraction», en *Ethnography*, vol. 4, n.º 2, Sage, 2003, pp. 147-179.
- COPPOLA, Francisco, «Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay», *Revista Médica del Uruguay*, vol. 29, n.º 1, 2013, pp. 43-46.
- CORCUFF, Philippe, «Pierre Boudieu (1930-2002) leído de otra manera. Crítica postmarxista y el problema de la singularidad individual», en *Cultura y representaciones sociales* [EN LÍNEA], vol. 4, n.º 7, Universidad Nacional Autónoma de México, 2009, pp. 9-26, disponible en: <<http://www.culturayrs.org.mx/revista/num7/Corcuff09.pdf>>, visitado en diciembre de 2010.
- CORREA, Sonia y Rosalind PETCHESKY, «Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista», en Juan Guillermo FIGUEROA (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México: UNAM/PUEG/PUIS, 2001 [1994], pp. 99-135.
- CSORDAS, Thomas, «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», en *Ethos*, vol. 18, n.º 1, American Anthropological Association, 1990, pp. 5-47.
- «Somatic Modes of Attention», en *Cultural Anthropology*, vol. 8, n.º 2, American Anthropological Association, 1993, pp. 135-156.
- *Embodiment and Experience*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- «Embodiment and Cultural Phenomenology», en Gail WEISS y Honi HABER FERN, *Perspectives on Embodiment*, Nueva York: Routledge, 1999, pp. 143-162.
- CUVI, María, *Posmodernidad y cuerpos sexuados*, conferencia dictada en Quito, Universidad Andina Simón Bolívar, febrero de 2004.
- DA MATTA, Roberto, «El oficio de etnólogo o cómo tener *Anthropological Blues*», en Mauricio BOIVIN, Ana ROSATO y Victoria ARRIBAS, *Constructores de otredad*, Buenos Aires: Antropofagia, 2004, pp. 172-178.
- DARRÉ, Silvana, *Políticas de género y discurso pedagógico. La educación sexual en el Uruguay del siglo XX*, Montevideo: Trilce, 2005.
- DAVIS-FLOYD Robbie y Gloria ST. JOHN, «The Technocratic Model of Medicine», en Robbie DAVIS-FLOYD y Gloria ST. JOHN, *From Doctor to Healer: the Transformative Journey*, Nueva Jersey: Rutgers University Press, 1998, pp. 15-48.
- DE BARBIERI, Teresita, «Sobre la categoría de género: una introducción teórico-metodológica», en Sandra AZEREDO y otros (coord.), *Directos reproductivos*, San Pablo: Fundación Carlos Chagas (Prodir), 1991, pp. 26-46.
- «Certezas y malos entendidos sobre la categoría género», en Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *Estudios básicos de derechos humanos IV* (serie *Estudios de derechos humanos IV*), Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1996, pp. 47-84.
- DE BEAUVOIR, Simone, *El segundo sexo*. Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, 1965.
- DE LAURETIS, Teresa, *Sogetti eccentrici*, Milán: Feltrinelli, 1999.
- DEL PRIORE, Mary, «Viagem pelo imaginário do interior feminino», en *Revista Brasileira de História* [EN LÍNEA], vol. 19, n.º 37, Asociación Nacional de Historia, 1999, disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01021881999000100009&script=sci_arttext&tlng=en>, visitado en abril de 2007.
- DEL RÍO FORTUNA, Cynthia, «El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo», en *Cuadernos de Antropología Social*, n.º 25, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2007, pp. 169-188.

- DEVAULT, Marjorie, «Talking and Listening from Women's Standpoint: Feminist Strategies for Interviewing and Analysis», en *Social Problems*, vol. 37, n.º 1, Oxford University, 1990, pp. 96-116.
- DI GIOVANNI, Rosângela, «Projetos de vida: um estudo das representações femininas do aborto», disertación de maestría en Antropología Social, Universidad Estatal de Campinas, 1983.
- DI TULLIO, Anabella, «Discutiendo el contrato social: Mary Wollstonecraft y Carole Pateman» [CD-ROM], ponencia presentada en las VIII Jornadas de Historia de las Mujeres/ III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Villa Giardino, Universidad Nacional de Córdoba, del 25 al 28 de octubre de 2006.
- DIDES, Claudia, «La anticoncepción de emergencia. ¿Quiénes deciden sobre nuestros cuerpos y nuestra sexualidad», en *Revista Nomadas*, vol. 5, n.º 5, Santiago de Chile, Centro de Estudios de Género y Cultura de América Latina, Universidad de Chile, 2001.
- *Voces en emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*, Chile: Flacso, 2006.
- DINIZ, Debora, «¿O que é isso que chamamos antropologia da saúde em Brasil?», en *Revista Múltipla*, vol. 1, n.º 2, Brasil, UPIS, 1997, pp. 41-64.
- «Abortion in Brazilian Bioethics», en *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 13, n.º 3, Inglaterra, Cambridge University, 2004, pp. 275-279.
- «Bioética e gênero», en *Revista Bioética*, vol. 16, n.º 2, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2008, pp. 207-216.
- «Bioethics and culture», en *Developing World Bioethics*, vol. 10, n.º 3, International Association of Bioethics, 2010, pp. II-III.
- «Objecção de consciência e aborto: direitos y deveres dos médicos na saúde pública», *Revista de Saúde Pública*, vol. 45, n.º 5, 2011, pp. 981-985.
- «Voces y textos», en: *Seminario Regional Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos*, Montevideo, Cotidiano Mujer, 2014, pp.31-48.
- y Marco ALMEIDA, «Bioética y aborto», en Sérgio COSTA y otros (org.), *Iniciación a la Bioética*, Brasilia: CFM, 1998, pp. 125-138.
- y Cristina GONZÁLEZ, «Bioética feminista: a emergência da diferença», en *Revista Estudos Feministas*, vol. 2, n.º 98, Florianópolis, Universidad Federal de Santa Catarina, 1998, pp. 255-262.
- y Cristiano GUEDES, «A ética na história do aconselhamento genético: um desafio à educação médica», en *Revista Brasileira de Educação Médica*, n.º 33, Río de Janeiro, Asociación Brasileña de Educación media, 2009, pp. 247-252.
- y Dirce GUILHEM, «O resgate do político do conceito da vulnerabilidade», en *Bioética*, n.º 7, 2000, pp. 181-187.
- DOMÍNGUEZ MON, Ana, «El consentimiento informado en salud: reflexiones sobre los sentidos sociales de la bioética», en Marcelo ÁLVAREZ (comp.), *Antropología y práctica médica*, Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, 1997, pp. 25-42.
- «Debates y dilemas en la salud reproductiva de las embarazadas VIH positivas», en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, n.º 6, FLACSO, 1998.
- «El enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Análisis antropológico de la noción de riesgo en el manual Paltex de la OPS», en Ana DOMÍNGUEZ MON y otros, *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires: Editorial Dunken, 2000.

- DOMÍNGUEZ MON, Ana, «La perspectiva de género en el abordaje ético de las investigaciones sociales», en María Lucrecia ROVALETTI (ed.), *Avances y exigencias en la ética de la investigación en el campo de las ciencias sociales y/o humanas*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.
- Susana ROSTAGNOL, «Las construcciones de género en las relaciones de campo», ponencia presentada en las IV Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos, Buenos Aires, IDES, agosto de 2004.
- DOUGLAS, Mary, *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*, Madrid: Alianza Editorial, 1978 [1973].
- Aron WILDAVSKY, *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technical and Environmental Danger*, Berkeley: University of California Press, 1992.
- DUFAU, Graciela, *Regulación jurídica del aborto en el Uruguay*. Montevideo: GRECMU, Serie Lila, 1998.
- *El tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe. Informe nacional de Uruguay* [EN LÍNEA], Montevideo: Cladem, 1997, disponible en: <<http://www.derechos.org.ar/cladem/aborto/uru.html>>, visitado en mayo de 2004.
- *El Pacto de San José de Costa Rica y el aborto* [EN LÍNEA], Cladem, 2002, disponible en: <<http://www.cladem.org/espanol/nacionales/uruguay/uruguay1.asp>>, visitado en mayo de 2004.
- DURAND, Teresa y María Alicia GUTIÉRREZ, «Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos», en AEPa/CEDES/CENEP, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograff, 1998, pp. 281-302.
- ELIAS, Norbert, *El proceso de la civilización*, Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- EMERSON, Robert, Rachel FRETZ y Linda SHAW, *Writing Ethnographic Fieldnotes*, Estados Unidos: University of Chicago Press, 1995.
- ENRÍQUEZ, Lourdes y Claudia DE ANDA (coord.), *Despenalización del aborto en la ciudad de México*, México DF: Universidad Autónoma de México/IPAS/Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2009.
- EPELE, María, «Aportes de la antropología médica a la problemática del VIH-SIDA en la institución hospitalaria», en *Revista Kallawaya*, n.º 2, La Plata-Salta, Instituto de Investigaciones en Antropología Médica y Nutricional., 1995, pp. 9-14.
- «Lógica causal y (auto)cuidado. Paradojas en el control médico del VIH-SIDA», en *Revista del Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales*, Rosario, Universidad Nacional de Rosario, 1997, pp. 87-94.
- FASSIN, Didier, «Santé et immigration. Les vérités politiques du corps», en *Cahiers de l'URMIS*, n.º 5, París, 1999, pp. 69-76.
- «The Biopolitics of Otherness», en *Anthropology Today*, vol. 17, n.º 1, Royal Anthropological Institute, 2001, pp. 3-7.
- «Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud», en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 40, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2004 [2000], pp. 283-318.
- FAUBIAN, James, George MARCUS y Michael FISCHER, *Fieldwork Is Not What It Used To Be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition*, Estados Unidos: Cornell University Press, 2009.
- FAÚNDES, Aníbal (ed.), *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2007.
- José BARZELATTO, *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Bogotá: Tecnopres Ediciones/Tercer Mundo Editores, 2005.

- FEIJOO, María del Carmen, «La influencia de los referentes teóricos y de los contextos sociales en la fijación de las agendas de investigación sobre las relaciones de género», en Virginia GUZMÁN y Eugenia HOLA (eds.), *El conocimiento como un hecho político*, Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer, 1996.
- FERNÁNDEZ, Ana María, «Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía», en Susana CHECA (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires: Paidós, 2003.
- Débora TÁJER, «Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos», en Susana CHECA (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006, pp. 33-47.
- FERREIRA, Jacqueline, «Semiologia do corpo», en Ondina FACHEL LEAL (org.), *Corpo e significado. Ensaios de antropologia social*, Porto Alegre: Editora da Universidade, 1995, pp. 89-104.
- FIGO/WHO Task Force, *Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos*, Campinas: Ciemcamp, 1997.
- FIGUEIRA-MCDONOUGH, Josefina, «Abortion, Ambiguous Criteria and Confusing Policies», en *Affilia*, vol. 5, n.º 4, Sage, 1990, pp. 27-54.
- FIGUEROA, Juan Guillermo, «Un apunte sobre ética y derechos reproductivos», en GUILLERMO FIGUEROA, Juan (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México DF: UNAM/PUEG/PUIS, 2001, pp. 303-310.
- YANES, Mariana, «Presentación», en: Juan G. FIGUEROA, *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México, UNAM, 2001, pp. 5-37.
- FONSECA, Claudia, «Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação». *Revista Brasileira de Educação*, San Pablo, n.º 10, 1999, pp. 58-78.
- FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1998.
- *Aborto no punible. Concurso de ensayo: peligro para la vida y la salud de la madre. En torno al artículo 86 del Código penal sobre el aborto, su significación actual*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2000.
- Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post-Aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Buenos Aires, 21 y 22 de abril de 2003.
- FOUCAULT, Michael, *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, México DF: Siglo Veintiuno Editores, 1986 [1976].
- *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, México DF: Siglo Veintiuno Editores, 1988.
- *Microfísica del poder*, Madrid: La Piqueta, 1991.
- FRAISSE, Genevieve, «L' habeas corpus de femmes: une double revolution?», en Etienne-Emile BAULIEU, Francoise HERITIER y Henry LERIDON, *Contraception: contrainte et liberté?*, París: Odile Jacob, 1999, pp. 53-60.
- FRANKENBERG, Ronald, «Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología», en *Cuadernos de Antropología Social*, n.º 17, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2003, pp. 11-27.
- FRASER, Nancy, «Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de la democracia realmente existente», en *Debate Feminista*, vol. 4, n.º 7, México DF, 1993, pp. 23-58.
- *Iustitia interrupta. Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*, Bogotá: Universidad de los Andes y Siglo del Hombre Editores, 1997.

- FREIRE COSTA, Jurandir, «A medicina como projeto sócial», en *Caderno Cepia - Saber Médico, Corpo e Sociedade*, n.º 4, Río de Janeiro, Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, 1998.
- FRIED, Marlene, «The Politics of Abortion: a Note», en *Indian Journal of Gender Studies*, n.º 13, 2003, pp. 229-245.
- FUCHS, Catherine, «Variations discursives», en *Langages*, n.º 70, París, Armand Colin, 1983, pp. 15-34.
- GAGNON, John y William SIMON, *Sexual Conduct: the Social Sources of Human Sexuality*, Chicago: Aldine, 1973.
- GALINDO CASTRO, Adrián, «Conflictos axiológicos y libertades civiles en torno a la interrupción voluntaria del embarazo», *El cotidiano*, Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, vol. 152, 2008, pp. 53-58.
- GARCÍA PINTOS, Salvador, *El nuevo derecho al aborto libre: sus fundamentos jurídicos y biológicos*, Montevideo: Editorial Juan Zorrilla de San Martín, 1934.
- *El respeto a la vida: consideraciones biológicas y jurídicas*, Montevideo: Editorial A. Monteverde, 1935.
- GEERTZ, Clifford, *The Interpretation of Cultures*, Nueva York: Basic Books, 1973.
- «Os usos da diversidade», en *Horizontes Antropológicos*, n.º 10, Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, 1999, pp. 13-34.
- GELLNER, Ernest, *Posmodernismo, razón y religión*, Buenos Aires: Paidós, 1994.
- GIDDENS, Anthony, *Central Problems in Social Theory. Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*, Berkeley: University of California Press, 1979.
- *Consecuencias de la modernidad*, Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid: Cátedra, 1995.
- GIL DOMÍNGUEZ, Andrés, «Aborto voluntario: la constitucionalización de la pobreza», en *La Ley, Suplemento de Derecho Constitucional*, Buenos Aires: Revista Jurídica Argentina, 14 de diciembre de 1998.
- GILLIGAN, Carol, *In a Different Voice*, Estados Unidos: Harvard University Press, 1982.
- GINSBURG, Faye, *Contested Lives. The Abortion Debate in an American Community*, Los Ángeles: University of California Press, 1989.
- «Cuando los nativos son nuestros vecinos», en Mauricio BOIVIN, Ana ROSATO y Victoria ARRIBAS, *Constructores de otredad*, Buenos Aires: Antropofagia, 1999 [1992], pp. 186-193.
- y Rayna RAPP, «The Politics of Reproduction», en *Annual Review of Anthropology*, n.º 20, Annual Reviews, 1991, pp. 311-343.
- GOFFMAN, Erving, *Ritual de la interacción*, Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 1970.
- *La representación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.
- GOGNA, Mónica y Silvina RAMOS, «El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública», en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, n.º 2, Buenos Aires, Flasco, 1996, pp. 134-140.
- María Alicia GUTIÉRREZ y Silvina RAMOS, «Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (Argentina)», en Elisabete DÓRIA BILAC y Maria Isabel BALTAR DA ROCHA (orgs.), *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*, Prolap, ABEP y NEPO/Unicamp, Campinas: Editora 34, 1998, pp. 183-210.

- GOLDE, Peggy (ed.), *Women in the Field: Anthropological Experiences*, Berkeley: University of California Press, 1970.
- GONZÁLEZ DE LEÓN AGUIRRE, Deyanira, «Los médicos y el aborto», en *Salud Pública en México*, vol. 37, n.º 3, México DF, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, pp. 248-255.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México DF: El Colegio de México, 1993.
- GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina (coord.), *Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, Montevideo: Cotidiano Mujer, 2008.
- GOODALE, Jane, *Tixi Wives: a Study of the Women of Melville Island, North Australia*, Seattle: University of Washington Press, 1971.
- GORGOROSO, Mónica, Leticia CAMBRE y Verónica FIOL, *Iniciativas Sanitarias: un proyecto y sus resultados*, Montevideo: Mimeo, 2009, p. 6.
- GREGORIO GIL, Carmen, «Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder», en *AIBR - Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 1, n.º 1, Madrid, Antropólogos Iberoamericanos en Red, pp. 22-39.
- GRIMBERG, Mabel, «Sexualidad y construcción social del SIDA: las representaciones médicas», en *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 70, Colegio Médico de Chile, 1995, pp. 37-51.
- «Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención del VIH-SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires», *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 75, Colegio Médico de Chile, 1999, pp. 65-76.
- «Sexualidad, cuidado sexual y VIH-SIDA. Problemáticas de prevención en jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires», en *Revista Ensayos y Experiencias. Revista de Psicología en el Campo de la Educación*, Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas, 2001.
- «Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género», en *Horizontes Antropológicos*, vol. 8, n.º 17, Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande del Sur, 2002, pp. 47-75.
- «Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH», en *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 17, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2003, pp. 79-99.
- GROS ESPIELL, Héctor, «La Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo», en *Revista Jurídica del Centro de Estudiantes de Derecho*, vol. 5, n.º 11, Montevideo, Universidad de Montevideo, junio de 1996, pp. 11-13.
- GROSSI, Miriam P., «Na busca do outro encontra-se a si mesmo». En *Vários: Trabalho de campo e subjetividade*, Florianópolis, 1992, pp. 7-18.
- GUBER, Rosana, *El salvaje metropolitano*, Buenos Aires: Editorial Legasa, 1991.
- GÜESMEZ, Ana, «Estado laico, democracia y aborto», en Susana CHECA (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006, pp. 131-149.
- GÜIDA, Carlos, Valeria RAMOS y Angélica VITALE, «Conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos», en *Segundo encuentro universitario salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Avances en investigación nacional*, Montevideo: Facultad de Psicología, 2006, pp. 363-400.
- GUILLAUME, Agnes y Susana LERNER, *El aborto en América Latina y el Caribe* [EN LÍNEA], París: Centre de Developpement (CEPED), 2006, disponible en: <[Comisión Sectorial de Investigación Científica](http://www.ceped.org/cgi/wwwisis.cgi/[in=../cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/genisis.in]/>.</p>
</div>
<div data-bbox=)

- GUTIÉRREZ, María Alicia, «Parirás con dolor: aborto, derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesiástica», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1998, pp. 75-93.
- «Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres», en M. ABREGÚY y Silvina RAMOS, (comps.), *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, vol. 2, n.º 3, Buenos Aires, CEDES, CELS, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, 2000.
- «Iglesias, política y derechos sexuales y reproductivos: estado actual en Latinoamérica», en Cladem, *Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos*, Lima: Cladem, 2002, pp. 59-78.
- «Silencios y susurros: la cuestión de la anticoncepción y el aborto», en Carlos CÁCERES y otros (eds.), *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*, Lima: UPCH, pp. 129-140.
- Sandra VÁZQUEZ, Nilda CALANDRA y Enrique BERNER, «El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes», en Susana CHECA (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006.
- HARAWAY, Donna, «A Manifesto for Cyborgs: Science, Technology and Socialist Feminism in the 1980's», en Linda NICHOLSON (ed.), *Feminism/postmodernism*, Nueva York: Routledge Press, 1990, pp. 190-234.
- «Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective», en *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*, Nueva York: Routledge, 1991.
- *Modest_Witness@Second_Millennium.Female.Man©_Meets_Oncomouse™*, New York and London: Routledge, 1997.
- HARDEN, Angela y Jane OGDEN, «Young Women's Experiences of Arranging and Having Abortions», en *Sociology of Health and Illness*, Wiley, 1999, pp. 426-444.
- HASTRUP, Kirsten, «Writing Ethnography: State of the Art», en Judith OKELY y Helen CALLAWAY, *Anthropology and Autobiography*, Londres: Routledge, 1992, pp. 116-133.
- HEILBORN, Luiza, «Corpo, sexualidade e gênero», en Denise DOURADO (comp.), *Feminino-masculino. Igualdade e diferença na justiça*, Porto Alegre: Sulina, 1997.
- «Experiencia da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenil», en Maria Luiza HEILBORN y otros (org.), *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*, Brasil: Garamond y Fiocruz, 2006, pp. 30-59.
- HELLER, Agnes, *Historia y vida cotidiana. Aportaciones a la sociología socialista*, México DF: Grijalbo, 1985 [1970].
- HÉRITIER, Françoise, «Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso», en Michel FREE, Ramona RADAFF y Nadia TAZI (eds.), *Fragments para una historia del cuerpo humano*, Madrid: Taurus, 1991, pp. 281-299.
- *Masculino/Femenino II: disolver la jerarquía*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- HERNÁNDEZ, Aída, *On Feminisms and Postcolonialisms: Reflections South of the Río Grande* [EN LÍNEA], 2005, disponible en: <<http://www.ciesas.edu.mx/proyectos/pagina/t/aida/aidapublicaciones8.pdf>>, visitado en noviembre de 2008.
- «Postmodernismos y feminismos: diálogos, coincidencias y resistencias», en *Desacatos*, 13, México DF, CIESAS, 2003.

- HERRERA, Susana, *El aborto inducido: ¿Víctimas o victimarias?*, colección Género, Cultura y Sociedad, Santiago de Chile: Catalonia, 2004.
- HOOGLAND, Renée, «Fact and Fantasy: the Body of Desire in the Age of Posthumanism», *Journal of Gender Studies*, vol. 11, n.º 3, Routledge, 2002, pp. 213-231.
- IGLESIA EVANGÉLICA VALDENSE-COMISIÓN DE BIOÉTICA, comunicado a los miembros de la honorable Cámara de Senadores [EN LÍNEA], Colonia Miguelete, 2004, disponible en: <<http://www.chasque.apc.org/frontpage/aborto/01notio22.htm>>, visitado en marzo de 2005.
- IRIGARAY, Luce, *Speculum. De l'autre femme*, París: Minuit, 1974.
- JACKSON, Anthony (ed.), *Anthropology at Home*, ASA Monographs 25, Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- JACKSON, Michael, «Knowledge of the Body», en *Man*, n.º 18, Londres, Royal Anthropological Institute, 1983, pp. 327-345.
- JIMENO, Myriam, *Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- «La vocación crítica de la antropología en Latinoamérica», en *Antípoda*, n.º 1, Bogotá, Universidad de los Andes, 2005, pp. 43-65.
- JONES, Daniel, «El debate parlamentario sobre la ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay (2002-2004)», en Lilián ABRACINSKAS y Alejandra LÓPEZ GÓMEZ (coord.), *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*, Montevideo: MYSU, 2007, pp. 53-98.
- KERBER, Lisa, «Sin and Sacrifice: Defining Abortion in Belo Horizonte, Brazil», ponencia presentada en el XXI Congreso de LASA, Chicago, del 24 al 26 de noviembre de 1998, disponible en: <<http://lanic.utexas.edu/project/ilassa/conference/1999/papers/kerber.htm>>, visitado en abril de 2008.
- KLEIN, Laura, «Cómo pensar el aborto terapéutico», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Aborto no punible. Concurso de ensayos: peligro para la vida y la salud de la madre. En torno al artículo 86 del Código penal sobre el aborto, su significación actual*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2000, pp. 97-121.
- *Fornicar y matar. El problema del aborto*, Buenos Aires: Planeta, 2005.
- KNAUTH, Daniela, «Maternidade sob o signo da AIDS: um estudo sobre mulheres infectadas», en Albertina DE OLIVEIRA COSTA (comp.), *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*, San Pablo: Fundación Carlos Chagas/Editora 34, 1997, pp. 39-65.
- KROTZ, Esteban, «Viaje, trabajo de campo y conocimiento antropológico», en *Ateridades*, vol. 1, n.º 1, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, 1991, pp. 50-57.
- KUMAR SRIVASTAVA, Vinay, *Methodology and Fieldwork*, India: Oxford Indian Paperbacks, 2005.
- LABASTIE, Mariana, «Diez años de discusión: ley de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Actores y discursos», en *VIII Jornada de investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales*, Montevideo: Udelar, 2009.
- LAGARDE, Marcela, «Identidad de género y derechos humanos», en Laura GUZMÁN STEIN y Gilda PACHECO (comp.), *Estudios básicos de derechos humanos IV*, San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1996, pp. 85-126.
- *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.
- «Antropología, género y feminismo», en Griselda GUTIÉRREZ CASTAÑEDA (coord.), *Feminismo en México. Revisión histórico-crítica del siglo que termina*, México: UNAM/PUEG, 2002.

- LAMAS, Marta, «Usos, dificultades y posibilidades de la categoría *género*», en Marta LAMAS (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: Miguel Ángel Porrúa/PUEG, 1997a, pp. 327-366.
- «The Feminist Movement and the Development of Political Discourse on Voluntary Motherhood in Mexico», en *Reproductive Health Matters*, vol. 10, Reproductive Health Matters, 1997b, pp. 58-67.
- *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, México: Plaza Janés, 2001.
- «Aborto: viejo problema y nuevos dilemas», en *Perinatalogía y Reproducción Humana*, n.º 18, Elsevier, 2004, pp. 34-43.
- «Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo», en *Desacatos*, n.º 17, México DF, CIESAS, 2005, pp. 57-77.
- «El aborto en la agenda del desarrollo de América Latina», en *Perfiles Latinoamericanos*, n.º 31, México DF, FLACSO-México, 2008, pp. 65-94.
- LAMBEK, Michael, «Body and Mind in Mind, Body and Mind in Body: Some Anthropological Interventions in a Long Conversation», en Michael LAMBEK y Andrew STRATHERN, *Bodies and Persons. Comparative Perspectives from Africa and Melanesia*, Nueva York: Cambridge University Press, 1998, pp. 103-123.
- LANGÓN, Miguel, «El proyecto uruguayo de ley sobre interrupción voluntaria de la gravidez del año 1979», en *Revista La Justicia Uruguaya*, n.º 91, Montevideo, 1979a.
- *Interrupción voluntaria de la gravidez*, Montevideo: Ediciones Jurídicas Amalio M. Fernández, 1979b.
- «Primeros datos estadísticos elaborados por el Centro de Investigación y Estudios Criminológicos (causas de homicidios y abortos sentenciados en el año 1982)», en *Revista La Justicia Uruguaya*, n.º 90, Montevideo: La Justicia Uruguaya, 1985.
- LAQUEUR, Thomas, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*, Estados Unidos: Harvard University Press, 1990.
- «Amor veneris, vel dulcior appeletur», en Michel FEHER, Ramona NADDAFF y Nadia TAZI (eds.), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, Madrid: Taurus, 1991, pp. 91-131.
- LAUDANO, Claudia, «Cuando el aborto está en los medios», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1998, pp. 119-130.
- LEACH, Edmund, *Sistemas políticos de Alta Birmania. Estudio sobre la estructura social Kachim*, Barcelona: Anagrama, 1977 [1954].
- LEAL FACHEL, Ondina y Bernardo LEWGOY, «Pessoa, aborto e contracepção», en Ondina LEAL FACHEL (org.), *Corpo e significado. Ensaios de antropologia social*, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995, pp. 57-75.
- LE BRETON, David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1995.
- LEE, Ellie, *Abortion, Motherhood and Mental Health*, Nueva York: Aldine de Gruyter, 2003.
- LERIDON, Henry, *Les enfants du désir*, París: Julliard, 1995.
- LÉVI-STRAUSS, Claude, *Antropología estructural*, Buenos Aires: Eudeba, 1976.
- «Introducción», en Marcel MAUSS, *Sociología y antropología*, España: Tecnos, 1979.
- LI PUMA, Edward, «Modernity and Forms of Personhood in Melanesia», en Michael LAMBEK y Andrew STRATHERN, *Bodies and Persons. Comparative Perspectives from Africa and Melanesia*, Reino Unido: Cambridge University Press, 1998, pp. 53-79.

- LINS RIBEIRO, Gustavo, «Descotidianizar: extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica», en *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 1, n.º 2, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 1988, pp. 65-70.
- LINTON, Sally, «La mujer recolectora: sesgos machistas en antropología», en Olivia HARRIS y Kate YOUNG (comp.), *Antropología y feminismo*, Buenos Aires: Anagrama, 1979, pp. 35-46.
- LISTA, Carlos A., «El debate sobre la despenalización del aborto. Androcentrismo y consenso normativo», ponencia presentada en el Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CENEP/OMS, CEDES, AEPA, Buenos Aires, 6 y 7 de mayo de 1996.
- «El debate subyacente: aborto y cosmovisiones morales», en Juan Guillermo FIGUEROA, (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México DF: UNAM, 2001.
- LLOVET, Juan José y Silvina RAMOS, *La práctica del aborto en mujeres de sectores populares de Buenos Aires*, Buenos Aires, documento CEDES, 4, 1988.
- LOCK, Margaret, «Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice and Knowledge», en *Annual Review of Anthropology*, n.º 22, 199, Annual Reviews, 1993, pp. 135-155.
- LÓPEZ, Elsa, *Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva*, colección Sociedad, Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC/UBA, 1997.
- LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra, *Proyecto Género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya*. UNFPA, Montevideo, 2005.
- LOREA, Roberto Arriada, «Acceso a o aborto e libertades laicas», en *Horizontes Antropológicos*, vol. 12, n.º 26, Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande del Sur, 2006, pp. 185-201.
- LOYOLA, María Andréa, *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*, San Pablo: Difel, 1984.
- LOZANO, Fernanda, Salomé FERNÁNDEZ y Hugo RODRÍGUEZ, «Muerte materna por aborto inseguro como falla del primer nivel de atención», en *Revista Médica Uruguaya*, n.º 23, Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2007, pp. 389-390.
- LUGONES, María y Elizabeth SPELMAN, «Have We Got a Theory for You! Feminist Theory, Cultural Imperialism and the Demand for ‘the Woman’s Voice’», en Marilyn EARSSALL (coord.), *Women and Values: Readings in Recent Feminist Philosophy*, Belmont: Wadsworth, 1986, pp. 19-31.
- LUNA, Florencia, «Introducción», en Florencia LUNA y Arleen SALLES (intr. y selección de artículos), *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1995, pp. 41-55.
- y Arleen SALLES, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.
- LUPTON, Deborah (coord.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- y John TULLOCH, «The Adolescent ‘Unfinished Body’, Reflexivity and HIV/AIDS Risk», en *Body and Society*, vol. 4, n.º 2, Sage, 1998, pp. 19-34.
- MCGRAW, Jason, «Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial en la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930», en *Revista Estudios Sociales*, n.º 27, Bogotá, Universidad de los Andes, 2007, pp. 62-75, disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/815/81502705.pdf>>, visitado en agosto de 2010.
- MACCORMACK, Carol y Marilyn STRATHERN, *Nature, Culture and Gender*, Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

- MACHADO, Maria DAS DORES CAMPO, «Identidade religiosa e moralidade sexual entre católicos e evangélicos», en Albertina DE OLIVEIRA COSTA (org.), *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*, San Pablo: Fundación Carlos Chagas/Editora 34, 1997.
- MADAN, Triloki N., «In Pursuit of Anthropology», en Vinay KUMAR SRIVASTAVA (ed.), *Methodology and Fieldwork*, India: Oxford University Press, 2004.
- MAIER, Kelly, «Pregnant Women: Fetal Containers or People with Rights?», en *Affilia*, vol. 4, n.º 2, Sage, 1989, pp. 8-20.
- MAFFÍA, Diana, «Aborto no punible, ¿qué dice la ley argentina?», en Susana CHECA (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires: Paidós, 2006, pp. 149-158.
- MALET VÁZQUEZ DE OLMOS, Mariana C., «Algunos comentarios sobre los proyectos de interrupción de la gravidez», en *Revista de la Facultad de Derecho*, n.º 6, Montevideo, Universidad de la República, 1994.
- MALINOWSKI, Bronislaw, *Argonauts of the Western Pacific*, Reino Unido: Routledge & Kegan, 1978 [1922].
- MANN, Jonathan y otros, *Aids in the World*, Reino Unido: Harvard University Press, 1992.
- MANNINEN, Bertha, «Revisiting the Argument from Fetal Potential, Philosophy, Ethics, and Humanities», en *Medicine* [EN LÍNEA], vol. 2, Elsevier, 2007, p. 7, disponible en: <<http://www.peh-med.com/content/2/1/7>>, visitado en febrero de 2008.
- MARTIN, Emily, *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press, 1987.
- «The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles», en Margaret LOCK y Judith FARQUHAR (eds.), *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life*, Durham & London, Duke University Press, 2007, pp. 417-427.
- MATOSO, Elina, *El cuerpo, territorio de la imagen*, Buenos Aires: Letra Viva Editorial, 2003.
- MATTINGLY, Susan, «La díada materno-fetal. Una exploración del modelo obstétrico de dos pacientes», en Florencia LUNA y Arleen L. F. SALLES (intr. y selección de textos), *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1998, pp. 427-441.
- MATUS MADRID, Christian, «Una aproximación etnográfica a los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos», en *El Carrete Como Escenario*, vol. 12, n.º 22, Santiago, 2005.
- «El carrete como escenario. Una aproximación etnográfica a los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos» *Última Década*, n.º 22, Valparaíso Centro de Estudios Sociales, agosto, 2005, pp. 9-37.
- MAUSS, Marcel, *Sociología y antropología*, España: Tecnos, 1979.
- «Las técnicas del cuerpo», en MAUSS Marcel, *Sociología y antropología*, España: Tecnos, 1979 [1935], pp. 309-336.
- MEAD, Margaret, «The art and technology of fieldwork», en: NARROLL y COHEN, *A handbook of method in cultural anthropology*. Columbia University Press, Nueva York, 1973.
- MEILLASSOUX, Claude, *Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo*, México DF: Siglo Veintiuno Editores, 1977.
- MEJÍA, María Consuelo, «El aborto inducido: un dilema ético», en Juan Guillermo FIGUEROA (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México DF: PUEG, 2001, pp. 311-323.
- «Sexualidad y derechos sexuales: el discurso de la Iglesia católica», en *Debates Feministas*, n.º 27, México DF, 2003, pp. 45-56.

- MELONI VIERA, Elisabeth, «A medicalização do corpo femenino», en Karen GIFFIN y Sarah HAWKER COSTA (orgs.), *Questões da saúde reprodutiva*, Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 67-78.
- MENÉNDEZ, Eduardo, «Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico», en *Revista Paraguaya de Sociología*, vol. 21, n.º 61, Asunción del Paraguay, Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos, 1984, pp. 153-171.
- MERLEAU-PONTY, Maurice, *The Primacy of Perception*, Estados Unidos: Northwestern University Press, 1964.
- *Fenomenología de la percepción*, Buenos Aires: Planeta, 1993 [1945].
- MESA, Serrana y Mariana VIERA, «Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica», en *VII congreso argentino de antropología social*, Villa Giardino, 2004 (edición digital).
- MEYER, Dagmar E. ESTERMANN, Débora FALLEIROS DE MELLO, Marina MARCOS VALADÃO y José Ricardo DE CARVALHO MESQUITA AYRES, «Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade», en *Caderno de Saúde Pública*, vol. 22, n.º 6, Fundación Carlos Chagas, 2006, pp. 133-1342.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA, INSTITUTO NACIONAL DE LA FAMILIA Y LA MUJER (MEC/INFM), *Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*, Montevideo: INFM, 1995.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*, Montevideo: MSP, s/f.
- MITCHELL, Jean, «Engaging feminist anthropology in Vanuatu: locate knowledge and universal claims», *Anthropology in action*, marzo 2011, disponible en: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=709b9197-d665-440b-8437-58c46627a6f6%04osessionmgr4004&hid=4111>>, Visitado: 5 de abril de 2012.
- MITJAVILA, Miriam y Laura ECHEVESTE, «Sobre la construção social do discurso em torno da maternidade», en Albertina DE OLIVEIRA COSTA y Tina AMADO (orgs.), *Alternativas escassas. Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*, San Pablo: Fundación Carlos Chagas/Editora 34, 1994, pp. 283-300.
- MOHANTY, Chandra, «Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses», en *Boundary 2*, vol. 12, n.º 3, Durham, Duke University Press, 1984, pp. 333-358.
- «Under Western Eyes' Revisited: Feminist Solidarity through Anticapitalist Struggles», en *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 28, n.º 2, Chicago, University of Chicago press, 2003, pp. 499-535.
- MONCHAMP, Anne, «Encountering Emotions in the Field: an x Marks the Spot», en *Anthropology Matters Journal*, vol. 9, n.º 1, Association of Social Anthropologists of the UK and Commonwealth, 2007, pp. 1-7.
- MONTANO GÓMEZ, Pedro, «Análisis crítico del proyecto de 16 de junio de 1994 de despenalización del aborto en el Uruguay», en *La Justicia Uruguaya*, n.º 111, La Justicia Uruguaya, pp. 225-233.
- MONTEIRO, Simone, «Gênero, saúde e proteção entre jovens: um perfil tradicional», ponencia presentada en el XXIV Encontro Anual da Anpocs, 2000.
- MOORE, Henrietta, *Antropología y feminismo*, Madrid: Ediciones Cátedra/Universidad de Valencia, 1991 [1988].
- MOREIRA, Constanza, «Salud reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil», ponencia presentada en el Foro-Debate Población, Salud y Género, organizado por Mujer y Salud Uruguay (MYSU), Montevideo, 28 de mayo de 1999.

- MUJICA, Jaris, *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*, Lima: Promsex, 2007.
- MYSU (Mujer y Salud Uruguay), *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. UNFPA/MYSU, Montevideo, 2007.
- *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. UNFPA/MYSU, Montevideo, 2008.
- *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. UNFPA/MYSU, Montevideo, 2009.
- *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. UNFPA/MYSU, Montevideo, 2010.
- «Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado». Informe 2010-2014 del *Observatorio nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*; MYSU, Montevideo, 2014.
- NACIONES UNIDAS, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993.
- NARAYAN, Kirin, «How Native Is a 'Native' Anthropologist?», en *American Anthropology*, vol. 95, n.º 3, American Association of Anthropology, 1993, pp. 671-686.
- NARAYAN, Uma y Sandra HARDING (eds.), *Descentering the center. Philosophy for a multicultural, postcolonial, and feminist world*, Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 2000.
- NARI, Marcela, *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, Buenos Aires: Biblos, 2004.
- NASH, June, *We Eat the Mines and the Mines Eat Us: Dependency and Exploitation in Bolivian Tin Mines*, Nueva York: Colombia University Press, 1979.
- NENCEL, Lorraine, «Situating reflexivity: voices, positionalities and representations in feminist ethnographic texts», *Women's Studies International Forum*, vol. 43, 2014, pp. 75-83, disponible en: <<http://www.sciencedirect.com.proxy.timbo.org.uy:443/science/article/pii/S0277539513001398>>, visitado: 5 de junio de 2014.
- NICHTER, Mark, «Reducción de daño: una preocupación central para la antropología médica», en *Desacatos*, n.º 20, México DF, CIESAS, 2006, pp. 109-132.
- NOONAN, John T., «An Almost Absolute Value in History», en John T. NOONAN (ed.), *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*, Boston: Harvard University Press, 1970, pp. 51-59.
- NOVIK, Susana, «Democracia y fecundidad: políticas relacionadas con la salud reproductiva y la anticoncepción. Argentina 1983-2001», en *IV jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2003.
- NUGENT, Guillermo, «De la sociedad doméstica a la sociedad civil: una narración de la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú», en Claudia DIDES (comp.), *Diálogos sur-sur, sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*, Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Progénero, 2004, pp. 105-124.
- «El orden tutelar. Para entender el conflicto entre sexualidad y políticas públicas en América Latina», en Varios, *La trampa de la moral única, argumentos para una democracia laica*, Lima: Campaña 28 de setiembre, la Campaña tu boca fundamental contra los fundamentalismos y la Campaña por la Convención Interamericana de los derechos sexuales y de los reproductivos, 2005, pp. 6-35.

- O'BRIEN, Denise, «'Women Never Hunt': The Portrayal of Women in Melanesian Ethnography», en Denise O'BRIEN y Sharon W. TIFFANY (eds.), *Rethinking Women's Roles. Perspectives from the Pacific*, Berkely: University of California Press, 1984.
- OAKLEY, Ann, «Gender, Methodology and People's Ways of Knowing: Some Problems with Feminism and the Paradigm Debate in Social Science», en *Sociology*, vol. 32, n.º 4, British Sociological Association, 1998, pp. 707-731.
- OAKS, Laury, «Smoke-filled Wombs and Fragile Fetuses: the Social Politics of Fetal Representation», en *Signs*, vol. 26, n.º 1, Chicago: University of Chicago Press, 2000, pp. 63-108.
- OKELY, Judith, «The Self and the Scientificism», en *Journal of Anthropology Society of Oxford*, vol. 6, n.º 3, Oxford: Anthropology Society of Oxford, 1975, pp. 171-188.
- «Anthropology and Autobiography: Participatory Experience and Embodied Knowledge», en Judith OKELY y Helen CALLAWAY (eds.), *Anthropology and Autobiography*, Londres: Routledge, 1992, pp. 1-18.
- OLIVARES, Cecilia, «Dilemas éticos de la interrupción del embarazo», en Juan Guillermo FIGUEROA (coord.), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, México DF: UNAM/PUEG/PUIS, 2001, pp. 219-226.
- OLIVÉ, León, *Multiculturalismo y pluralismo*, México: Editorial Paidós y Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de México, 1999.
- ONO, Sarah, «Feminism without Women: Experimentation and Expansion in Feminist Anthropology», en Sarah ONO y Jacqueline COMITO, *Who's Afraid of Margery Wolf: Tributes and Perspectives on Anthropology, Feminism and Writing Ethnography – An Anthology by Students of Margery Wolf*, University of Iowa, working paper número 277, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Abortion. A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, Ginebra: WHO/Division of Family Health (WHO/FHE/MSM/93.13), 1993.
- *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and Unicef*, Ginebra: WHO, 1996.
- *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra: OMS, 2000.
- ORTNER, Sherry, «Theory in Anthropology Since the Sixties», en *Comparative Studies in Sociology and History*, vol. 26, n.º 1, Cambridge: Cambridge University Press, 1984, pp. 126-166.
- *Making Gender: the Politics and Erotic of Culture*, Estados Unidos: Beacon Press Books, 1996.
- y Harriet WHITEHEAD, *Sexual Meanings: the Cultural Construction of Gender and Sexuality*, Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- OVERING, Joanna, «Introduction», en Joanna OVERING (ed.), *Reason and Morality*, Gran Bretaña: Cambridge University Press, 1985, pp. 1-28.
- PADOVANO, Anthony, *Opciones de vida. Hacia una teología católica sobre reproducción elegida*, México: Católicas por el Derecho a Decidir, 2004.
- PALMA, Zulema, «El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la Argentina democrática», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1998, pp. 95-102.
- PALMER, Julie, «Seeing and Knowing. Ultrasound Images in the Contemporary Abortion Debate», en *Feminist Theory*, vol. 10, n.º 2, Sage, 2009, pp. 173-189.

- PAREDES PIQUÉ, Susel, «El aborto en América Latina. Documento preliminar», en *Reunión regional de la campaña 28 de septiembre por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe, agosto de 2004*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2004.
- PARRAS, Micaela y Susanna RANCE, «Aborto e anticoncepção na interação da consulta médica: um estudo de caso», en Albertina DE OLIVEIRA COSTA (org.), *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*, San Pablo: Fundación Carlos Chagas/Editora 34, 1997, pp. 225-248.
- PATEMAN, Carole, *The sexual Contract*, Estados Unidos: Stanford University Press, 1988.
- «Críticas feministas a la dicotomía público/privado», en Carme CASTELLA (comp.), *Perspectivas feministas en teoría política*, España: Paidós, 1996.
- PECHENY, Mario, «Legislaciones sobre aborto: un análisis comparado», en Ana María MÉNDES DIZ, Liliana FINDLING, Andrea FEDERICO y Mónica PETRACCI (eds.), *Salud y población: cuestiones sociales pendientes*, Buenos Aires: Espacios, 1998, pp. 87-101.
- «Yo no soy progre, soy peronista: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?», ponencia presentada en las VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25, 26 y 27 de julio de 2005.
- Carlos FIGARI y Daniel JONES, *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*, Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.
- y Mónica PETRACCI, «Derechos sexuales y reproductivos, legislación y políticas», en *Revista Medicina*, vol. 67, n.º 1, Buenos Aires: Fundación Revista Medicina, 2007, p. 162.
- PEDRO, Joana, «Antigas praticas, novos problemas. Aborto e inanticidio na história», en *9º programa de estudos em saúde reprodutiva e sexualidade*, Campinas: Núcleo de Estudos de População (NEPO)/Universidad Estatal de Campinas, 2000.
- (org.) *Práticas proibidas. Práticas costumeiras do aborto e infanticídio no século XX*, Florianópolis: Cidade Futura, 2003a.
- «Entre a bomba populacional e o direito das mulheres», ponencia presentada en la mesa sobre Antropología y Feminismo de las VII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres/II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad Nacional de Salta/Comisión de la Mujer, Salta, del 24 al 26 de julio de 2003b.
- PEIRANO, Mariza, *A favor da etnografia*, Río de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- «When Anthropology Is at Home: The Different Contexts of a Single Discipline», en *Annual Review of Anthropology*, n.º 27, Annual Reviews, 1998, pp. 105-128.
- PEREIRA, Irotilde y otros, *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*, San Pablo: Católicas por el Derecho a Decidir, 2002.
- PÉREZ, Amanda (coord.), *Aborto: voces de una polémica*, Montevideo: Arca, 1994.
- PÉREZ FERREIRO, María, «Naturaleza jurídica del aborto con resultado lesión o muerte», en *Revista Inudep*, vol. 8, n.º 11, 1992.
- PETCHESKY, Rosalynd, *Abortion and Woman's Choice*, Londres: Verso, 1984.
- PETRACCI, Mónica, «Sondeos y políticas: la opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 2003-2006», en María BRAUN y Cecilia STRAW (comp.), *Opinión pública. Una mirada desde América latina*, Buenos Aires: Emecé, 2009, pp. 429-441.
- y Mario PECHENY, *Argentina: derechos humanos y sexualidad*, Buenos Aires: CEDES, 2007.
- Mario PECHENY y Marina MATTIOLI, «Derechos sexuales, contracepción y aborto: el caso argentino», en *Congreso LASA 2009*, Río de Janeiro, 2009.

- PETRACCI, Mónica y Silvina RAMOS (comp), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Buenos Aires: CEDES, 2006.
- y Dalia SZULIK, «La opinión pública frente a la despenalización del aborto», en Ana DOMÍNGUEZ MON, Andrea FEDERICO, Liliana FINDLING y Ana María MÉNDEZ DIZ (comps.), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires: Editorial Dunken, 2000.
- PIENOVI, Mario L., Fernando BLOIS y Guillermo RODRÍGUEZ, «Cifras sobre aborto provocado en Uruguay», en *Revista Uruguaya de Sexología*, vol. 6, n.º 3-4, Montevideo: Sexur, 1987, pp. 7-19.
- PNUD, *Informe de desarrollo humano en Uruguay*, Montevideo: PNUD, 2002.
- PONS, José Enrique, Raúl MEDINA y José Carlos CUADRO, «Introducción», en Leonel BRIOZZO y otros, *Iniciativas Sanitarias contra el aborto realizado en condiciones de riesgo*, Montevideo: SGU/SMU/Facultad de Medicina, 2002, pp. 19-23.
- PORTUGAL, Ana María, *Mujeres e iglesia: sexualidad y aborto en América Latina*. México, Católicas por el Derecho a Decidir. 1989.
- PROYECTO GÉNERO Y GENERACIONES. *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, UNFPA, Montevideo, 2005.
- RABINDRANATHAN, Sunanda, «Women's Decision to Undergo Abortion: A Study Based on Delhi Clinics», en *Indian Journal of Gender Studies*, n.º 10, Nueva Deli, pp. 457-473.
- RAMÍREZ, Marta Celia, «Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário», disertación de maestría presentada al Departamento de Antropología Social del Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Estatal de Campinas, Unicamp, 1999 (fotocopia).
- «Preeminências femininas e ausências masculinas no aborto voluntário», en Maria Betânia ÁVILA, Ana Paula PORTELLA y Verónica FERREIRA (orgs.), *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*, Río de Janeiro: Garamond Universitaria, 2005, pp. 241-252.
- RAMOS, Silvína, Mónica GOGNA, Mónica PETRACCI, Mariana ROMERO y Dalia SZULIK, *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?*, Buenos Aires: CEDES, 2001.
- y María Alicia GUTIÉRREZ (eds.), *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*, Cuadernos del Foro, Buenos Aires: CEDES/Flacso/CELS, 2002.
- Mariana ROMERO, «El aborto en la Argentina: problema de salud pública y equidad social», en *Ginecología y Reproducción*, vol. 6, n.º 3, 1998, pp. 108-120.
- Mariana ROMERO y Jimena ARIAS FEIJOÓ, «Aborto inducido en Argentina: un contexto cambiante», en Isabel BALTAR DA ROCHA y Regina BARBOSA (eds.), *Aborto no Brasil e países do cone sul: panorama da situação e dos estudos académicos*, Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 2009, pp. 15-51.
- y Anahi VILADRICH, *Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*, documento CEDES, Buenos Aires: CEDES, 1993.
- RANCE, Susanna, *Necesidades de información sobre el aborto*, La Paz (Bolivia), International Projects Assistance Services, 1993.
- «Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico», en Mónica GOGNA y Silvina RAMOS (comps.), *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes*, Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad/Talleres Gráficos Leograf, 2002, pp. 105-115.

- RANCE, Susanna, *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings* [EN LÍNEA], tesis de doctorado en Sociología, Departamento de Sociología, Trinity College, Universidad de Dublín, 2003, disponible en: <http://www.cides.edu.bo/cides/Tesis/Thesis%20Susanna%20Rance%20Vol_II.pdf>, visitada en octubre de 2007.
- «Usuaris y tecnologías para el aborto y postaborto», en *II reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, México DF: El Colegio de México, 2005.
- «Abortion Discourse in Bolivian Hospital Contexts: Doctors' Repertoire Conflicts and the Saving Women Device», en *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, n.º 2, Foundation for the Sociology of Health & Illness, 2005b, pp. 188-214.
- «“Entre ellos saben”. Género y poder en los relatos de mujeres bolivianas sobre sus experiencias con el aborto medicamentoso», ponencia presentada en la Conferencia Internacional Prevención y Atención del Aborto Inseguro, Clacai-ICMA, Lima, 29 y 30 de junio de 2009.
- RAPP, Rayna, «Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction», en Gary Lee DOWNEY y Joseph DUMIT (eds.), *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*, Santa Fe: School of American Research Press, 1997, pp. 31-48.
- «Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory», en *Medical Anthropology Quarterly - New Series*, vol. 15, n.º 4, American Anthropological Association, 2001, pp. 466-477.
- REAL DE AZÚA, Carlos, *Uruguay, ¿una sociedad amortiguadora?*, Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 2000 [1973].
- RIGBY, Peter, *Persistent Pastoralists. Nomadic Societies in Transition*, London: Zed Books, 1985.
- ROHDEN, Fabíola, «O gênero na profissão médica: uma perspectiva histórica», en *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, n.ºs 12-13, Río de Janeiro, 2000, pp. 1-9.
- *A construção da 'natureza feminina' no discurso médico. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*, Río de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2001.
- «Medicina, estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX», en *Íconos*, vol. 2, n.º 28, Quito, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso)/sede Ecuador, 2007.
- «Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para discussão», en Maria Luiza HEILBORN, Estela AQUINO, Regina BARBOSA, Francisco P. BASTOS, Elza BERQUÓ y Fabíola ROHDEN (org.), *Sexualidade, reprodução e saúde*, Río de Janeiro: Editora FGV, 2009, pp. 23-32.
- RODRÍGUEZ ALMADA, Hugo y Guido BERRO ROVIRA, «Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal», en *Revista Médica Uruguaya*, n.º 22, Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2006, pp. 157-161.
- Fabián RODRÍGUEZ Fabián y Guido BERRO ROVIRA, «Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay», en *Revista Médica Uruguaya*, n.º 25, Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 2009, pp. 230-238.
- ROMÁN PÉREZ, Rosario y otros, «Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica», en Claudio STERN y Elizabeth GARCÍA, *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportes para la investigación y la acción*, Documentos de Trabajo, Sexualidad, Salud y Reproducción, n.º 6, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México: El Colegio de México, 2001.
- ROMERO, Mariana, Nina ZAMBERLIN y María Cecilia GIANNI, «La calidad de la atención post-aborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos», en *Salud Colectiva*, vol. 6, n.º 1, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2010, pp. 21-34.

- ROMERO GORSKI, Sonia, «Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud», en Sonia ROMERO y José PORTILLO (coord.), *Seminario sociedad, cultura y salud*, Montevideo: FHCE, 1997.
- «Caracterización del campo de la salud en Uruguay», en *Salud Problema*, vol. 6, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1999, pp. 26-34.
- *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil*, Montevideo: FHCE/Editorial Nordan, 2003.
- y Susana ROSTAGNOL, «La contracepción: estrategias de mujeres según sus culturas», ponencia presentada en el II Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario, julio, 1990.
- ROHRLICH-LEAVITT, Ruby, Barbara SYKES y Elizabeth WEATHERFORD, «La mujer aborígen: el hombre y la mujer. Perspectivas antropológicas», en Rayna REITER (ed.), *Toward an Anthropology of Women*, Nueva York: Monthly Review Press, 1975.
- ROSADO-NUNES, M. José F., «A discussão atual na igreja catolica sobre o aborto», en *Linha Direita*, n.º 3, CEBRAC, 1995.
- ROSALDO, Michelle, «The Use and Abuse of Anthropology», en *Signs*, n.º 5, Chicago, University of Chicago press, 1980, pp. 389-417.
- *Knowledge and Passion. Ilongot Notions of Self and Social Life*, Cambridge Studies in Cultural System 5, Cambridge: Cambridge University Press, 1980b.
- ROSENBERG, Marta, «Las mujeres como sujetos... De las elecciones reproductivas, las condiciones de las mismas y los derechos que garantizan la libertad para tomarlas», en FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 1997, pp. 53-64.
- (ed.), *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países*, Buenos Aires: Talleres Gráficos Leograf, 2001.
- ROSTAGNOL, Susana, «Encruzilhadas estado-sociedade civil em saúde reprodutiva no Uruguai», en Maria Coleta OLIVEIRA y Maria Isabel BALTAR DA ROCHA (orgs.), *Saúde reprodutiva na esfera pública e política*, Campinas: Editora da Unicamp, 2001a, pp. 71-100.
- «Cuerpo y género. El género en la construcción del cuerpo sexuado», en Ana M. ARAÚJO, Luis E. BEHARES y Graciela SAPRIZA (comps.), *Género y sexualidad en el Uruguay*, Montevideo: Trilce, 2001b, pp. 78-87.
- «Aborto: territorio femenino, discurso masculino», en *Bitácora* [EEA], Montevideo, 2001c, disponible en: <<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2001/diciembre>>.
- «Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural», en ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DEL URUGUAY, *El cuerpo en psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura*, tomo 1, Montevideo: APU, 2002, pp. 329-336.
- «Complicaciones post-aborto como una etapa del proceso de aborto: distintos actores involucrados», ponencia presentada en el Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post-Aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril de 2003a.
- «Estado de la situación del aborto y la atención post-aborto en Uruguay», Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post-Aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril de 2003b.

- ROSTAGNOL, Susana, «Posibilidades y limitaciones del activismo socio-sexual en el contexto uruguayo», ponencia presentada en el Foro Cuerpos Ineludibles: un Diálogo a partir de las Sexualidades en América Latina, organizado por Área Queer, UBA y Grupo Feminista Ají de Pollo, Buenos Aires, del 4 al 6 de setiembre de 2003c. .
- ««Me hice un aborto cuando tenía 17 años, pero él no sabe nada». El aborto entre mujeres adolescentes», ponencia presentada en el Panel Embarazo y Aborto en Adolescentes, II Jornadas Abiertas de Adolescencia - Laboratorio de Adolescencia, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, 21 y 22 de mayo de 2004.
- *Historias en el silencio. Prostitución infantil y adolescente en Montevideo y área metropolitana*, Montevideo: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/Red Uruguaya de Autonomías, 2007.
- «Los avatares de la Ley de IVE (Interrupción Voluntaria Del Embarazo) en Uruguay. Estrategias conservadoras para evitar el derecho a decidir de las mujeres», en: F. Birolí y F. Miguel (org.) *Aborto e democracia*. Alameda Editorial: Brasilia, 2016.
- y Carla SACCHI, *Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo. Aspectos socioculturales en la consulta ginecológica*, Montevideo: RUDA, 2006.
- Victoria ESPASANDÍN, María José LOMBARDO y Natalia MONTEALEGRE, *Informe monitoreo y evaluación de la implementación de la normativa de atención pre- y post-aborto en policlínicas públicas en áreas urbanas*, Montevideo: Equipo Género, Cuerpo y Sexualidad/Iniciativas Sanitarias, 2007.
- y Mariana VIERA, «Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay», en Susana CHECA (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006a, pp. 299-317.
- «Abortos y maternidades. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas», ponencia presentada en el Seminario Regional sobre Investigación y Género, organizado por Red Temática de Estudios de Género, Udelar, Montevideo, 2006b.
- ROZEE, Virginie, «Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto)», en M. PRIETO y Kathya ARAÚJO (eds.), *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Quito: Flacso Ecuador, 2008, pp. 233-251.
- RUBIN, Gayle, «El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo», en Marta LAMAS (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia*, México: UNAM, 1996 [1975].
- «Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad», en Carole S. VANCE (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid: Editorial Revolución, 1989, pp. 113-190.
- SALHINS, Marshall, *Historical Metaphors and Mythical Realities: Structures in the Early History of the Sandwich Islands Kingdom*, Ann Arbor: University of Michigan Press, 1981.
- SALVAGNO CAMPOS, Carlos, *Defensa del Código penal frente a las reformas reaccionarias: el homicidio piadoso y el problema del aborto voluntario: crónicas*, Montevideo: Editorial Crónicas, 1935.
- SANSEVIERO, Rafael, «La anticoncepción que falla y el aborto que no se puede», en *Bitácora* [EN LÍNEA], Universidad de la República, 2002a, disponible en: <<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2002/abril/67/67general.htm#sanseviero>>, visitado en enero de 2007.
- «Por una ética de la responsabilidad», en *Bitácora* [EN LÍNEA], Sage, 2002b, disponible en: <<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2002/noviembre>>.

- SANSEVIERO, Rafael, *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*, Montevideo: CHIP/UPAZ, 2003.
- *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: AUPF/IPPF-WHR, 2008.
- SAPRIZA, Graciela, «Mentiras y silencios», en José Pedro BARRÁN, Gerardo CAETANO y Teresa PORZECANSKI, *Historias de la vida privada en Uruguay*, tomo II, Montevideo: Editorial Taurus, 1995.
- «Entre o desejo e a norma: a despenalização do aborto no Uruguay, 1934-1938», en Albertina DE OLIVEIRA COSTA (org.), *Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*, San Pablo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 1997, pp. 277-300.
- «Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en el Uruguay (1934-1938)», en *Encuentros*, n.º 6, Montevideo, 1999, pp. 188-210.
- «La utopía eugenista en el Cono Sur», ponencia presentada en las VI Jornadas de Historia de las Mujeres y el I Congreso Iberoamericano de Estudios de las Mujeres y de Género, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Historia, UBA, Buenos Aires, 2000a.
- «A (des)penalização do aborto no Uruguai», presentación en la mesa redonda Direitos Reprodutivos e Cidadania del Seminário Internacional Fazendo Género 4: Cultura, Política e Sexualidade no Século XXI, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, del 23 al 26 de mayo de 2000b.
- SAVULESCU, Julián, «Conscientious objection in medicine», *BMJ*, vol. 332, Disponible en <<http://www.bmj.com/content/bmj/332/7536/294.full.pdf>>, 2006, pp. 294-297.
- SCHAFF, Adam, «El marxismo y la problemática del conocimiento y del análisis del lenguaje», en varios, *El proceso ideológico*, Argentina: Tiempo Contemporáneo, 1971, pp. 47-79.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, «Bodies for Sale: Whole or in Parts», en *Body and Society*, vol. 7, n.ºs 2-3, Sage, 2001a, pp. 1-8.
- «Commodity Fetishism in Organs Trafficking», en *Body and Society*, vol. 7, n.ºs 2-3, Sage, 2001b, pp. 31-62.
- y Margaret LOCK, «The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology», en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n.º 1, American Anthropological Association, 1987, pp. 6-41.
- SCHILDER, Paul, *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, México: Paidós, 1989 [1958].
- SCOTT, Joan, «El género: una categoría útil para el análisis histórico», en Marta LAMAS (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: Miguel Ángel Porrúa/PUEG, 1997 [1988], pp. 265-302.
- SEGATO, Rita, *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmas, 2003.
- *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en los cuerpos de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, Serie Antropológica*, n.º 362, Brasilia, Universidad de Brasilia, 2004.
- SEN, Amartya, *Nuevo examen de la desigualdad*, Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- *Desarrollo como libertad*, Madrid: Editorial Planeta, 2000.
- SHEPARD, Bonnie, «El doble discurso sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: el abismo entre las políticas públicas y los actos privados», en Sofía GRUSKIN (ed.), *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001, pp. 135-212.

- SHERWIN, Susan, «Ética: ética femenina y ética feminista», en Gloria COREAGA PÉREZ, Juan Guillermo FIGUEROA y María Consuelo MEJÍA (comps.), *Ética y salud reproductiva*, Méxicodf: PUEG, 1996a, p. 84.
- «Hacia una ética feminista del cuidado de la salud», en Gloria COREAGA PÉREZ, Juan Guillermo FIGUEROA y María Consuelo MEJÍA (comps.), *Ética y salud reproductiva*, México DF: PUEG, 1996b, p. 262.
- SHOSTAK, Marjorie, *Nisa: The Life and Words of a !Kung Woman*, Reino Unido: Allen Lane, 1981.
- SINGER, Linda, *Erotic Welfare: Sexual Theory and Politics in the Age of Epidemic*, Nueva York: Routledge, 1993.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty, «¿Puede hablar el subalterno?», en *Revista Colombiana de Antropología*, n.º 39, Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2003, pp. 297-364.
- STEPAN, Nancy LEYS, *The Hour of Eugenics. Race, Gender, and Nation in Latin America*, Londres: Cornell University Press, 1991.
- STOLEN, Kristi Anne, *La decencia de la desigualdad. Género y poder en el campo argentino*, Buenos Aires: Antropofagia, 2004.
- STORMER, Nathan, «Prenatal Space», en *Signs*, vol. 26, n.º 1, Chicago, University of Chicago Press, 2000, pp. 109-144.
- STRATHERN, Marilyn, «No Nature, No Culture: the Hagen Case», en Catherine MACCORMACKY Marilyn STRATHERN (eds.), *Nature, Culture and Gender*, Cambridge: Cambridge University Press, 1980, pp. 174-222.
- «Domesticity and the Denigration of Women», en Denise O'BRIEN y Sharon W. TIFFANY, *Rethinking Women's Roles. Perspectives from the Pacific*, Berkeley: University of California Press, 1984, pp. 13-52.
- «An Awkward Relationship: the Case of Feminism and Anthropology», en *Signs*, vol. 12, n.º 2, Chicago, University of Chicago Press, 1987, pp. 276-292.
- *The Gender of the Gift. Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*, Berkeley: University of California Press, 1988.
- «The Nice Thing About Culture Is that Everyone Has It», en Marilyn STRATHERN (ed.), *Shifting Contexts. Transformations in Anthropological Knowledge*, Nueva York: Routledge, 1995.
- SZASZ, Ivonne, «El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades», en Carlos CÁCERES, Tim FRASCA, Mario PECHENY y Veriano TERTO (eds.), *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.
- SZULIK, Dalia, Mónica GOGNA, Mónica PETRACCI, Silvina RAMOS y Mariana ROMERO, «Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos», en *Salud Pública de México*, vol. 50, n.º 1, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, pp. 32-39.
- TAMAYO, Giulia, *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001.
- TARDUCCI, Mónica, «La Iglesia católica y los encuentros nacionales de mujeres», en *Revista Estudios Feministas*, vol. 13, n.º 002, Florianópolis, 2005, pp. 397-402.
- (org.), *Maternidades en el siglo XXI*, Buenos Aires: Espacio Editorial, 2008.
- y Bárbara TAGLIAFERRO, «Iglesia católica: Argentina, ni diversa ni laica», en *Política y Cultura*, n.º 021, Xochimilco, 2004, pp. 191-200.
- THEVENET, Emilio, *Aborto en Uruguay*, Impresora Cordón, Montevideo, 1978.

- THIEDE ARIAS, Carolina, «Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay: una votación perdida y muchos pasos avanzados», en *Informativo Mujer*, 2004, p. 170, disponible en: <<http://168.96.200.17/ar/libros/paraguay/cde/mujer/mujer170.pdf>>.
- THOMSON, Judith Jarvis, «A Defense of Abortion», en *Philosophy and Public Affairs*, vol. 1, n.º 1, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1971, pp. 47-66.
- TIZON, Judy, «Transformaciones en la Amazonia: status, género y cambio entre los ashaninka», en *Amazonia Peruana*, vol. 12, n.º 24, Lima, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 1994, pp. 105-123.
- TODOROV, Tvetan, *M. Bakhtine, le principe dialogique*, París: Le Seuil, 1981.
- TROMQUIST, CARMEN, «Vicissitudes da subjetividade autocontrole, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais», en: Alinne BONETTI y Soraya FLEISCHER, *Entre saias justas e jogos de cintura*. Santa Catarina, Ed. Mulheres, 2007, pp 41-72.
- TURNER, Victor, *From Ritual to Theater. The Human Seriousness of Play*, Nueva York: PAJ Publications, 1982.
- VAGGIONE, Juan, «Prólogo», en Carlos FIGARI, *Sexualidad, religión y ciencia: discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad*, Córdoba: Encuentro Grupo Editor, 2007.
- VARELA, C., PARDO, I., LARA, C., NATHAN, M. y TENENBAUM, M. «La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo.» INE - Fascículo 3, Ed. Trilce, Montevideo, 2014.
- VARGAS, Virginia, «Los feminismos latinoamericanos en su tránsito al nuevo milenio. (Una lectura político personal)», en Daniel MATO (comp.), *Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder*, Caracas: Clacso, 2002.
- Los intereses de las mujeres y los procesos de emancipación en América Latina. México: UNAM, 1993.
- VÁZQUEZ, Sandra, Nilda CALANDRA, María Alicia GUTIÉRREZ y Enrique BERNER, «El aborto: una práctica silenciosa y silenciada en los/as adolescentes», en *Revista Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil*, vol. 11, n.º3, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil, 2004, p. 230.
- VELHO, Gilberto, «Observando o familiar», en Édson DE OLIVEIRA NUNES (org.), *A aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*, Río de Janeiro: Zahar Editores, 1978, pp. 36-46.
- VERNANT, Jean-Pierre, «Cuerpo oscuro, cuerpo resplandeciente», en Michel FEHER, Ramona NADDAFF y Nadia TAZI (eds.), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, Madrid: Taurus, 1991, pp. 19-45.
- VICTORA, Ceres, «As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e repropriações dos modelos médicos», en Ondina FACHEL LEAL (org.), *Corpo e significado. Ensaio de antropologia social*, Porto Alegre: Editorial da Universidade, 1995, pp. 77-88.
- «Os limites do corpo sexual: um estudo sobre experiências corporais de mulheres ingesas», ponencia presentada en el xx Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, del 22 al 26 de octubre de 1996.
- VIDIELLA, Gonzalo, Fabián RODRÍGUEZ y Leonel BRIOZZO, «El aborto médico mediante el uso de misoprostol», en *Archivo de Ginecología y Obstetricia*, vol. 42, n.º 2, Montevideo, Sociedad de Ginecología del Uruguay, 2004, pp. 85-88.
- VISWESWARAN, Kamala, «Histories of Feminist Ethnography», en *Annual Review of Anthropology*, n.º 26, Estados Unidos, Annual Reviews, 1994, pp. 591-621.

- VUOLA, Elina, «Remaking Universals? Transnational Feminism(s) Challenging Fundamentalist Ecumenism», en *Theory, Culture and Society*, n.º 19, Sage, 2002, pp. 175-195.
- WACQUANT, Loïc, *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*, Buenos Aires: Manantial, 2001.
- WEEKS, Jeffrey, *Against Nature. Essays on History, Sexuality and Identity*, Reino Unido: Rivers Oram Press, 1991.
- WEINER, Annette, *Women of Value, Men of Renown: New Perspectives in Trobriand Exchange*, Australia: University of Queensland Press, 1977.
- WEITZ, Rose, «A History of Women's Bodies». en Rose WEITZ (ed.), *The Politics of Women's Bodies. Sexuality, Appearance and Behavior*, Estados Unidos: Oxford University Press, 2003, pp. 3-34.
- WHO/UNICEF/UNFPA, *Americas Region Consultation on Maternal Mortality Estimates*, Ginebra: World Health Organization, 1998.
- WOLLSTONECRAFT, Mary, *Vindicación de los derechos de la mujer*, Madrid: Editorial Debate, 1998 [1972].
- XAVIER, Mónica, «La experiencia de Uruguay: el proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva», en *Caderno Saúde Pública*, vol. 21, n.º 2, Río de Janeiro, Fundación Carlos Chagas, 2005, pp. 629-633.
- YANAGISAKO, Sylvia y Jane COLLIER, «Gender and Kinship Reconsidered: Toward a Unified Analysis», en Robert BOROFKY (ed.), *Assessing Cultural Anthropology*, Honolulu: Hawaii Pacific University, 1994.

Anexos

Caracterización de los entrevistados

A fin de ubicar las características de las mujeres y los ginecólogos entrevistados, presento, a continuación, información de cada uno de ellos, acompañada de la fecha o período en que se realizaron las entrevistas.

Mujeres entrevistadas

ALEJANDRA. Al momento de la entrevista, tenía 23 años (entrevistada entre diciembre de 2004 y febrero de 2005). Es de una familia acomodada del interior y vino a Montevideo a estudiar Ciencias Económicas. Su madre murió cuando era niña y fue criada por su abuela. No estaba en pareja. Abortó con misoprostol; necesitó muchas dosis, por lo que fue un trámite complejo, porque se colocaba las pastillas, pasaban los días y no lograba abortar, y estaba muy angustiada.

ALICIA. Al momento de la entrevista, tenía 38 años (entrevistada en agosto de 2007). Vive en una casa modesta aunque de material, bastante deteriorada, a la que le falta pintura, con dos dormitorios espaciosos. No tenía pareja. Tiene cinco hijos, uno de ellos con problemas de consumo de pasta base de cocaína. Había sido violada por su padrastro cuando niña. Abortó con misoprostol.

ANDREA. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (entrevistada en julio de 2007). Vive en una ciudad del interior del país. Sus padres son comerciantes y llevan una vida sin apremios económicos. Tiene dos hermanas menores. Iba al liceo. Hacía un año y medio que estaba de novia cuando quedó embarazada. Sus padres conocieron y aceptaron su noviazgo. Abortó con misoprostol.

AURORA. Al momento de la entrevista, 44 años (entrevistada en mayo de 2003). Vive en el interior. Se practicó un aborto cuando tenía 27 años y otro a los 44. Tiene cuatro hijos (de 23, 22, 14 y 11 años) de dos matrimonios. Hacía mucho que estaba sin pareja. Su vida ha sido dura, en lo afectivo y en lo económico. Trabaja en una institución pública muchas horas, ganando poco dinero. Es una mujer con una gran sensibilidad y con inquietudes intelectuales. Su último aborto fue con sonda.

BLANCA. Al momento de la entrevista, tenía 55 años (entrevistada en junio de 2003). Vive en Montevideo. Proviene de una familia de origen obrero. Tiene una hija. Se practicó 15 abortos, gran parte de ellos entre sus 15 y 29 años, y luego se colocó un DIU. Una mujer con una reflexión aguda sobre su vida y la condición social de las mujeres. La mayoría de los abortos fueron practicados con sonda.

CARINA. Al momento de la entrevista, tenía 27 años (entrevistada entre abril y mayo de 2004). Oriunda del interior del país. Proviene de una familia de capas medias. Vive sola en Montevideo, a donde vino para estudiar Arquitectura. Trabaja como camarera en un restorán elegante para completar sus ingresos. Tiene un novio que vive en su ciudad natal, quien la acompañó en el proceso del aborto. Abortó con misoprostol.

CLAUDIA. Al momento de la entrevista, tenía 44 años (entrevistada en octubre de 2008). Es de Montevideo, vive en un barrio periférico y tiene dos hijos, uno de 16 y otro de 15. Se separó del padre de ellos un par de años después del nacimiento del menor. Tuvo varias relaciones, pero desde hace dos años tiene pareja estable. Tuvo una educación católica fuerte. Es una mujer con ciertas inquietudes intelectuales y sociales, perteneciente a capas medias bajas empobrecidas. Abortó con misoprostol.

CRISTINA. Al momento de la entrevista, tenía 27 años (entrevistada entre junio y julio de 2003). Vive en Montevideo, en un asentamiento, y está sin trabajo. Se ha dedicado principalmente a hacer limpiezas en casas de familia. Tiene cuatro hijos (de 9, 8 y 2 años y de 9 meses) de dos parejas. No estaba en pareja. Después del nacimiento de sus dos hijas mayores, se practicó tres abortos, dos seguidos y otro un tiempo después. Cursó hasta cuarto año de escuela. Tiene un conocimiento empírico del mundo y con base en ello elabora sus estrategias de vida. Se autopracó el aborto con una técnica propia.

DANIELA. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (sus entrevistas fueron entre abril y mayo de 2005). Acompañé algunas circunstancias del proceso del aborto. Hija única, de padres divorciados. Su padre tiene una situación económica holgada, pero su madre tiene algunas dificultades económicas, por lo que se la puede ubicar en una clase media. Iba al liceo. Vive con su madre en una cooperativa de vivienda de un barrio residencial. Abortó con misoprostol.

DIANA. Al momento de la entrevista, tenía 36 años (sus entrevistas fueron entre mayo y agosto de 2003). Vive en Montevideo, en un asentamiento, y está sin trabajo. Tiene tres hijos: el primero lo tuvo estando sola; luego, los otros dos, con su pareja actual. Cuando se practicó un aborto, ya tenía sus hijos y estaba en pareja. Es una mujer muy vivaz, con inquietudes sociales, que participa de actividades barriales. Abortó mediante sonda.

ELENA. Al momento de la entrevista, tenía 42 años (entrevistada en julio de 2008). Vive en una cooperativa de vivienda modesta. No terminó sus estudios secundarios y trabaja como empleada administrativa. Está separada y tiene dos hijos. Ha militado políticamente toda su vida. Mantenía una relación con un hombre casado desde hacía tres años. Abortó con misoprostol.

ELISA. Al momento de la primera entrevista, tenía 17 años (fue entrevistada en mayo de 2003, nuevamente en noviembre de 2004, y, luego, entre enero y julio de 2007). Vive en el interior. Pertenece a una familia de profesionales que gozan de un buen pasar. Se practicó un aborto con 15 años, cuando quedó embarazada como resultado del primer encuentro sexual con su novio (no era su primera relación sexual). Es una joven algo tímida y muy sensible. Abortó con sonda.

ELÓISA. Al momento de la entrevista, tenía 48 años (entrevistada en julio de 2008). Vive en Montevideo. Pertenece a las capas medias y es empleada de comercio. Se casó a los 26 años y continúa con su pareja. Tiene dos hijos, una de 20 y otro de 18, ambos planificados. Se practicó un aborto cuando tenía 36 años. Su marido la acompañó en todo momento. Abortó con misoprostol.

FLORENCIA. Al momento de la entrevista, tenía 31 años (entrevistada entre mayo y agosto de 2003). Vive en Montevideo. Se practicó dos abortos, a los 19 y a los 31 años. Tiene una hija de 7 años. Tenía pareja estable no conviviente. Pertenece a los sectores medios, golpeados por la crisis económica actual. Una mujer ligada al arte, con gran sensibilidad. Ambos abortos, con AMEU.

GRACIELA. Al momento de la entrevista, tenía 31 años (entrevistada en agosto de 2003). Es oriunda del interior y desde muy joven vive en un departamento diferente de su familia. Se practicó tres abortos: uno a los 19 años, siendo soltera, cuando mantenía una relación con un hombre casado; otro a los 27, sin pareja estable, y otro a los 31, con una pareja estable pero inviable. Vive sola. Ha trabajado desde muy joven con un relativo éxito laboral. Goza de bienestar económico. Sus tres abortos fueron con AMEU.

ISABEL. Al momento de la primera entrevista, tenía 47 años (entrevistada en julio de 2003, luego, nuevamente entre febrero y julio de 2004, y, nuevamente, entre agosto y noviembre de 2007). Vive en Montevideo. Tiene tres hijos (de 25, 23 y 19 años). Llevaba 27 años casada, con una buena relación. Se practicó tres abortos. El último, cuando tenía 38 años, cuyas complicaciones hicieron necesaria la extracción del útero. Perteneció a sectores medios, con inquietudes sociales e intelectuales. Abortó con AMEU.

JACINTA. Al momento de la entrevista, tenía 33 años (entrevistada en agosto de 2003). Tiene dos hijos (de 16 y 11 años). Su pareja es el padre de sus hijos, con quien convive desde muy joven. Vive en el interior. Es artesana al igual que su compañero; también desempeña diferentes actividades ocasionales que le pueden redituarse algún ingreso. Tiene una situación económica difícil. Es una mujer con ciertas inquietudes sociales y artísticas. Abortó con AMEU.

JENNIFER. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (entrevistada entre junio y agosto de 2007). Acompañé algunas etapas de su proceso de aborto. Es una joven atractiva y dulce. Vive en un barrio periférico pobre, junto a sus padres y hermanos. Iba al liceo y aún estaba en primer ciclo, porque ha repetido algún año. Tenía un novio que la acompañó en algunas oportunidades. Abortó con misoprostol, con grandes dificultades porque necesitó muchas dosis.

LETICIA. Al momento de la entrevista, tenía 19 años (entrevistada en julio de 2007). Vive con sus padres, ambos profesionales. Se hizo un aborto cuando tenía 18 años. Rompió con el novio inmediatamente después del aborto. Sus padres la apoyaron; estaba muy decidida a abortar. Estudia Arquitectura, es inquieta y milita en organizaciones juveniles. Abortó con misoprostol.

LIDIA. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (entrevistada entre mayo y junio de 2005). Vive con su madre y hermanos en un barrio popular, lindante con un asentamiento. Participa de actividades que desarrolla una ONG, a partir de lo cual ha ido desarrollando algunas inquietudes, incluso piensa retomar sus estudios de secundaria. Abortó con sonda.

LUISA. Al momento de la primera entrevista, tenía 27 años y era estudiante universitaria (entrevistada entre mayo y junio de 2005, y luego en agosto de 2007 y febrero de 2008). Es oriunda del interior del país y vivió unos años en España. Con estudios terciarios concluidos. Es divorciada, tiene un hijo y estaba sin pareja. Su situación económica, si bien no era holgada, le permitía tener recursos para llevar una vida sin sobresaltos. Contaba con el apoyo de sus padres para la crianza de su hijo. Abortó con AMEU.

MARGARITA. Al momento de la entrevista, tenía 41 años (entrevistada en setiembre de 2007). Tiene 4 hijos, todos de la misma pareja. Él es un hombre violento y alcohólico; ella no ha logrado dejarlo. Posee una baja autoestima y vive dedicada a sus hijos.

Trabaja como feriante y sus hijos mayores la ayudan. Vive en un asentamiento. Abortó con misoprostol.

MARISA. Al momento de la primera entrevista, tenía 18 años (entrevistada en octubre de 2003, nuevamente entre junio y agosto de 2005, y en marzo de 2008). Vive en Montevideo. Pertenece a una familia de sectores medios. Sus padres están separados, vive con su madre y mantiene una buena relación con su padre y sus hermanos. Se practicó un aborto a los 18 años. No tenía novio. Es una joven segura de sí misma. Abortó con AMEU.

PATRICIA. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (entrevistada entre abril y mayo de 2005). Acompañé algunas etapas del proceso del aborto. Tiene un hermano y sus padres están divorciados, ambos con nuevas parejas. Los dos la acompañaron en el proceso del aborto, aunque no tiene una buena relación con ellos. Iba al liceo. Se muestra rebelde e insatisfecha con la vida. Abortó con misoprostol.

SOFÍA. Al momento de la entrevista, tenía 18 años (entrevistada entre agosto y setiembre de 2007). Acompañé algunas etapas del proceso del aborto. Una adolescente del interior del país, de capas medias. Iba al liceo. Mantiene una relación con un hombre casado de 31 años. Tiene una mala relación con sus padres, a quienes no les dijo sobre su embarazo. Vino a Montevideo para abortar. Abortó con misoprostol.

TERESA. Al momento de la primera entrevista, tenía 26 años (entrevistada entre junio y agosto de 2005, y, luego, en noviembre del 2006). Es estudiante universitaria avanzada y tiene un cargo de ayudante en la universidad. Es de sectores medios. Vive en Montevideo con su familia, tiene un hermano menor y algunos miembros tienen problemas de salud, por lo que ella no puede contar con esta. Participa activamente de organizaciones sociales. Acompañé su proceso de aborto. Abortó con misoprostol.

VALENTINA. Al momento de la entrevista, tenía 24 años (entrevistada en agosto de 2005). Oriunda del interior. Era una estudiante universitaria avanzada de Ciencias Económicas, a punto de terminar su carrera. Vive sola en un cómodo apartamento en un barrio residencial. Tiene pareja estable desde hace varios años. Es una joven formal y conservadora en su estilo de vida. Abortó con misoprostol.

VIVIANA. Al momento de la entrevista, tenía 17 años (entrevistada entre julio y agosto de 2007). Acompañé algunas etapas del proceso de aborto. Su madre es empleada doméstica y su padre trabaja en un comercio. Tiene un hermano menor. Fue secuestrada por una red de trata y violada reiteradamente, pero logró escapar. Estaba embarazada, bajo un fuerte estado de shock. Hice varias entrevistas con su madre. Abortó con misoprostol.

Ginecólogos entrevistados

ANA. Recién recibida, de apenas 33 años (entrevistada durante 2005). Aspira a entrar como grado 2 a la Facultad de Medicina y acaba de terminar la residencia. Trabaja como suplente en una IAMC. Vive con su compañero y no tiene hijos.

ANDREA. Estaba en sus 30 y largos (fue entrevistada formalmente en mayo de 2005 y más brevemente entre 2005 y 2008 durante el trabajo de campo; también estuve en sus consultas, así como en reuniones informales de ginecólogos vinculados a la temática del aborto). Comprometida con el proceso de los derechos de las mujeres. Se acababa de separar cuando la conocí. Tiene dos hijos. Una mujer ambiciosa y sensible.

Se presentó para entrar como grado 2 en Ginecología, pero no ganó el cargo e igualmente continuó atendiendo en las consultas de asesoramiento pre- y posaborto. También trabajaba en IAMC. Generalmente, era muy cálida con las pacientes, aunque, al mismo tiempo, algo distante.

ANSELMO. Estaba en sus 50 (entrevistado formalmente en 2007; y hubo varias entrevistas más breves entre 2003- y 2008 durante el trabajo de campo). Jefe en emergencia del hospital. Muy celoso de su trabajo. No manifestaba tener una posición definida respecto al aborto, pero le preocupaba que las mujeres que ingresaran con complicaciones post-aborto recibieran el tratamiento adecuado o fueran derivadas a sala.

ANTONIA. Tenía 45 años (entrevistada formalmente en noviembre de 2006; como parte del trabajo de campo, estuve en reuniones de ginecólogos en las cuales ella participó en julio de 2006 y diciembre de 2007, y en varios encuentros informales). Trabaja en el sector público y en IAMC. En salud pública, está en una policlínica periférica en un barrio pobre. Se dedica exclusivamente a atención primaria; desde que se recibió, no volvió a entrar a un quirófano. Cree que si una mujer quiere abortar, es preciso facilitarle los medios.

BRENDA. Tenía 42 años (entrevistada formalmente en marzo de 2005; hice trabajo de campo en la policlínica donde se desempeña y estuve en sus consultas, en las que mantuve numerosas conversaciones informales). Casada, con dos hijos. Trabaja en el sector público y en una IAMC. En el área pública, se desempeña en una policlínica periférica de un barrio pobre.

CORINA. Cumplió los 50 durante el trabajo de campo (le hice varias entrevistas formales a lo largo del trabajo de campo entre 2003 y 2009, además de estar en su consulta). Casada, con dos hijos. Trabaja solo en el sector público y en atención primaria, en dos policlínicas del mismo barrio, una de las zonas más pobres de Montevideo. Tiene un fuerte compromiso con la población que atiende, a lo que se agrega un conocimiento profundo de las dinámicas del barrio. A lo largo de los muchos años que está allí, ha ganado la confianza de las mujeres. Siempre ha estado dispuesta a ayudar a una mujer que necesitase abortar, asesorándola y contactándola. Al igual que otros ginecólogos, realizaba un asesoramiento preaborto, aun antes de la existencia de la normativa correspondiente. Lleva adelante un trabajo en solitario que a veces la desborda.

EDUARDO. Estaba en sus 40, casado y con hijos (entrevistado varias veces entre 2006 y 2009). Trabaja en una IAMC y en la Facultad de Medicina, e integra las cátedras de Ginecología. En la IAMC, hace policlínica y cirugía. En su actividad universitaria, supervisa tareas de policlínica, pero solo atiende en sala y cirugía. Es un médico sumamente comprometido con las metas de IS.

FERMÍN. Cercano a los 60 años, con una larga trayectoria y reconocimiento (entrevistado formalmente en 2007; participé de numerosos ateneos, clases con residentes y recorridos de sala con él durante el trabajo de campo, entre 2004 y -2007). Casado, con hijos. Inserto laboralmente en la universidad y en IAMC en medicina privada. Ha desempeñado comprometidamente la gestión y la docencia, pero ha estado más distante de la relación directa con las usuarias de salud. Si bien tiene una posición afín hacia la legalización del aborto, no es un promotor de esta.

GERARDO. Cumplió 40 durante el trabajo de campo (no hubo entrevista formal, sino numerosos encuentros para conversar del tema. Acompañé sus guardias y consultas, y participé de algunas de las instancias de capacitación que ofrecía, de clases para

residentes y ateneos, así como en reuniones informales de ginecólogos vinculados a la temática del aborto, entre 2002 y 2009). Casado, con dos hijos. Fuertemente comprometido con los derechos de las mujeres y sensible, con una rica vida espiritual. Mantuvimos una relación estrecha durante los cinco años, en el transcurso de los cuales él transitó por distintas etapas vitales. Fue grado 2 en Ginecología y, como tal, atendía en el CHPR y en una policlínica barrial. También trabajaba en una IAMC y en una ONG que ofrecía atención en salud sexual y reproductiva a las mujeres. Realizó trabajo de capacitación en derechos sexuales y reproductivos y en derechos de las usuarias, dirigido a sus colegas. Trabajó intensamente en las consultas pre- y post-aborto, tanto a nivel público como privado, y se involucró con el movimiento de parto humanizado.

IRMA. Estaba en los 40 (entrevistada formalmente en 2003 y en 2005, y, como parte del trabajo de campo, estuve en reuniones de ginecólogos en las cuales ella participó en julio de 2006 y diciembre de 2007). Casada, con un hijo. Su inserción laboral es en salud pública, a nivel hospitalario, y está dedicada más a la gestión en salud que a la clínica. No hace atención directa.

JUAN CARLOS. Tenía 35 años (entrevistado en mayo de 2007). Casado, sin hijos. Una vez recibido, fue a vivir al interior, porque había más oportunidades laborales. Igualmente, está cerca de Montevideo y participa activamente de la propuesta de IS.

LAURA. En sus 60 y largos (entrevistada formalmente en 2007, y, como parte del trabajo de campo, estuve en reuniones de ginecólogos en las cuales ella participó en julio de 2006, en diciembre de 2007 y en 2008, así como también en sus consultas). Mujer viuda, con hijos y nietos. Larga trayectoria de trabajo en el primer nivel de atención, en policlínicas públicas de barrios periféricos pobres. Muy comprometida con la población que atendía y especialmente con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. No tenía inconveniente en recetar misoprostol, corriendo los riesgos que ello significaba, porque estaba convencida de que era la única manera de ayudar honestamente a las mujeres que la consultaban.

LEONARDO. De 54 años (entrevistado en julio de 2008). Trabaja en varias IAMC. Está casado, tiene dos hijas adolescentes y un hijo pequeño de su segundo matrimonio. Está a favor de la legalización del aborto.

LUIS. De 62 años (entrevistado en julio de 2008). Trabaja a nivel público y en IAMC. Es católico practicante, muy conservador. Está casado y tiene 4 hijas. Su postura es abiertamente contraria al aborto. Cree que las prácticas sexuales deben tener como finalidad la procreación. Es un hombre con amplios conocimientos sobre temas variados, con gran interés en la bioética.

MARCELO. Tenía más de 60 años y una larga y reconocida trayectoria en la actividad universitaria, privada y académica (las entrevistas formales fueron en 2003 y 2005, y participé de numerosos ateneos, clases con residentes y recorridos de sala con él durante el trabajo de campo, así como de reuniones informales de ginecólogos vinculados a la temática del aborto, entre 2003 y 2008). Un médico preocupado por la relación que entabla con sus pacientes, muy respetuoso de ellas. Activo defensor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

PABLO. De 50 y largos años (entrevistado en noviembre de 2006). Estaba dedicado exclusivamente a la práctica privada al momento de la entrevista, pero anteriormente había estado vinculado a la universidad. El aborto no era un tema de principios para él,

sino un problema pragmático. No lo hacía, pero derivaba a pacientes (del sector privado) a clínicas clandestinas para que se lo practicaran.

ROBERTO. Estaba entre los 30 y largos y los 40 durante el período del trabajo de campo (entrevistado en varias oportunidades entre 2006 y 2009). Casado. Trabajaba en una IAMC y en la Facultad de Medicina, donde con su grado 2 hacía policlínica y tenía un grupo de residentes a cargo. Luego, se alejó de la universidad y pasó a ocupar cargos en la administración del MSP. A pesar de sus muchas actividades en torno a la salud reproductiva de las mujeres y al uso de discursos políticamente correctos, su práctica estaba pautada por el ejercicio del tutelaje hacia las mujeres.

RODOLFO. Tenía 50 años (entrevistado formalmente en 2003 y en 2006, y, como parte del trabajo de campo, estuve en reuniones de ginecólogos en las cuales él participó en julio de 2006, diciembre de 2007 y en abril de 2009). Casado, con hijos. Una vez recibido, se fue a vivir a una ciudad del interior. Allí, se convirtió en un médico exitoso y trabajó a nivel público y privado. En los primeros encuentros con él, no estaba de acuerdo con la legalización del aborto; luego, pasó a tener una postura menos rígida al respecto. Posee una gran preocupación por los embarazos de las mujeres adolescentes. Hacia el 2006, se unió a la propuesta de Iniciativas Sanitarias.

Glosario

Aborto medicamentoso: así se denomina el aborto realizado mediante misoprostol, que provoca la expulsión del contenido.

- misoprostol-mifepristone (Cytotec + RU 486);
- introducción en el cuello del útero de pastillas de misoprostol, con taponamiento para evitar su eliminación;
- colocación en la vagina de dos pastillas de misoprostol, hidratadas en dos gotas de suero durante dos días consecutivos;
- aplicación (pincheo) de misoprostol disuelto en suero directamente en el cuello del útero;
- administración oral de misoprostol dosificado según edad gestacional.

AMEU: aspiración manual endouterina. Es un método utilizado en todo el mundo como alternativa para el tratamiento del aborto incompleto y del huevo muerto y retenido del primer trimestre. La OMS recomienda su disponibilidad en los centros de atención primaria. Consiste en aspirar el contenido uterino mediante una cánula de Karman, conectada a una jeringa de vacío.

Dilatación y curetaje: inducción de dilatación cervical y evacuación del contenido uterino mediante raspaje con un curetaje.

Laminarias: es un tallo de alga seca del género *Laminaria* que es altamente higroscópico. Después de su inserción en el cuello uterino, este absorbe los líquidos del canal cervical, aumenta de tamaño y produce dilatación cervical. Tiene la ventaja de evitar laceraciones o perforaciones, porque produce una dilatación progresiva, indolora y efectiva en un período de 12 a 24 horas.

Misoprostol: ver *aborto medicamentoso*.

Mutualista: institución de asistencia médica colectiva.

Sonda: inducción por sonda. Introducción de una sonda en el cuello del útero para provocar contracciones y la expulsión de su contenido. Esta última puede ser completa o demandar un legrado evacuador.

Residente: médico cuya residencia dura tres años, la cual forma parte del posgrado. En esta investigación, los médicos residentes contactados estaban realizando el posgrado en Ginecología o en Medicina Familiar. Tenían entre 30 y 36 años.

Interno: es un estudiante de grado que está cursando materias clínicas, por lo que tiene un período breve de internado en distintas instituciones, donde lleva a cabo las prácticas clínicas correspondientes. En esta investigación, se trataba de los estudiantes de las disciplinas del tronco materno-infantil.

Siglas

AE: anticoncepción de emergencia.
AMEU: aspiración manual endouterina.
AO: anticoncepción oral.
APA: atención post-aborto.
AUPF: Asociación Uruguaya de Planificación Familiar.
CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.
CREU: Comisión de Representatividad Evangélica en Uruguay.
CTI: Centro de Terapia Intensiva.
HM: Hospital de la Mujer.
IS: Iniciativas Sanitarias.
ITS: infecciones de transmisión sexual.
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
MSP: Ministerio de Salud Pública.
MAC: métodos anticonceptivos.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
Udelar: Universidad de la República.

Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción presenta un análisis del vínculo entre las representaciones y prácticas del aborto voluntario y las relaciones de género, desde la antropología feminista.

A lo largo de las páginas, se pasa revista a lo sucedido con el aborto en el siglo XXI, su situación sanitaria y magnitud, las discusiones parlamentarias y las *voces* desde la sociedad civil: de feministas e iglesias. Se detiene a estudiar a las mujeres que atraviesan por un aborto, su relacionamiento con las instituciones de salud y la visión de los ginecólogos. En estos primeros años del siglo, el aborto pasó de ser silenciado y denunciado a poder llevarse a cabo en centros de salud, por lo que se intenta investigar los procesos de cambios, procurando develar la manera en que estas modificaciones impactan en las relaciones de género, y viceversa.

ISBN: 978-9974-0-1365-0



9 789974 013650