

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

Interrupción voluntaria del embarazo
y ciudadanía: una aproximación desde el Trabajo Social

Lorena González Gutiérrez

Tutora: Silvia Rivero

2016

Índice

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	7
1.1. El concepto de <i>sexualidad</i> desde la Modernidad.....	7
1.2. Sexualidad y reproducción.....	9
1.3. La salud sexual y reproductiva: una cuestión de derechos.....	11
1.4. Políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay.....	14
CAPÍTULO 2. ANTECEDENTES DE LA LEGALIZACIÓN DE LA IVE EN URUGUAY.....	19
CAPÍTULO 3. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA.....	25
3.1. La construcción ciudadana desde una perspectiva de género.....	25
3.2. Ciudadanía y sistema de salud.....	28
3.2.1. <i>Participación ciudadana</i>	31
3.2.2. <i>Autonomía reproductiva</i>	32
CAPÍTULO 4. EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS.....	35
4.1. Abordaje interdisciplinario en la IVE.....	35
4.1.1. <i>El rol del trabajador social en el programa de IVE</i>	40
4.1.2. <i>La actuación del profesional de salud mental dentro del equipo interdisciplinario</i>	43
4.1.3. <i>Los médicos y el programa de IVE</i>	45
4.2. ¿Promoción de ciudadanía o tutelaje?.....	48
REFLEXIONES Y CONCLUSIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
FUENTES DOCUMENTALES.....	60
OTRAS FUENTES.....	61
ANEXOS.....	63

Introducción

El presente trabajo se encuadra en la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Éste procura conocer y profundizar en la reflexión sobre el Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el marco de las actuales políticas de atención a la salud sexual y reproductiva en Uruguay, puesto que es un tema de actualidad que está presente en la agenda pública y que suscita la ampliación de los derechos humanos y promueve la construcción de ciudadanía.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se puede abordar desde distintos planos de análisis: desde una perspectiva jurídica, es una institución reglamentada por la cual se procura el reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre su vida reproductiva; desde un punto de vista ético-filosófico, es un tema que genera controversias, dado que, si bien se ha despenalizado su práctica (en determinadas condiciones), sigue existiendo una condena social muy fuerte por algunos sectores de la población. Es pertinente referir al área de la salud, en la que se han generado avances muy significativos con la IVE, en un entorno seguro y fuera de las condiciones de riesgo y clandestinidad. Por otro lado, desde un plano psicológico, se pueden analizar los condicionamientos que intervienen en la toma de decisiones y los efectos psíquicos. Por último, la dimensión social, que profundizaremos en este trabajo, contempla su incidencia en las estructuras familiares, en la equidad de género y en la construcción de ciudadanía de los sujetos.

Ante la multidimensionalidad de esta problemática, el marco regulatorio que «despenaliza» la IVE establece que la mujer que cursa un embarazo no deseado deberá recibir asesoramiento por un equipo interdisciplinario, integrado por un ginecobstetra y por especialistas del área de la salud mental (psiquiatra, psicólogo) y de la social (trabajador social, sociólogo, educador). En este trabajo se intentará interpelar el quehacer profesional del trabajador social con el fin de contribuir al análisis de este campo de intervención. Cabe señalar que, si bien se puede referir a este Programa como un espacio nuevo de ejercicio profesional, nuestra disciplina tiene una larga trayectoria de inserción en el campo de la salud, en distintos programas y en permanente diálogo y contacto con los sujetos, sus

colectivos y grupos organizados de la sociedad civil, con mucho para aportar en el abordaje de esta problemática.

En los últimos tiempos estamos transitando por un cambio de paradigma en las políticas sociales, asociado con una visión de ciudadanía centrada en los derechos, lo que impacta en el abordaje del Trabajo Social «[...] desde modalidades de intervención residual, basadas en el combate a la pobreza como objetivo prioritario, hacia la construcción de umbrales universales de condiciones de vida digna que tengan en la reducción de las desigualdades su objetivo prioritario» (Andrenacci y Repetto, 2006, citado en Llana 2013: 47). En este sentido, el Trabajo Social ocupa un lugar privilegiado en la implementación de las políticas sociales: su práctica requiere una constante articulación de conocimientos y experiencias con las nuevas realidades, lo que le permite contribuir en la reconfiguración de las políticas sociales desde una ciudadanía crítica y propositiva por medio de procesos socioeducativos emancipatorios. Es decir, promueve la participación responsable de los sujetos (individuales y colectivos) en la formulación de políticas sociales, en la gestión de los servicios sociales y en el control de las políticas y programas sociales (Kuzma, 2009).

Desde este enfoque, para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos es imperioso que se generen políticas inclusivas y prácticas profesionales que faciliten la efectivización del derecho a la mujer de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva, pues esto permite:

[...] a cada persona y a cada pareja definir con libertad y con responsabilidad la cantidad de hijos y el espaciamiento entre ellos. Las consecuencias y los costos de no hacerlo lo pagan todas las mujeres, muy especialmente las mujeres pobres, las jóvenes y aquellas que cuentan con menor acceso a recursos de información, económicos y de poder. Impactando fuertemente en sus vidas, la de sus parejas y sus familias. (Abracinskas y López Gómez, 2010: 264)

Asimismo, si bien la normativa que despenaliza la IVE constituye un hito fundamental en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, deben existir políticas que garanticen su efectivización y el empoderamiento de los sujetos. El trabajador social, como ejecutor de las políticas sociales, puede promover dentro de los equipos interdisciplinarios que intervienen en el programa de IVE acciones tendientes a efectivizar la ciudadanía de las mujeres, fomentando la participación y el ejercicio de sus

derechos y responsabilidades, desde una perspectiva de sujeto de derecho y no como beneficiario o destinatario del mismo. Kuzma (2009) plantea que la práctica profesional desde una concepción de ciudadanía dependerá en gran medida de la capacidad de generar creativamente nuevos procesos de sociabilidad basados en la conformación de nuevas identidades ciudadanas que permitan la transferencia de poder hacia los sujetos con quienes trabajamos.

Ahora bien, la posibilidad de construir una ciudadanía instituyente o nueva ciudadanía implica:

[...] reconfigurar el Estado actual y construir una organización político- cultural democrática y participativa, cuyas políticas expresen la necesidad de la ciudadanía, superando el paternalismo y asistencialismo tan arraigado en nuestra región. [...] Para ello es imprescindible promover desde procesos socioculturales, la conformación de sujetos individuales y colectivos (mujeres, comunidades étnicas, jóvenes, sectores populares empobrecidos, desempleados, migrantes, discapacitados, etc.) que puedan discernir y optar –como alternativa liberadora y humanizante- por la movilización ciudadana y el poder local. Es decir, por la construcción de espacios sociales determinados por lógicas de empoderamiento donde todos tengan la posibilidad de autoconstruirse y comunicarse como sujetos, en emprendimientos colectivos y comunes. (Kuzma, 2009: 56)

De acuerdo a lo antedicho y en el entendido de que la ciudadanía no es una categoría estática, esta monografía pretende responder la siguiente pregunta: **¿el programa de IVE promueve y efectiviza la construcción de ciudadanía?**, analizando las dimensiones que transversalizan la construcción de la ciudadana desde una concepción moderna: participación activa, libertad, poder de decisión, responsabilidad y autonomía de los sujetos.

En este sentido, se considera relevante y propicio problematizar el ejercicio profesional del trabajador social en las instituciones prestadoras de salud del departamento de Montevideo, tanto en el ámbito público como privado. Este trabajo se delimita a Montevideo en virtud de que un estudio a nivel nacional implicaría un trabajo de mayor envergadura, pues los diferentes departamentos y localidades del país presentan un escenario muy disímil, con distintas realidades a nivel cultural, político, social y económico, hecho que generaría discrepancias y diversidades en la ejecución del Programa.

Para indagar en esta temática nos situamos en el contexto actual, cuando ha transcurrido un período de tiempo desde la entrada en vigencia del marco jurídico que habilita la interrupción voluntaria del embarazo, lo que permite que los mecanismos de acción y los procesos se encuentren consolidados, facilitando una mirada aún más crítica del **objeto de análisis**: el programa de interrupción voluntaria del embarazo en el marco de las políticas públicas de atención a la salud sexual y reproductiva.

El presente estudio tiene como **objetivo general** analizar el Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde la construcción de ciudadanía, mientras que los **objetivos específicos** son los siguientes:

— identificar si el Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo promueve un abordaje tutelar de la problemática o si favorece una práctica liberadora que traslade el poder de decisión al sujeto, y

— conocer el nivel de incidencia de los equipos interdisciplinarios y especialmente el de los trabajadores sociales que intervienen en los procesos de interrupción voluntaria del embarazo, en el empoderamiento y el ejercicio de una ciudadanía «activa».

Dado los objetivos planteados y las características de la pregunta que motiva este trabajo, se optó por una metodología de tipo cualitativa, al tiempo que efectuamos un **análisis documental** del marco normativo (ley, decreto reglamentario) y de las publicaciones existentes (guías técnicas, manual de procedimientos, informes, formularios, folletos), así como también una **revisión bibliográfica** sobre esta temática. En este sentido, debemos señalar que la carencia de datos oficiales, informes e investigaciones posteriores a la «despenalización» de la IVE se constituyó como un obstáculo para la elaboración del presente estudio.

Otra técnica utilizada fue la entrevista a informantes calificados: trabajadores sociales insertos en el Programa de IVE. Se entrevistó a dos trabajadoras sociales que integran el equipo referente en salud sexual y reproductiva de la policlínica del Casmu en Parque Batlle y también a otras dos trabajadoras sociales que cumplen funciones en la policlínica de ASSE en Sayago. Si bien la cantidad de entrevistas realizadas es escasa (debido a dificultades y obstáculos presentados por los prestadores de salud al solicitárselas formalmente), se logró relevar contextos muy disímiles que, sin pretender ser una indagación acabada, permiten una aproximación al estado de situación del Programa de IVE

desde la perspectiva del trabajador social, y genera insumos para futuras investigaciones que se propongan ahondar en esta problemática.

La estructura de este trabajo es la siguiente: el **primer capítulo** plantea una aproximación al concepto de *sexualidad*, a los cambios sociales y culturales que inciden en la ruptura de los modelos tradicionales, y a los avances en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, que deviene de un largo proceso histórico de control de la reproducción como elemento de control social. En otro apartado se reseñarán los antecedentes en nuestro país y la influencia de los movimientos y organizaciones sociales en los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, focalizando la atención en las políticas de atención en salud sexual y reproductiva.

El **segundo capítulo** refiere a la incorporación de la IVE en las políticas públicas, sus antecedentes y el marco regulatorio que la habilita.

En el **tercer capítulo** se presenta una mirada a la ciudadanía como categoría analítica, problematizando el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y su articulación con el Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Allí se señalan las dimensiones del concepto moderno de ciudadanía como participación activa, libertad, poder de decisión, responsabilidad y autonomía de los sujetos, que nos permiten referir a una ciudadanía instituyente. Esta etapa implica interactuar con antecedentes y autores que refieren a esta temática.

El **cuarto capítulo** trata de los equipos interdisciplinarios que intervienen en la IVE; se analiza la práctica profesional del médico, del psicólogo y especialmente del trabajador social, además de su incidencia en los procesos de empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Luego, se presentan las reflexiones y las conclusiones del trabajo, que buscan responder la pregunta inicial y cumplir con los objetivos planteados. Y, por último, se expone la bibliografía consultada y los anexos con las entrevistas y el marco jurídico tomado para el análisis.

Capítulo 1. Salud sexual y reproductiva

En este capítulo se pretende realizar una revisión sociohistórica de los conceptos de *sexualidad* y *reproducción* que nos permita comprender el estado de situación de las políticas de salud sexual y reproductiva en nuestro país.

1.1. El concepto de sexualidad desde la Modernidad

La Época Moderna constituye un período histórico clave para entender la evolución del concepto de sexualidad; uno de los cambios más significativo que se produjo fue en la forma de concebir el cuerpo, pues éste:

[...] adquiere una significación totalmente diferente y deja de ser aquello que debe ser atormentado para convertirse en algo ha ser formado, reformado, corregido, en un cuerpo que debe adquirir aptitudes, recibir ciertas cualidades y calificarse como cuerpo capaz de trabajar. (Foucault, 1978: 133)

El cometido de esta época fue formar individuos funcionales al sistema capitalista, instalando mecanismos de disciplinamiento de los cuerpos y vigilando sus conductas a través de las estructuras de vigilancia (la escuela, el ejército, la cárcel y los hospitales).

La consolidación en Occidente del nuevo orden social, económico y político no fue ajeno a nuestro país, donde se dieron procesos similares y donde se gestó una nueva «sensibilidad» vinculada a la modernización y al nuevo modelo de producción, que según Barrán disciplinó a la sociedad: «[...] impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo» (Barrán, 1989: 11). Ampliando la idea, este autor describe la transición de la mentalidad bárbara a la civilizada, además de los profundos cambios en la estructura de valores. Así, se instala:

[...] el terror al ocio, a la sexualidad, al juego y la fiesta; el endiosamiento del trabajo, del ahorro —de dinero y de semen—, del rescato del cuerpo dominado, he ahí la colección de miedos y valores que curas, maestros, médicos, padres de familia y dirigentes políticos esgrimieron contra el niño, el adolescente, el joven, la mujer y las clases populares, los principales —aunque no únicos—

destinatarios de esta «reforma moral». Porque la «moralidad», lo veremos, lo invadió todo, hasta las que se creían alejadas esferas del «orden en la casa» y la «higiene personal». (Barrán, 1989: 23-24)

Este impulso disciplinario se impuso también en la sexualidad como parte de su función normalizadora: el cuerpo debía convertirse en la fuerza de trabajo y se consideraba que el sexo iba en desmedro de su dedicación en forma intensiva. Desde esta perspectiva, Gramsci señala que el trabajo «[...] exige una rígida disciplina de los instintos sexuales, o sea, un fortalecimiento de la familia [...] y estabilidad de las relaciones sexuales» (1981, citado en Barrán, 1989: 21). En este contexto, se buscó instituir en la sociedad el dispositivo de la sexualidad:

[...] la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora. En torno al sexo, silencio. Dicta la ley la pareja legítima y procreadora [...]. Tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres. (Foucault, 1977: 9)

Con el aporte de Barrán podemos visualizar cómo en nuestro país acontecieron hechos similares:

Ninguna época en la historia uruguaya fue tan puritana, tan separadora de los sexos, contempló con tal prevención, que a veces era horror, a la sexualidad, como esta. Esa necesidad de castrar se cebó particularmente en el adolescente y la mujer y se tradujo en la negación formal de la sexualidad, en su obsesivo ocultamiento, notorio tanto en los silencios del lenguaje como en la discreción del trato entre hombres y mujeres. (Barrán, 1989: 125)

En este sentido, se legitima la monogamia y la fidelidad como forma de justificar el acto sexual basándose en la procreación; aun así es considerado impuro, es decir, sólo se admitía un mínimo en función de la reproducción y la sexualidad infecunda era situada fuera de lo normal. De este modo, la familia y el matrimonio están en el plano de lo permitido; sin embargo, Foucault (1977) no negaba la existencia de otras sexualidades periféricas y la contra natura (como es el adulterio), pero eran excluidas, perseguidas, señaladas por considerarlas improductivas. En esta época:

[...] la represión ha sido, por cierto, el modo fundamental de relación entre poder, saber y sexualidad, no es posible liberarse sino a un precio considerable: haría falta nada menos que una

transgresión de las leyes, una anulación de las prohibiciones, una irrupción de la palabra, una restitución del placer a lo real. (Foucault, 1977: 11)

Las representaciones y elementos simbólicos vinculados a la hipótesis represiva fueron naturalizando las connotaciones negativas asignadas a la sexualidad e instituyendo estereotipos y relaciones de poder entre hombres y mujeres, propio de un orden social patriarcal en el que el hombre-padre de familia concentra el poder, tiene un rol productivo vinculado a la esfera pública y la mujer es rezagada al ámbito privado y limitada a su función reproductiva; éstos son hechos que han calado hondo en nuestra sociedad (reforzados por los enjuiciamientos morales, cuestionamientos del área de la medicina, el rechazo de la iglesia), produciendo una sexualidad moralista, cargada de prejuicios y de rótulos de género.

1.2. Sexualidad y reproducción

En la sociedad moderna subyace un interés por controlar no sólo la sexualidad, sino también la reproducción, en el entendido de que el poder está detrás de estas concepciones culturales. De este modo, la sexualidad femenina es aún más controlada por su lugar en la reproducción de la sociedad; es así que «[...] los católicos y liberales, maestros y médicos, decretaron que el placer era exclusivamente del hombre y que la mujer a lo sumo lo sentía como reflejo» (Barrán, 1989: 171). En la misma línea, Mujica plantea que:

Este interés por controlar y ordenar los cuerpos de los sujetos ha dirigido gran parte de sus fuerzas a regular, por ejemplo, el cuerpo de las mujeres [...]. Se la ha considerado como un ser dirigido sustancialmente a la reproducción. Su rol, adscripto de este modo a su cuerpo, queda estancado y configura un encierro del cuerpo por sí mismo [...]. De este modo, el sometimiento que se ejerce sobre su cuerpo, el control exterior y la anulación de la capacidad de decisión sobre sí, condena a la mujer a la reclusión en una aparente naturalidad. (2007: 76)

En esta época se dio un cambio significativo en la reproducción en tanto que tuvo lugar el pasaje de una sociedad en la que casi todo podía ser público y, sobre todo, controlado por poderes notorios como la Iglesia Católica y el Estado, a otra en la que las esferas de lo personal crecían día a día en autonomía, ganando terreno lo íntimo. De este

modo, en la última década del siglo XIX y en las primeras del siglo XX se visualiza una disminución del número de hijos; así lo describe Barrán:

[...] en los años veinte y en la intimidad del dormitorio, probablemente ya la mayoría de las parejas montevidéanas buscaban limitar de alguna manera el número de sus hijos, pero en la cátedra, en la tribuna, en los periódicos —y, obviamente, en el púlpito— sólo pocos se atrevían a cuestionar los principios de la moral puritana [...]. (Barrán, 2001: 129)

Estos hechos fueron parte de un proceso de transición demográfica que tuvo lugar primero en Europa y luego en América Latina: «Al “antiguo régimen demográfico” con una alta natalidad y también alta mortalidad —sobre todo infantil— le sucede un descenso de los dos índices, iniciando la transición hacia una demografía “moderna”» (Sapriza, 2011: 23). En la década de los treinta el descenso de la natalidad fue notorio, y es en esos años que se difunde el método Ogino-Knauss, incluso con la cauta aprobación de la Iglesia Católica, que en 1930 aceptó expresamente las relaciones sexuales de los cónyuges sin fines procreativos. Este método se basaba en el reciente descubrimiento de los ciclos hormonales de la mujer y la abstención de relaciones sexuales durante los «períodos fértiles» (Sapriza, 2011: 26). Del mismo modo, el aborto, «[...] el método de control “civilizado” de los nacimientos, parece instalarse definitivamente en los hábitos de las parejas, al menos montevidéanas» (Barrán, 1989: 14). El hecho de que esta práctica fuera tan extendida como método anticonceptivo constituye el telón de fondo de la despenalización del aborto ocurrida durante la dictadura de Terra (Sapriza, 2011: 23).

Si bien Sigmund Freud, con la publicación de los *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905), generó una ruptura epistemológica con la concepción hegemónica de la sexualidad al separar la procreación del placer sexual (Bleichmar, 2000, citado en Carril y López Gómez, 2008: 28), transcurrió mucho tiempo para que esta idea tomara fuerza y legitimación. Logró materializarse recién en la década de los sesenta, cuando entra en escena la anticoncepción hormonal. En este sentido, la pastilla anticonceptiva «[...] dio pie a la llamada “revolución sexual”, la separación de la reproducción y el placer, y el otorgamiento de una autonomía del cuerpo a las mujeres, desconocida hasta el momento» (Sapriza, 2011: 61). El control de la reproducción mediante la utilización de métodos anticonceptivos eficaces fue fundamental para cambiar el posicionamiento de la mujer, ya que le permitió decidir sobre su vida reproductiva y ganar espacio en la esfera pública. En

este sentido, la demógrafa Adela Pellegrino afirma: «El descubrimiento de la pastilla anticonceptiva puede ser considerado como el o por lo menos como uno de los avances tecnológicos de este siglo, que tuvieron consecuencias más importantes sobre los comportamientos sociales» (2004, citado en Sapriza, 2011: 61).

Como vimos en los párrafos anteriores, durante la Época Contemporánea se comenzó a controlar y querer incidir en la natalidad. Al decir de Mujica (2007), la demografía y el control de la natalidad son algunas de las manifestaciones de la regulación estatal, del control formalizado del biopoder. Foucault señala que «Este poder sobre la vida, que se ejerce sobre los modos de producirla, sobre sus técnicas, sobre sus instrumentos, es el biopoder» (2000, citado en Mujica, 2009: 130). Mujica agrega que «A este biopoder le corresponden las biopolíticas, las formas institucionales, sus sistemas de control formal, sus aparatos de regulación prácticos, y a éstos sus leyes concretas: una economía política del cuerpo» (2007: 78).

1.3. La salud sexual y reproductiva: una cuestión de derechos

Luego de describir los cambios que se produjeron en los últimos tiempos en la sexualidad y en la reproducción, es pertinente conceptualizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En este sentido, Correa y Petchesky refieren a éstos como «[...] al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva. Y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones» (1995, citado en Abracinskas y López Gómez, 2007: 21). Con el aporte de Marge Berer se exponen una serie de reivindicaciones englobadas en el término *derechos sexuales y reproductivo*: «[...] acceso a la anticoncepción, al aborto, a la salud integral, al placer sexual, al control del cuerpo y al derecho a decidir» (Abracinskas y López Gómez, 2007: 20).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto *salud sexual* se refiere a:

[...] la experiencia del proceso continuo de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado a la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo

de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y garanticen. (OPS y OMS, 2000: 12)

Esta definición se plantea en términos positivos: es un concepto más amplio que la ausencia de enfermedad y considera la salud sexual desde una visión integradora y totalizante del individuo como ser bio-psico-social.

Por su parte, la *salud reproductiva* implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y, en particular, su propia fecundidad. En este sentido, podemos decir que para garantizar los derechos reproductivos es necesario contar con información de calidad sobre métodos anticonceptivos y sobre el acceso éstos, así como con programas de atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y el aborto que permitan vivir la sexualidad con libertad, y tomar decisiones responsable y autónomamente sobre la vida sexual y reproductiva desde la información (Briozzo, 2002, citado en Johnson *et al.*, 2011).

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales en la salud integral de los individuos, y el Estado tiene la responsabilidad de garantizarlos a través de políticas públicas que den respuesta a las diversas problemáticas. Si bien la salud sexual no se reduce a la salud reproductiva de las personas, generalmente se abordan como un binomio inseparable; como veremos, en nuestro país las políticas denominadas de «salud sexual y reproductiva» tradicionalmente se han limitado a la atención materno- infantil:

Las normas de anticoncepción, embarazo parto y puerperio y atención pre y post aborto, dan cuenta de la relevancia que el país le ha otorgado a la salud reproductiva sobre la salud sexual. Sobre ésta [*sic*] última la única normativa existente (ITS) está enfocada en los riesgos de la actividad sexual más que en la promoción de los derechos sexuales. (López Gómez *et al.*, 2006: 62)

En estas acciones ha tenido gran influencia la producción histórica de la sexualidad, sustentada en la negación, en el ocultamiento y en su reducción a la función reproductiva, lo que se reproduce en el diseño de políticas públicas focalizadas en el binomio madre-hijo.

El proceso de reconocimiento-conquista de los derechos sexuales y reproductivos ha sido extenso y complejo; como hemos visto, históricamente la sexualidad y la reproducción se redujeron a la esfera de lo íntimo y de lo privado, y es recién en los últimos tiempos que tomaron visibilidad, gestándose su reconocimiento y legitimación como dimensiones fundamentales de los derechos humanos y de salud pública. Como sostiene López Gómez:

[...] los derechos sexuales y reproductivos [...] entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al resignificar la dicotomía público-privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas. (2005: 31)

Este proceso tomó mayor impulso en las últimas décadas y se enmarca en un contexto global de reivindicación de los derechos de las minorías y de una progresiva emancipación de la mujer, en busca de generar sociedades más justas y democráticas. En la arena internacional, el debate sobre los derechos de las mujeres y, en particular, sobre los derechos sexuales y reproductivos se instala a partir de los años sesenta, cuando la feminista Marge Berer introduce el término «derechos reproductivos»; desde entonces, las organizaciones feministas y de mujeres lucharon por el reconocimiento de los mismos. (Corea y Petchesky, 1994).

En América Latina, los movimientos sociales:

[...] representan un testimonio fuerte e importante, un principio de cambio sobre las posibilidades humanas de generar resistencias y construir nuevas ciudadanías mediante espacios de encuentro y comunicación donde la participación ciudadana y la política adquieren un nuevo significado, desde las necesidades de los pueblos. (Kuzma, 2009: 49)

Desde este contexto, en nuestro país las acciones en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, formuladas mediante los mecanismos de participación de la sociedad civil organizada y de los movimientos sociales, han tenido un papel fundamental, pues lograron irrumpir en la esfera pública y colocar en la agenda política sus demandas, con una fuerte incidencia en el diseño de las políticas y de los programas como parte del proceso de construcción de ciudadanía.

1.4. Políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay

El Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que nos ocupa analizar, debe ubicarse en un contexto más amplio de la evolución de las políticas en salud sexual y reproductiva (SSyR) en nuestro país. En este sentido, es importante referir al marco contextual en el que se gestaron las políticas de SSyR y el cambio de paradigma del tradicional modelo hegemónico materno-infantil a uno centrado en una perspectiva de género y de derechos.

La legitimación de los derechos sexuales y reproductivos (DDSSyRR) a nivel internacional surge en la década de los noventa con la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Así, también, en 1997 durante el Congreso Mundial de Sexología, desarrollado en Valencia (España), se declara: «Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos Fundamentales y Universales»; luego es reafirmado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (14.º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular de China, 1999) (OPS, OMS, 2000). En este contexto, nuestro país ha tenido que adecuar el marco jurídico en función de los compromisos internacionales y sus recomendaciones, comenzando a incorporar, a partir del año 1996, una serie de prestaciones en salud sexual y reproductiva dentro los servicios de salud del sector público (Abracinskas y López Gómez, 2010: 262).

En este sentido, podemos decir que en el contexto latinoamericano Uruguay tuvo un temprano reconocimiento de los DDSSyRR y desarrollo de las políticas y programas principalmente relacionados a la atención de la mujer embarazada y al parto institucionalizado. Merece destacar la creación del proyecto *Maternidad y paternidad elegida* en 1996, enfocado al fortalecimiento del área materno infantil, que luego, en el año 1999, se transforma en programa; éste fue el primer programa dentro del Ministerio de Salud Pública (MSP) que consideró la perspectiva de género y la prestación de métodos anticonceptivos (López Gómez *et al.*, 2003). En este mismo año se crea el *Programa de atención integral a la mujer* (PAIM) de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), que amplió las prestaciones en salud y reproducción, dado que incluyó anticoncepción,

atención del embarazo, parto, puerperio y prevención precoz del cáncer gónitomamario; este programa sigue vigente en la actualidad. En el año 2001, el MSP crea el *Programa de salud integral de la mujer* (SIM), que «[...] procuró modificar el clásico abordaje materno-infantil centrado en la ecuación mujer-madre para desarrollar una perspectiva integral que redefine el lugar de la mujer-usuaria como sujeto de derechos y participe activa del autocuidado en salud» (López Gómez *et al.*, 2003: 11). Dicho programa promueve el acceso gratuito para las usuarias del MSP (de Montevideo) a los métodos anticonceptivos: hormonales, DIU, preservativos masculinos, anticoncepción de emergencia. Así, también el SIM tuvo como cometido el control precoz del embarazo, la prevención del cáncer de mama y cuello de útero, y la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (López Gómez *et al.*, 2003).

Luego, se crea en la órbita del MSP el *Programa nacional de salud de la mujer y género*, que está vigente en la actualidad y que surge como resultado de articular el SIM (MSP) y el PAIM (IMM); éste tiene un área específica para la salud sexual y reproductiva. En sus objetivos, «Plantea la equidad de género y la perspectiva de derechos como sostén para sus acciones. Destaca la importancia de la participación ciudadana y la descentralización de las acciones» (López Gómez *et al.*, 2006: 26). Otro de los programas que promueve los derechos en salud sexual y reproductiva es el Programa Infancia, Adolescencia y Familia (INFAMILIA), creado en el año 2002; incluía la «Prevención y atención integral del embarazo en la adolescencia», habiendo capacitado junto al MSP a los profesionales de la salud en el área de salud sexual y reproductiva (López y Abracinskas, 2009: 9).

De esta reseña de políticas y programas dirigidos a la salud sexual y reproductiva se visualiza la centralidad del enfoque materno-infantil en su diseño, pues se prioriza la atención (necesaria pero no suficiente) en el embarazo y parto; las políticas hacia la mujer se limitan a su función materna, lo que reproduce, de esta forma, las representaciones asociadas al género, al tiempo que profundiza la asimetría en las relaciones entre hombres y mujeres. Esto «[...] trajo aparejada una visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, así como la ausencia del varón-padre y su participación en los procesos reproductivos» (López Gómez *et al.*, 2003: 8).

Recién en las últimas décadas se ha generado un cambio de paradigma, comenzando a visualizar a la mujer como sujeto de derechos con autonomía reproductiva,

desde una concepción de ciudadanía. El Estado debe velar por la efectivización de los DDSSyRR y promover políticas sociales que los garanticen. Desde esta perspectiva, Potyara Pereyra plantea que «[...] cuando hablamos de política social, estamos haciendo referencia a aquellas modernas funciones del Estado capitalista de producir, instituir y distribuir bienes y servicios sociales catalogados como derechos de ciudadanía» (Pereira, 2000: 149). Para dar seguimiento a las políticas nacionales en la materia, se crea por decreto del MSP, en marzo de 2004, la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, corresponde señalar que en agosto de ese mismo año se aprueban las *Normas sanitarias y guías clínicas para la atención pre y post aborto* (ordenanza n.º 369, MSP). Otro acontecimiento relevante fue el surgimiento dentro del MSP, en el año 2005, del *Programa nacional de salud de la mujer y género* (MSP-DIGESA):

El programa es producto de un proceso de creciente reconocimiento institucional de la salud de las mujeres desde un enfoque de género y derechos. Este proceso se fue gestando en el MSP a partir de la influencia de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994). López Gómez *et al.*, 2006: 24)

Estas acciones implican un avance significativo en el acceso a la salud de las mujeres y en la búsqueda de la universalización de las políticas en salud sexual y reproductiva. Tradicionalmente, existían políticas focalizadas en su diseño y aún más en su cobertura (se implementan en Montevideo y en algunas instituciones del sector público), que agudizaban la brecha en el acceso a las prestaciones según la ubicación geográfica y el prestador de salud:

Las inequidad en el acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva en las capitales departamentales y en distintas ciudades y pueblos es notoria. Por ejemplo, la distribución de los métodos anticonceptivos en las pequeñas localidades no está garantizada ni es sistemática. (López Gómez *et al.*, 2006: 45)

Con la entrada en vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2008 se generó un contexto muy favorable para la ampliación y universalización de los recursos y servicios. Si bien estamos muy lejos de esto, las acciones y las políticas deben enmarcarse en sus principios básicos: universalizar el acceso a la salud, respetar los derechos de los usuarios a una decisión informada, promoción en salud, calidad asistencial

y devolver la sustentabilidad al sistema (art. 3.º, Ley n.º 18.211). En este contexto, comenzó a funcionar el área de salud sexual y reproductiva dentro de la órbita del MSP; ésta se plantea como objetivos principales:

Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con ello, nos acercamos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna, saludable y responsable. Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y el bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as de todas las etapas y circunstancias de su vida. (MSP, 2005, citado en López Gómez *et al.*, 2006: 26)

Otro hecho de relevancia fue la aprobación, en el año 2008, de la Ley n.º 18.426, que fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo en los capítulos que despenalizaban el aborto por sola voluntad de la mujer hasta las doce semanas de gestación y luego de este plazo para casos excepcionales. De todas formas, esta ley constituyó un hito fundamental en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; su decreto reglamentario, aprobado en el año 2010, establece la implementación del acceso universal a prestaciones en salud sexual y reproductiva en el marco de «[...] los efectores de salud públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud, procurando garantizar mejores condiciones para el respeto y ejercicio del derecho a la salud de los y las uruguayas» (Abracinskas y López Gómez, 2010: 262). Esta ley le genera al Estado un compromiso en cuanto a la creación de políticas y programas que atiendan la salud sexual y reproductiva de la población. Así lo establece su artículo primero: «[...] el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población» (Ley n.º 18.426). Asimismo, legitima los avances alcanzados en años anteriores (políticas, acciones y guías clínicas), como lo hace la ordenanza n.º 369 del MSP, que es contemplada por la norma. En este sentido, Abracinskas y López Gómez exponen que:

La Ley 18.426 no incorpora nuevas prestaciones en salud sexual y reproductiva a las que ya se disponían en el país, les otorga sí un estatuto jurídico superior y reafirma la voluntad del Estado de brindar las garantías y condiciones para el acceso universal a servicios en salud sexual y reproductiva (SSR). Sin embargo, los datos existentes dan cuenta que los servicios de salud, particularmente los privados, no estaban implantando y cumpliendo con gran parte de las normas en SSR existentes. (2010: 263)

Como mencionábamos en los párrafos anteriores, en los últimos años se ha avanzado mucho en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y se ha alcanzado su legitimación mediante la aprobación de normativas y el diseño de políticas sociales que intentan paliar las inequidades existentes; sin embargo, estamos muy lejos de lograr una atención integral en salud sexual y reproductiva para que estos derechos sean promovidos y garantizados de manera equitativa, sin discriminación sexual, etaria y ubicación geográfica.

Capítulo 2. Antecedentes de la legalización de la IVE en Uruguay

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción de la gestación antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, previo a que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente, lo que ocurre luego de las veinte semanas. Asimismo, se refiere al aborto provocado en condiciones de riesgo o aborto inseguro «[...] como aquel procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica, o ambos» (OMS, 1998, citado en Briozzo et al., 2002: 85).

En este apartado nos proponemos analizar el proceso político, jurídico y social que gestó la «legalización» del aborto en nuestro país; en este sentido, es necesario invocar el Código Penal del año 1934, que no consideraba el aborto como delito, hecho que despertó muchas críticas entre los grupos conservadores, especialmente la Iglesia Católica. Esto llevó a la aprobación, en 1938, de la Ley n.º 9.763, que modificó el Código Penal en este aspecto y tipificó el aborto como delito. Según su artículo 325 («Aborto con consentimiento de la mujer»), «La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión, de tres a nueve meses» (Código Penal, 1938: art. 325). Asimismo, la ley declara causas atenuantes o eximentes en su artículo 328, como el móvil de honor, la violación, causas graves de salud y razones de angustia económica: es la justicia la que debe determinarlas.

El hecho de que el aborto estuviese profundamente arraigado en la sociedad, sumado a la tolerancia que se percibía hacia este delito (al no controlar, denunciar, ni castigar), promovió que siguiera siendo una práctica ampliamente extendida, a pesar de su penalización. Por su parte, la ilegalidad condujo a las mujeres que decidían interrumpir su embarazo a un ámbito clandestino, lucrativo, inseguro y carente de controles; se conformó un universo simbólico, cargado de contenido moral, de valores y creencias, que reforzaron su estigmatización, influyendo también en cómo esta práctica es transitada. En esta misma línea, Carril y López señalan que:

[...] la ilegalidad, penalización y clandestinidad de la práctica del aborto y el conjunto de significaciones imaginarias que producen, deben ser consideradas como escenario que determina, afecta y atraviesa todo el proceso. Es en este sentido, que el contexto en la medida que adquiere centralidad, se transforma en texto que produce significados, vivencias, reacciones emocionales y discursos, que a su vez, recursivamente, determinan las prácticas. Es decir, constituyen la subjetividad. (2008: 23)

El aborto es un hecho social transversalizado por múltiples dimensiones; desde el punto de vista de la salud pública se visualizan las vulnerabilidades a las que se exponen las mujeres ante abortos practicados en condiciones de riesgo, llegando muchas veces a sufrir consecuencias negativas para su salud (desde un punto de vista bio-psico-social), e incluso a provocarle la muerte. La OMS plantea que:

[...] las censuras sociales que condenan embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquéllas que no tienen pareja formal; la falta de acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; el no reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica de aborto inseguro. Esto es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa a nivel regional y mundial, en la muerte y en la morbilidad severa de mujeres en edad reproductiva. (2003, citado en Carril y López, 2008: 21)

Por mortalidad materna se entiende la muerte de la mujer por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Si bien a nivel general:

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de relativamente baja mortalidad materna en el escenario regional, entre otras cosas, debido al desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que se iniciaron a mediados del siglo XX, promoviendo el temprano control del embarazo y la atención institucional del parto. Debe señalarse que el retraso en implementar políticas integrales hacia la salud de las mujeres y en particular en salud sexual y reproductiva, ha generado que en el sistema institucional de la salud perviviera durante muchos años una actitud pasiva frente al período de puerperio y frente a las complicaciones derivadas de los abortos inseguros. (López Gómez *et al.*, 2011: 75)

Estos factores han incidido sustancialmente en el incremento de la mortalidad materna, tal es así que «[...] el aborto inseguro constituyó una de las principales causas de muerte materna, según cifras del Ministerio de Salud Pública, para el período 1996-2001» (Briozzo, 2003, citado en Carril y López, 2008: 22). Esto, a su vez, se ve agravado en el

año 2001, cuando «[...] se produjo un incremento de muertes de mujeres vinculadas a la práctica del aborto inseguro, situación que coincide con la agudización de la crisis económica y de las condiciones de exclusión social de amplios sectores de la población» (Briozzo, 2002, citado en Johnson *et al.*, 2011: 16).

Los técnicos y profesionales de la salud han tenido que enfrentarse a los efectos y complicaciones de las prácticas abortivas sin contar con herramientas ni respaldo legal. Por este motivo y a instancias de ginecólogos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, vinculados a las cátedras de ginecología de la Facultad de Medicina (UdelaR), se crea a finales del año 2002 el grupo «Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo», que propuso dos años después las normativas de atención pre y postaborto para la disminución del riesgo, adoptadas por el Ministerio de Salud Pública bajo la resolución Ordenanza n.º 369 del 4 de agosto de 2004. Esta normativa reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado a acceder a información y orientación sobre las alternativas de las que dispone para poder tomar la decisión que entienda mejor a sus circunstancias. Si bien esta ordenanza marcó un punto de inflexión en el involucramiento de los servicios de salud, tuvo un alcance relativo al ser escasamente difundida en la población e incluso en los profesionales de la salud, y no ser aplicada en todos los centros de salud del país. Cabe señalar que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell fue donde tuvo mayor incidencia mediante su implementación en la policlínica de asesoramiento; allí se dio lugar a un cambio en el abordaje de esta problemática como forma de paliar la situación de riesgo y vulnerabilidad de las mujeres que transitan un embarazo no deseado y deciden interrumpirlo (Johnson *et al.*, 2011). Otra de las iniciativas a destacar dentro de las acciones tendientes a favorecer la reducción de la mortalidad materna, fue la creación por el MSP de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio y aborto (MSP, 2006).

El aumento del número de los abortos practicados en nuestro país, donde se estima una tasa de 33.000 casos en el año 2003 (Sanseviero, 2003, citado en Carril y López, 2008), y especialmente el incremento del número de muertes por razones vinculadas a éste, ha impactado fuertemente en la exposición social del tema, colocándolo en la agenda política y parlamentaria. De este modo, se fue produciendo un cambio en la jurisprudencia que

regulaba la interrupción del embarazo: «El hecho de que se hayan presentado seis proyectos de ley a nivel parlamentario en los últimos 23 años (entre 1985-2007) da cuenta del interés por adecuar la norma a la realidad social» (Johnson *et al.*, 2011: 14).

Es en este contexto que se aprueba en el año 2008 la Ley n.º 18.426, denominada ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Si bien, como hemos referido anteriormente, el proyecto inicialmente aprobado en el Parlamento fue vetado por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la despenalización del aborto, esta normativa logra un avance muy significativo en la materia, pues establece que el Estado deberá garantizar condiciones para el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de la población, así como también promover políticas nacionales, diseñar programas y organizar servicios que permitan garantizar la atención en SSSyR, la promoción en salud, la prevención de enfermedades y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables. Con especial atención en la promoción de la maternidad y de la paternidad responsable y planificada, y en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, se prevé la atención integral mediante programas asistenciales para la disminución de riesgos y daños. Asimismo, la reglamentación de esta ley determina que los prestadores del SNIS deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, y establece que se deberá capacitar a maestros y docentes para que eduquen en el ejercicio de estos derechos.

En el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo han intervenido distintos actores, desde movimientos sociales y feministas que han presionado su legalización hasta actores sociales con un fuerte discurso enfrentado a esta iniciativa. Dentro de esta última categoría se ubica la Iglesia Católica, que ha fundamentado su posición en el valor de la vida desde la concepción; si bien nuestro país se ha caracterizado por su condición laica desde tempranas épocas, el discurso hegemónico de la Iglesia Católica y la moral impuesta siguen influyendo en nuestra cultura hasta la actualidad. Como bien ha señalado Guillermo Nugent, existe la tendencia entre los estados latinoamericanos de dejar bajo la égida de la Iglesia Católica el ámbito de la moral, instando de ese modo a un tutelaje moral por parte de la religión (Nugent, 2010, citado en Rostagnol, 2014).

Por su parte, la OMS ha tenido un papel fundamental en la generación de una base objetiva para el debate mundial sobre aborto y en fomentar el razonamiento basado en la evidencia para el desarrollo de leyes y políticas (Cook, 2010). Según estudios realizados

por esta organización, «Cada año mueren más de medio millón de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, la mayoría en el proceso de dar a luz, pero se estima que 68 mil de estas muertes se deben a abortos inseguros» (OMS, 2009, citado en Cook, 2010: 27). Las investigaciones muestran que las muertes debidas a abortos inseguros disminuyen cuando se amplían las causales para el aborto legal. Las estadísticas de mortalidad y morbilidad materna demuestran que la carga de los problemas de salud reproductivos recae en forma desproporcionada en mujeres del mundo en desarrollo (Cook, 2010).

En este sentido:

[...] desde el año 2002, el debate social, político y parlamentario se ha dado de manera sostenida con un acumulado de argumentaciones y evidencias que dan cuenta de la necesidad de modificar el marco jurídico existente en el país. Las mujeres como sujetos de derechos y la sexualidad y la reproducción como dimensión de la libertad de las personas en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, exigen marcos jurídicos que promuevan, respeten y garanticen las condiciones para el ejercicio de ciudadanía, sin discriminaciones. (Abracinskas y López Gómez, 2010: 263-264)

De este modo, las discusiones y debates políticos y parlamentarios, las acciones de colectivos y movimientos feministas se fueron acompasando con un creciente involucramiento social y adhesión a la propuesta de generar un marco jurídico que proteja esta situación. Las encuestas dieron cuenta del cambio en la opinión pública.

Según la empresa **Factum**, en el año **2001** el 57 % de la opinión pública estaba a favor de la despenalización del aborto y un 37% se manifestaba en contra; en este mismo año, la empresa **Cifra** publica sus mediciones que señalan un 47 % de la opinión pública a favor de su despenalización y un 41% en contra. En el año **2003**, un estudio de la empresa **Factum** muestra que el porcentaje de adhesión a la despenalización del aborto se incrementó significativamente, ubicándose en el 63 % de la opinión pública, mientras que un 29 % se manifestaba en contra. Por su parte, la empresa **Interconsult** expone en el año **2004** que el 55 % de los encuestados estaba a favor de la legalización y el 41 % en contra. En el año **2007**, con una fuerte exposición del tema en los medios de comunicación, se dio un incremento importante de la opinión pública a favor de la despenalización; según la empresa **Factum**, un 61 % se manifiesta a favor y un 27 % en contra. La consultora **Cifra**

releva en el mismo año un 51 % a favor contra un 38 % en contra, y de las encuestas efectuadas por **Interconsult** un 64 % estaba a favor contra un casi 30 % en contra. En el año **2012**, **Factum** señala que el 60 % se manifestaba a favor y un 32 % en contra; por su parte, **Cifra**, en el mes de setiembre, realiza una encuesta que arroja un 52 % a favor y un 34 % en contra.

Estos datos permiten visualizar un progresivo incremento de la opinión pública, favorable a la despenalización del aborto en la sociedad uruguaya (2001-2012); allí, si bien se identifican fluctuaciones en los resultados, existe un apoyo a la despenalización muy por encima de la opinión contraria a la misma: deja de ser un reclamo de algunos grupos para pasar a ser una demanda de gran parte de la sociedad. Este creciente involucramiento de la sociedad, acompañado por las reivindicaciones de los movimientos sociales, fue forjando el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, e impulsó nuevas acciones, programas y políticas como forma de generar ciudadanía. Se gestó, de este modo, el terreno propicio para la aprobación de la Ley 18.987 del 22 de octubre de 2012, que despenaliza la IVE bajo determinadas condiciones. Este marco jurídico es un hito histórico en los derechos sexuales y reproductivos de la sociedad, y promueve la justicia social al intentar dismantelar las inequidades que rodean al aborto ilegal, medicalizando una práctica hasta entonces excluida del sistema de salud.

La referida ley prevé (en su artículo segundo) determinadas condiciones para la despenalización del aborto, que implican: que la decisión se tome dentro de las doce primeras semanas de embarazo y que se realice una consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, que determinará su derivación a un equipo de profesionales (compuesto por un médico ginecólogo, un especialista de salud psíquica y otro del área social). Por consiguiente, no se deroga el aborto como delito, sino que se establece una serie de salvedades para la no aplicación de los artículos 325 y 325 bis del Código Penal. Si bien esta ley genera un gran avance en la atención de la interrupción del embarazo, la misma no legaliza esta práctica, sino que la regula; este hecho formal favorece una doble moral e impide desarticular las estigmatizaciones y las sanciones sociales que rodean esta práctica. Por lo expuesto, es pertinente analizar si el Programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo facilita un proceso de decisión desde la construcción de ciudadanía. Abordaremos este aspecto en el próximo capítulo.

Capítulo 3. Interrupción voluntaria del embarazo y construcción de ciudadanía

Intentando responder la siguiente pregunta de investigación: **el Programa de IVE, ¿promueve y efectiviza la construcción de ciudadanía?**, en este apartado se profundizará en los lineamientos y procedimientos que establece dicho programa, e incorporaremos como eje analítico la construcción de ciudadanía.

3.1. La construcción ciudadana desde una perspectiva de género

El concepto *ciudadanía* resulta central cuando referimos a los derechos en salud y a su efectivización. Éste surge con Marshall, quien propuso distinguir tres dimensiones: la civil, la política y la social:

La ciudadanía civil se habría construido principalmente en el siglo XVIII, estableció los derechos necesarios para la libertad individual, es decir los derechos a la propiedad y a la autonomía personal y especialmente el derecho al acceso a la justicia. Se trata del marco legal definido por la existencia de la ley, que otorga a cada uno de los sujetos un conjunto de derechos y deberes que hacen posible la vida en común. La ciudadanía política se desarrolla fundamentalmente en el siglo XIX y abarcaría el derecho a participar en el ejercicio del poder político, ya sea directamente o a través del derecho a voto. La ciudadanía social se estaría construyendo desde el siglo XX, abarcaría no sólo el derecho a un mínimo de seguridad económica sino que implicaría también el derecho a compartir todo el patrimonio social y cultural alcanzado en una comunidad. En este sentido, para Marshall, la ciudadanía social implicaría la universalidad de servicios asociados a derechos tales como educación y salud. (Suárez, 2013: 30-31)

Por su parte, Bottomore (1992, citado en Aquín, 2003a) señala que el desarrollo de la ciudadanía es más complejo y más variable, como proceso, de lo expresado por Marshall; tal es así que en las sociedades capitalistas el aumento de los derechos sociales en el marco del Estado de bienestar no ha transformado con profundidad el sistema de clases, ni los servicios sociales han eliminado la pobreza, la desigualdad y la jerarquización. Al respecto, este autor distingue entre ciudadanía formal y sustantiva: define la primera como

pertenencia a un Estado o Nación, y la segunda es el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales. En la misma línea, Zulema Suárez plantea que:

La ciudadanía formal no es condición suficiente ni necesaria para la ciudadanía sustantiva. No es suficiente porque se puede formar parte de una comunidad nacional y al mismo tiempo encontrarse excluido por diversas razones: género, edad, clase social, etc. Y no es necesaria porque se puede disfrutar de todos los derechos formalmente instituidos y aún más sin ser miembro de la comunidad nacional. (Suárez, 2013: 32-33)

De este modo, el concepto de ciudadanía sustantiva parte de reconocer que en el interior de la sociedad existe una distribución desigual de los derechos y que diversos grupos son excluidos de sus derechos sociales, económicos y culturales. El acceso a éstos en nuestra sociedad y en la mayor parte de los países de América Latina y del tercer mundo se ha visto limitado por los procesos de empobrecimiento, impactando en la ciudadanía consagrada en la región como una ciudadanía de baja intensidad. La que es considerada una situación de carencia de ciudadanía por condiciones de pobreza y alto grado de desigualdad, y la existencia de numerosos grupos para quienes la ciudadanía no está defendida ni definida (O'Donnell, 1993, citado en Rotondi, 2003).

En este sentido, la llamada cuestión social, el desempleo de largo plazo, la precarización del trabajo y las nuevas y viejas formas de la desigualdad inciden fuertemente en los procesos de ciudadanización, y generan la paradoja de sociedades democráticas con ciudadanos/as nominales o ciudadanos/as incompletos/as, es decir, falsos ciudadanos o ciudadanas que no pueden ejercer plenamente los atributos correspondientes a esa condición. «Aun entendiendo como impertinentes las diferencias derivadas del sexo, no podemos dejar de considerar el hecho de que, sin duda, el análisis de este problema conecta, en una trama conceptual compleja, las categorías de ciudadanía, de democracia, de igualdad y de derecho en el marco de una sociedad capitalista y patriarcal» (Rotondi, 2003: 176-177).

En este contexto, debemos referir al acceso diferenciado que históricamente han tenido las mujeres a ciertos derechos y fundamentalmente a su efectivización. Sylvia Walby (2000) sostiene que en la mayoría de los países la ciudadanía no es adquirida por todos al mismo tiempo: en muchos de éstos las mujeres tienen poco poder de decisión sobre su propia salud y cuerpo, o tienen sus derechos civiles y políticos restringidos. Numerosas

investigaciones explican que existe una «debilidad de origen» en el concepto de ciudadanía; desde su nacimiento bajo la concepción liberal, el portador de la ciudadanía era el hombre, y la mujer era esposa y madre de los ciudadanos. Así, la incorporación de los beneficios de la ciudadanía social ha tenido impactos diferentes en hombres y mujeres (Walby, 2000, citado en Aguirre, 2003).

Si bien las teorías de Marshall, Harrison, Turner y otros suponen un ciudadano universal, indiferenciado por género, esto dista mucho de la realidad; como hemos visto, las mujeres han sido excluidas de los procesos de ciudadanización y ahí donde han alcanzado un estatus sólido de ciudadanas lo han hecho más tarde que los hombres, y sólo después de largas luchas políticas y movimientos de mujeres (Walby, 1994, citado en Castro, 2011). En esta línea González, señala:

Ya desde el siglo XVIII las mujeres disputaron su lugar en la sociedad política, pero es recién en el siglo XX y de la mano de las feministas sufragistas que se les va a reconocer el status de ciudadanas, al menos para igualarse con los hombres en el ejercicio de votar y ser votadas. Como se puede observar hasta aquí, la ciudadanía se ha ido construyendo de manera incompleta, no sólo porque no ha abarcado a todos los individuos, sino porque ha implicado el reconocimiento parcial de los derechos. (2003: 87)

Siguiendo con el pensamiento de Walby, el acceso a la ciudadanía es un proceso altamente estructurado por género y etnicidad, y además por clase social. Por lo tanto, el desarrollo de la ciudadanía social implica una honda transformación tanto de las relaciones de género como de las relaciones de clase y etnia (Walby, 1994, citado en Castro, 2011).

Analizar la ciudadanía desde una perspectiva de género implica referir a ésta como una construcción sociohistórica por la cual se ha excluido a las mujeres de los procesos de decisión y coartado su autonomía, dentro de un Estado paternalista que reproduce el modelo hegemónico de familia nuclear y posterga los derechos de las mujeres, al tiempo que les asigna roles del ámbito «privado», como la educación y la transmisión de valores, y jerarquiza su función reproductora tanto social como biológica. En este sentido, la maternidad es idealizada y configura un destino irrenunciable, un mandato social, lo que conlleva a maternidades forzadas por historias de vida y por representaciones sociales, que condicionan o determinan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo de forma autónoma.

Según Giulia Tamayo, «El foco de tensión fundamental [...] en relación con el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos se ha centrado reveladoramente en torno al campo de la sexualidad y la reproducción» (2001, citado en Rostagnol, 2008: 217-218). Cabe señalar que para tomar decisiones libres es necesario interpelar y deconstruir los roles que les son socialmente asignados a las mujeres:

La homologación mujer-madre constituye una de las barreras fundacionales del sistema de restricciones al ejercicio de derechos que, aunque como barreras se operativiza en la esfera de la reproducción, se proyecta como una hipoteca global al reconocimiento de la mujer como agente moral autónomo. (AUPF y RUDA, 2008: 63-64)

Desde esta perspectiva, entonces:

Tener condiciones para vivir la sexualidad con libertad y placer y poder tomar decisiones sobre la reproducción con responsabilidad y sin sufrir coacción ni violencia, son necesidades de la persona que deben ser atendidas por los gobiernos y garantizadas por el Estado. Sin embargo, éste ha sido un terreno de lucha por lograr la legitimidad y el reconocimiento de estos derechos particularmente por parte de decisores políticos y de profesionales de la salud y educación. (López *et al.*, 2006: 6)

3.2. Ciudadanía y sistema de salud

El acceso a las prestaciones de salud se vincula directamente con el desarrollo de la ciudadanía alcanzado en una sociedad. De este modo, un hecho relevante en nuestro país ha sido la reforma del sistema de salud, que plantea como finalidad la universalización del acceso a los derechos, así como también alcanzar el más alto nivel posible de salud, implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, de protección, de diagnóstico precoz, de tratamiento oportuno, de recuperación y de rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos (Ley n.º 18.211, artículo 4). En este marco, el Programa de IVE es un espacio fundamental en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pues la cobertura está prevista para todas las instituciones prestadoras integrales de salud del SNIS a nivel nacional; sin embargo, se han detectado barreras en el acceso a ésta, tales como la ubicación geográfica, la carencia de información, así como también el esquema de consultas y los plazos, que

muchas veces dificultan el acceso a la prestación y excluyen del sistema formal a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

En las entrevistas realizadas con motivo del presente trabajo, las trabajadoras sociales de la policlínica de ASSE en Sayago refieren al difícil acceso al programa como un obstáculo a superar a nivel institucional:

[...] lo que pasa muchas veces, la usuaria llega y tiene que ir a admisión y decir ahí que quiere hacer una interrupción de embarazo, y a nadie le gusta andar diciendo «quiero abortar». Dice ahí para que la deriven a algún lado. Si pedís con un ginecólogo te preguntan «¿estás embarazada?»; medicina general no conseguís así nomás, tienes que pedir sobrantes y no conseguís tan fácil, no es accesible. Viene el administrativo y me dice «tengo una que quiere hacerse un IVE», y así como se enteró el administrativo, se enteraron todos los que estaban alrededor, todas las compañeras de admisión, y después los comentarios, «... y qué jovencita». Y es así, porque el que se va a hacerse un IVE no sabe cuál es el funcionamiento acá, ¿y qué hace? ¿Llega y qué dice? [...] En la ecografía también son los que tienen ese doble discurso, estoy en contra del aborto, pero te hacen la ecografía, vas a sufrir, porque son ellos complejo de dioses, y entonces piensan que pueden tener incidencia, lo que hacen es perjudicar a la mujer, piensan que es un placer venir a hacerse una IVE al sistema público. Con los médicos también hay resistencias, ¡ah, porque los dioses médicos...! Hay que ser realista: hay resistencia porque el acto médico no se cobra, si se cobrara, nadie se resiste [...]. (Entrevista 2; ver anexos)

Otro de los elementos sustantivos en el empoderamiento de las mujeres y la construcción de ciudadanía es el acceso a la información, y así es valorado por los profesionales entrevistados en la Policlínica de Salud Sexual y Reproductiva de Casmu:

Y ahora me parece que hay mejor información inclusive sobre el tema, me refiero a la interna de la empresa, hubo un período que la gente no sabía, le resultaba difícil llegar, entraba a la página y no encontraba, iba a la emergencia y le decían «ah, no, acá no nos ocupamos de eso, tienes que ir a tal lado que se ocupan de eso...», como si fuera... el trabajo sucio lo hacemos acá y así nos sentíamos. Eso se ha ido modificando, de alguna manera, yo creo que se lo hemos planteado al jefe de acá y él lo ha hablado, y lo ha hablado, y lo ha hablado... Cuesta mucho porque lo hablan y siempre te aparece uno, pero es el proceso, es el camino. (Entrevista 1; ver anexos)

Desde el análisis de las dificultades en el acceso a esta prestación, es pertinente referir a los estudios realizados por la organización feminista Mujer y Sociedad en Uruguay (MYSU), que busca alertar sobre la situación de la IVE. Entre ellos podemos referir a la

investigación sobre objeción de conciencia realizada en la ciudad de Salto, sintetizada en un documento publicado en el año 2014 donde se plantean las barreras y dificultades para el acceso a esta prestación (MYSU, 2014). Luego, se realizaron estudios en Río Negro, Soriano y Paysandú (MYSU, 2015), que denuncian algunas prácticas que vulneran los derechos de las mujeres y plantean que sigue existiendo un estigma muy importante en este aspecto. En cuanto a los datos oficiales, es pertinente citar las cifras publicadas por el MSP (2014 y 2015), que relevan 6676 casos de IVE en el período entre diciembre de 2012 y noviembre de 2013, y 8500 en el año 2014, lo cual abre muchas interrogantes, más aún si consideramos que los estudios publicados en el año 2003 estimaban unos 33.000 abortos (Sanseviero, 2003, citado en Carril y López, 2008). ¿Disminuyó tanto la IVE? ¿O será que el sistema es expulsivo y siguen existiendo abortos en el ámbito clandestino? Si es así, ¿cuáles son los elementos materiales o simbólicos que excluirían a la mujer del ámbito formal? Éstos son aspectos pasibles de ser profundizados en futuros estudios de esta problemática.

Las barreras y el acceso diferenciado a los derechos, que hemos puntualizado, inciden directamente en la construcción de la ciudadanía de las mujeres. En este sentido, Nora Aquín plantea que:

[...] el aspecto jurídico de la ciudadanía no debe reducirse a una cuestión procedimental, sino que requiere considerar las limitaciones de acceso diferencial tanto al conocimiento como a los recursos simbólicos, culturales y económicos, que hacen que, en la práctica, el contrato de la ciudadanía incluya a unos y no a otros, y que entre los primeros encontremos distintas categorías de inclusión. (Aquín, 2003a: 17)

Por lo expuesto, el reconocimiento de los derechos no necesariamente va de la mano con el reconocimiento de los sujetos titulares de los mismos: para que éstos puedan ejercer sus derechos es necesario que existan las condiciones habilitantes correspondientes (Rostagnol, 2008: 232). Desde este enfoque, nos proponemos analizar la construcción y ampliación de ciudadanía desde el diseño y ejecución del programa de IVE, profundizando en dos ejes fundamentales: participación y autonomía.

3.2.1. Participación ciudadana

La participación es un mecanismo esencial en ejercicio de la ciudadanía y la profundización de la democracia. Desde el aporte de Coraggio:

Participar es tomar parte, tomar parte de algo, o en algo. ¿En qué? En procesos, en acciones, en decisiones colectivas. Por ejemplo, tomar parte en la producción, en el consumo, en las creencias generalizadas, en la información, en las conversaciones, en el intercambio de opiniones, [...] en decisiones [...]. (1989: 1)

El mismo autor sostiene que el problema de la participación no es el de la falta de participación, sino el de la calidad de la participación en los sectores populares.

Entendiendo la ciudadanía como una categoría dinámica que se construye desde los distintos ámbitos en los cuales el sujeto está inserto (familia, sistema de salud, lugar de trabajo, etc.), es necesario favorecer los mecanismos de participación ciudadana, tanto individuales como colectivos, que permitan a las mujeres empoderarse de sus derechos como forma de ampliación y fortalecimiento de la ciudadanía, no sólo para ellas, sino para el conjunto de la sociedad, con el fin lograr sociedades más democráticas y equitativas.

De este modo, la calidad de la ciudadanía va a depender, entre otros factores, de que los individuos se posicionen como sujetos de derechos capaces de participar activamente. Es pertinente referir a la gestación de la normativa que habilita la IVE, que implicó el involucramiento de la sociedad, acompasado por las demandas sociales y las reivindicaciones de los movimientos feministas, como un proceso de participación ciudadana. Estos hechos promovieron, según la perspectiva de Jelín (1993), la construcción de una ciudadanía desde abajo, a partir de la construcción social de los derechos y el carácter resolutivo de los mismos en tanto sean capaces de generar conciencia colectiva. Este proceso promovido desde la sociedad civil, con avances y retrocesos, fue encontrando eco a nivel parlamentario (Estado), y colocó el tema en la agenda política, logrando el reconociendo-legitimación de estos derechos.

En este sentido, se debe considerar la construcción de la ciudadanía como un binomio: Estado (concesión)-sociedad civil (conquista); esto se vincula con derechos pero también con responsabilidades y conquista colectiva. Se trataría, entonces, de mirar la esfera estatal y la esfera societal como complementarias en la construcción de la ciudadanía. Sin dejar de

reconocer el rol de la sociedad civil (en este binomio), se debe considerar, como expone Bustelo (1998), el papel indelegable de la política en la construcción de los cambios y del Estado como proveedor y garante de los derechos. De este modo:

El ámbito estatal/gubernamental [...] modela determinados hábitos de ciudadanía por intermedio de sus legisladores y las conductas de sus gobernantes, así como también de sus políticas económicas y sociales. Es a través de estas últimas que penetra de manera particular en la vida de las familias y en la formación de sus miembros como ciudadanos, en tanto promueve la participación o la reprime, en cuanto otorga o priva de derechos —ampliándolos o cercándolos—, y en definitiva, en la medida en que administra la justicia. (González, 2003: 82)

Respecto a la participación como forma de empoderamiento, consideramos necesario el involucramiento activo de las usuarias, de las organizaciones sociales (organizaciones de mujeres, de feministas y de derechos humanos) y de los distintos actores involucrados, a efecto de generar un debate y promover demandas como motor de cambio, que permitan superar las dificultades existentes. Un elemento importante de la participación es el control y evaluación de las políticas; en este sentido, se deben generar y divulgar los datos necesarios para que desde el aporte de los distintos actores se puedan evaluar y diseñar nuevas líneas de acción y desafíos. Un informe elaborado en el año 2014 por la organización no gubernamental Mujer y Salud en Uruguay plantea que:

Los mecanismos de diálogo con el Estado y las instancias de participación ciudadana para la implementación, evaluación y control de la gestión de las políticas públicas en este campo, han tenido distintos funcionamientos pero, en general, han sido muy débiles y mal gestionados [...]. (MYSU, 2014: 7)

3.2.2. Autonomía reproductiva

Otra dimensión fundamental de la ciudadanía es la autonomía, que se vincula con la concepción del individuo como sujeto de derecho. La normativa que regula el Programa de IVE hace hincapié en el respeto a la autonomía de la voluntad de la mujer y el ejercicio de la misma, de tal manera que pueda tomar decisiones personales libres, conscientes e informadas en todo proceso de atención. Con el fin de garantizar lo expresado anteriormente, esta reglamentación prevé que, para los casos en que el prestador de salud

no le genere suficiente confianza a la usuaria, se podrá solicitar el cambio a otro prestador. Asimismo, plantea que el equipo interdisciplinario no debe actuar como un tribunal ni juzgar la situación (Decreto n.º 375/2012, fecha: 22/11/2012).

Si bien estos conceptos refieren a una visión de la mujer como sujeto de derecho, con autonomía reproductiva, trasladándole el poder de decisión desde una perspectiva de ciudadanía activa (no como una simple destinataria de la prestación) en la cual se le asignan responsabilidades (tomar decisiones personales libres, conscientes e informadas) y se promueve el empoderamiento de sus derechos desde un rol activo y ciudadanizante, la contracara de esta visión está dada por los condicionamientos previstos para acceder a la prestación, por las diferentes consultas que tiene que transitar, por los plazos y por la argumentación de su decisión, lo que condice con una visión reguladora de la decisión de la mujer. De este modo, se expone el control social sobre esta práctica y se encomienda a los profesionales un rol tutelar. Mujica (2007) plantea que, a través del cuerpo de la mujer y de ese dominio, se traza un método de control sobre la familia, legitimándose el modelo heterosexual y monogámico. Este modelo se basa en la restricción de la autonomía e independencia del cuerpo de la mujer, quien no puede tomar decisiones y actuar sobre sí.

En este sentido, podemos referir a un marco legal paradójico respecto a la construcción de ciudadanía con un discurso «ciudadanizador» de respeto a la mujer como sujeto de derecho, que se contradice con los lineamientos de acción y que genera una ciudadanía de baja intensidad, en palabras de O'Donnell (1993). Asimismo, la construcción de la identidad ciudadana y la subjetividad del individuo se encuentra condicionada por el diseño del programa, al mantenerse en vigencia el Código Penal en los artículos 325 y 325 bis, que penalizan el aborto, y al establecer ciertas condiciones para que esta práctica sea despenalizada.

En relación a la autonomía reproductiva de la mujer, es pertinente referir al rol de la pareja en la decisión de IVE. En las entrevistas realizadas se visualiza la participación del varón como un aspecto discutido en el interior de los equipos de salud. Así lo plantea una de las entrevistadas:

[...] en los equipos no siempre hay consenso, yo me acuerdo con respecto a las mujeres que vienen acompañadas había una psicóloga que para ella la mujer tenía que entrar sola, porque la ley

era para las mujeres, luego se habló, se trabajó y de alguna manera cambió. Son zonas como de conflictos [...]. (Entrevista1; ver anexos)

Algunos profesionales entienden que esta decisión es de la pareja:

[...] el tema del embarazo no es un tema de la mujer, es un tema de la pareja, sea una pareja estable, sea una pareja por una noche o lo que sea. Entonces, cuando viene la persona acá, que quiere hacerse la IVE, viene acompañada generalmente [...], nosotros preguntamos si quieren entrar juntos o separados, en mi caso siempre entran juntos y siempre hay una actitud de compromiso de los dos, cuando vienen los dos, y en mi caso personal considero que al hombre hay que hacerlo participar, igual que a la mujer [...]. Se debe integrar a las dos personas y eso es independiente que estén los dos de acuerdo o no, porque muchas veces no están de acuerdo, pero sí se respeta la decisión de la mujer [...]. (Entrevista 1; ver anexos)

Las trabajadoras sociales de la policlínica de ASSE en Sayago, por su parte, lo visualizan como un problema de la mujer, relatando la ausencia de la figura del varón en las consultas: «*No, generalmente no, esto es un problema de mujeres, muchas vienen con la madre, con amigas*». (Entrevista 2; ver anexos).

Estos testimonios nos llevan a replantearnos el rol de la pareja en la decisión de IVE y, si bien excede los objetivos de este estudio, es un factor que puede condicionar el grado de autonomía de la mujer. Desde una aproximación primaria al tema, es importante referir al hecho de que, si bien la decisión puede ser compartida entre los progenitores, el embarazo se gesta en el cuerpo de la mujer y es la mujer quien tiene la mayor responsabilidad sobre la reproducción biológica; en el contexto sociocultural hegemónico, es «responsable» o tiene la mayor carga en la reproducción social, en los cuidados de los niños y enfermos. Por ello es necesario que desde las normativas y el accionar del equipo interdisciplinario se resguarde el derecho de la mujer a decidir en forma autónoma, sin presiones ni mandatos, de forma de garantizar sus derechos reproductivos.

Capítulo 4. Equipos interdisciplinarios

La normativa sobre IVE prevé la creación de un equipo interdisciplinario conformado por un ginecólogo, un profesional del área de la salud psíquica y otro del área social, quienes deberán asesorar a las mujeres para garantizar «[...] una decisión consciente y responsable» (Ley n.º 18.987, fecha: 17/10/2012 y Decreto Reglamentario n.º 375/2012).

4.1. Abordaje interdisciplinario en la IVE

En virtud de la multidimensionalidad de esta problemática, surge la necesidad de un abordaje integral (bio-psico-social) que permita una mirada totalizante e integradora de la situación. La normativa establece que el equipo interdisciplinario deberá actuar dentro del contexto de protección de la salud integral de la mujer, debiendo asesorar en tal sentido. Se refiere al asesoramiento en temas técnicos con encare de disminución de riesgos y daños, sin la imposición de las convicciones filosóficas o personales de sus integrantes, debiendo los profesionales abstenerse de todo juicio de valor sobre la decisión que pueda adoptar la solicitante.

El equipo conformado por diferentes técnicos contribuye a distanciarse del abordaje disciplinario y parcial, para conjugar esfuerzos en la búsqueda de problematizar la realidad social y diseñar líneas de acción alternativas desde una visión integral del sujeto. Cabe señalar que «[...] desde la abstracción disciplinaria, la referencia a la realidad fáctica tal cual es, sólo se logra a través de la interdisciplinariedad. Los fenómenos concretos no respetan las fronteras abstraídas de la disciplinariedad [...]» (Plan de Estudio de la Licenciatura en Trabajo Social, 1992).

Esto significa reposicionarse desde una mirada totalizante que permita una acción conjunta desde los distintos saberes; para esto:

Necesitamos profesionales que sepan trabajar en equipo. Lo que no solamente quiere decir interdisciplinario, quiere decir, que valoren los procesos colectivos como generadores de formas más perfeccionadas de conocimiento y resolución de problemas, (aunque sea de una misma disciplina). Asimismo que sean capaces de valorar los intercambios sociales como generadores de salud, lo cual

va a hacer que sepan relacionarse mejor con los usuarios, porque van a respetar más a las comunidades como coproductoras de su salud, y a la vez van a poder colaborar en los procesos de fortalecimiento (empoderamiento) ciudadano en relación a la salud. (Rudolf, 2013: 58-59)

En las entrevistas realizadas, algunos profesionales reconocen al abordaje dentro de un equipo interdisciplinario como una fortaleza del programa, especialmente desde la intervención psicosocial:

[...] intervenimos conjuntamente con la psicóloga, [...] acá siempre se hizo así, en otros lugares no, [...] los médicos están simultáneamente, en el mismo momento, pero no en la misma entrevista, porque, yo que sé, no sé, ahora dicen que hay que hacerlo así. [...] Todo el equipo trabaja a la vez, en distinto escritorio pero a la vez, y la psicóloga y la asistente social trabajan juntas, y la partera con el médico. (Entrevista 1; ver anexos)

Ante la pregunta de cómo valoran el abordaje de este problema desde un equipo interdisciplinario, los profesionales que integran el equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Casmu indican que:

Es fundamental, es una condición del abordaje; si tomamos a la mujer desde una concepción de integralidad, y que se cumplan sus derechos, es necesario, no sé, yo no lo concebiría de otra manera. Es necesario por la persona que viene a hacer la IVE y por los integrantes del equipo, porque nosotros compartimos entre nosotros situaciones, de sufrimiento y de dolor, porque son pocas pero hay personas que vienen muy atormentadas y sufren mucho, y te lo demuestran, y uno se queda apenado, porque ve a la persona sufriente, y es muy bueno estar en un equipo, y compartir opiniones, charlar o qué pensamos cada uno respecto de la situación de esta persona o «mirá me pasó tal cosa» y lo comento con el compañero, y eso es bueno, porque el otro te da otra mirada, que te permite o comprender más, o aceptar más, o sentirte apoyada, no sentirte solo, quizás el tema de los equipos debería de funcionar en todas las áreas. (Entrevista 1; ver anexos)

Por otra parte, se relevaron opiniones de profesionales con poca apertura a una práctica interdisciplinaria:

Las posiciones personales son tan fuertes, no sé, la posición personal del ginecólogo que me toque o del psicólogo que me toque, me puedo sentar a compartir con ellas y transmitir la información, pero no podría soportar que traten de convencer a la mujer, entonces ahí se complicaría trabajar; de repente, ellas no podrían soportar que yo no hiciera nada para que deje de tenerlo, también está mi posición, en ese sentido hay que limitarse a lo éticamente correcto, informar,

asesorar, contener. Nunca me tocó trabajar con otro colega compartiendo el mismo espacio.
(Entrevista 2; ver anexos)

En este sentido, es importante trabajar no sólo en conformar los equipos en los distintos centros, sino también en capacitar a los profesionales para el trabajo en equipo, lo que requiere de aceptación de las miradas y los aportes de otras disciplinas. Sólo de esta forma se puede brindar una atención integral en salud que considere a la mujer como ser bio-psico-social desde una mirada holística e integradora, que permita superar el abordaje parcial y fragmentado.

Con el propósito de que esta intervención no se convierta en una barrera de acceso a los derechos, se debe promover el respeto hacia la mujer y hacia su decisión, favoreciendo la autonomía y promoviendo el ejercicio de sus derechos. La normativa es clara cuando establece que el cuerpo de profesionales deberá «[...] abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción» (Ley n.º 18.987, artículo, 4 literal e), por lo que este equipo no es un tribunal que deba juzgar ni imprimir sus valores y creencias. Desde esta perspectiva:

La OMS enuncia: las mujeres que intentan resolver el problema de un embarazo no deseado pueden sentirse a menudo en una posición de vulnerabilidad, especialmente frente a los servicios de salud. Necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Por lo tanto, los proveedores de salud deben ser un apoyo para la mujer y brindarle información de modo tal que pueda entenderla y recordarla, y pueda así tomar la decisión de realizarse o no un aborto, dentro de lo permitido por la ley, libre de inducción, coerción o discriminación. (OMS, 2003, citado en Leus y Stapff, 2007: 200)

Siguiendo con el análisis del abordaje interdisciplinario, es necesario referir a la sentencia del TCA n.º 586/2015 del 11/8/2015, promovida por los médicos objetores de conciencia. Esta sentencia dispuso que la entrevista debe efectuarse con todo el equipo «actuando conjuntamente» como lo establece la Ley n.º 18.987 (artículo tercero). Se anula de esta forma la flexibilización impuesta por el decreto reglamentario de dicha ley (artículo siete), que manifestaba: «Los miembros del equipo interdisciplinario podrán entrevistarse conjunta o separadamente con la usuaria según lo estimen conveniente, pero su actuación será conjunta y coordinada», por entender que desbordó la ley, diciendo algo distinto a lo que ella misma establecía.

En este sentido, es pertinente hacer algunas puntualizaciones. Si bien el abordaje interdisciplinario en la IVE es sumamente enriquecedor tanto para la usuaria como para los propios profesionales, algunos efectores de estas políticas plantean la dificultad de concretar un trabajo interdisciplinario en muchos centros de salud:

En el IVE dos tienen que estar los tres técnicos, te podrás imaginar que ésa no es la realidad de la mayoría de los lugares del país, y a todo eso estamos jugando con los tiempos y los plazos de la mujer, y con sus derechos y con su voluntad. (Entrevista 2; ver anexos)

Según un documento elaborado por los Equipos Coordinadores de Referencia de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva:

Desde el año 2013 se han conformado múltiples equipos de atención para IVE. Estos equipos varían en su conformación, en su modalidad de atención, capacidad de resolución así como en su complementariedad con otros servicios territoriales, pero todos trabajan con el compromiso que requiere este abordaje y con una respuesta efectiva. (2015: 6)

En dicho estudio se analiza la situación de los servicios de IVE en la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana, describiendo las diferentes modalidades de atención:

a) Existen centros con técnicos exclusivos RAP-ASSE y que cumplen con toda la ruta de atención, de los cuales en algunos (Ciudad Vieja, Misurraco, Giordano, Maroñas, Cerro, Monterrey, Ciudad de la Costa y La Cruz) la atención es conjunta. Por conjunta se entiende que los tres profesionales trabajan en el mismo momento (sea en el mismo consultorio o consultorios separados), mientras que en otros centros de salud los profesionales atienden en días o lugares diferentes (Piedras Blancas).

b) Otros centros no cuentan con todos los profesionales y recurren a la complementariedad de los servicios, donde encontramos estrategias territoriales para la efectivización de la atención (Sayago trabaja en Salud Mental de BPS CMI2, Cerro los días jueves trabaja con Salud Mental de BPS CMI1, Jardines del Hipódromo con Puntas de Rieles, y también Centro, que no cumple el servicio por falta de técnicos o tienen una atención parcial).

De este modo, es necesario distinguir el plano de «lo ideal» o el «deber ser» del plano de los hechos, en el que existen múltiples dificultades tanto desde los recursos humanos

como de los materiales para la efectivización de una consulta interdisciplinaria en todas las prestadoras de salud. Desde este contexto, una de las entrevistadas manifiesta:

Esto que pusieron ahora que tienen que estar los tres técnicos juntos, me parece un retroceso, porque en realidad, el que lo inventó se nota que no salió del escritorio, de terreno no tiene ni idea, porque no es real, mucho menos en el interior, que las distancias, los pueblitos, por favor, y que tenés los días contados. Y le dicen «hubiera venido antes, son tantas semanas, porque no te cuidaste, y bueno madre así es, ¡madre!». Para él sos madre... (Entrevista 2; ver anexos)

La misma profesional señala que:

[...] cuando viene un IVE, yo lo que pretendo es resolver, le facilitó a la usuaria todo lo que tiene que hacer, [...] va más allá de la firma, vos tenés que negociar que la ginecóloga de turno tenga ganas de verla y la vea, después coordinar con quien se está encargando del programa que consiga un psicólogo porque en este centro no hay, laboratorio está digerido porque tenemos un muy buen vínculo. [...] La ecografía también es un problema, porque si bien hay en este centro, el técnico vive certificado, así que no existe. Ahora tenemos convenio con el BPS que está a una cuadra de acá y eso facilita mucho, [...] entonces ahí logramos que la vea la psicóloga y si no está el asistente social, la vemos nosotros. (Entrevista 2; ver anexos)

La experiencia descrita por la entrevistada muestra las dificultades y los obstáculos para concretar una intervención conjunta e interdisciplinaria. Otra de las entrevistadas en este centro agrega:

Y ahora esta traba, que si viene una paciente porque no hay asistente social en BPS, y la psicóloga le dice «andá que está la asistente social, que te firme», acá te dicen «¡ay, no, tenés que estar allá, porque tienen que estar juntos!», ¡tendría que salir corriendo sentarme allá! En ese tipo de cosas, te das cuenta de la tranca. (Entrevista 2; ver anexos)

Esta exigencia puede restringir el acceso a los derechos y limitar los lugares donde se pueda abordar una IVE, o reducir los días y horarios en que se brinda la atención. De esta forma, se vulneran los derechos de las mujeres, redundando en centralismos. Una de las entrevistadas expresa:

Ahora en BPS va a funcionar los lunes una ginecóloga nuestra, la asistente social de la policlínica periférica, con su psicóloga, entonces el lunes está el equipo ahí, después los martes y miércoles está el equipo completo de BPS, o sea, que las mujeres estarían cubiertas lunes, martes y miércoles, ahora si te toca jueves, viernes joróbate, y si derivas al Pereyra te vuelven para acá. Es

una tortura, hay de todo, depende el profesional que te toque es como te va a ir... (Entrevista 2; ver anexos)

Esta medida parece conducir, si no se incrementan los esfuerzos, a la centralización de la prestación, agudizando de esta forma sus barreras materiales. Para lograr un acceso más equitativo, es necesario que las acciones estén dirigidas a la descentralización de la IVE, lo que permitiría también contribuir a desarticular el estigma sufrido por las usuarias que deben concurrir a determinados lugares que están «señalados» como de IVE (se da mucho en lugares del interior del país) y también el estigma hacia los equipos de profesionales, que son identificados como los efectores de esta práctica.

4.1.1. El rol del trabajador social en el programa de IVE

Desde una mirada crítica de la intervención profesional del trabajador social en el programa de IVE, analizaremos si se apuesta a la construcción y a la ampliación de la ciudadanía o a una práctica desde el tutelaje. En primer lugar, debemos decir que el programa de IVE le asigna una función desde el plano de protección y promoción de derechos:

Brindará asesoramiento sobre decisiones personales y familiares, los alcances de esta ley y sus derechos y sobre las prestaciones sociales de trabajo y vivienda, etc. La posibilidad de entrega en adopción, y el apoyo de redes sociales. En particular hará hincapié en la importancia de contar con acompañamiento en el proceso de IVE (progenitor, otro/a de su confianza). (MSP, 2012: 13)

El abordaje de esta problemática requiere una intervención profesional que facilite los procesos reflexivos y que promueva decisiones informadas desde una perspectiva de ciudadanía. El Trabajo Social tiene un rol fundamental en la construcción de ciudadanía; así lo expresa Nora Aquín (2003b), quien sostiene que la ciudadanía es de suma relevancia para el Trabajo Social por razones de peso histórico que reconocen que la profesionalización de nuestra práctica está ligada con los derechos de ciudadanía garantizados por el Estado. Esta autora plantea cierto paralelismo entre ciudadanía y Trabajo Social, y es que la ciudadanía no es una categoría congelada sino que posee un carácter dinámico, que ensancha o restringe su sentido de acuerdo a circunstancias

históricas; lo mismo ocurre, en concomitancia, con el Trabajo Social: sus posibilidades y también sus límites encuentran su medida a la luz del grado e intensidad de la vigencia de los derechos ciudadanos, particularmente los sociales. Continuando esta línea de reflexión, en relación al aporte del Trabajo Social a la consolidación de la ciudadanía, Nora Aquín señala:

Los procesos en que interviene el Trabajo Social pueden facilitar la efectivización de la ciudadanía en tanto la profesión actúa en la integración de diversos aspectos de acciones y programas que vienen a atender un conjunto diversificado de derechos. De ahí que podemos afirmar que la intervención de Trabajo Social y sus efectos [puede orientarse] [...] —y ése es nuestro horizonte— hacia el fortalecimiento de prácticas de participación en que los sujetos se constituyen como ciudadanos y ejercen activamente sus derechos y responsabilidades. (2003b: 10)

En este espacio de intervención nuestra profesión tiene el desafío de poder establecer una práctica liberadora y emancipadora que promueva el empoderamiento y la autonomía del sujeto, y que favorezca también la participación y el poder de decisión desde una perspectiva de ciudadanía. En este sentido, Custó entiende que:

[...] [es] significativo cimentar una ciudadanía participativa, comprometida, generadora de espacios colectivos, donde se puedan expresar las coincidencias y las diferencias [...]. Así, la profesión tiene la posibilidad de favorecer los espacios donde los sujetos puedan pensar y pensarse como sujetos de derechos y obligaciones y puedan ejercerlos a través de sus reclamos legítimos. (2003: 104)

La puesta en práctica de la ciudadanía «[...] supone que se puedan fortalecer los derechos, las pertenencias y la participación real de los sujetos en la construcción de sus propios proyectos y alternativas» (Custó, 2003: 109).

Por otra parte, es imperioso problematizar y reconsiderar las intervenciones, con el fin de desarticular el concepto de beneficiario-paciente, que hace referencia a una postura pasiva con un rol de destinatario de la prestación, y pensar en las mujeres como ciudadanas y sujetos de derecho. Esto implica un ida y vuelta, derechos y obligaciones, desde una práctica emancipadora que supere el mero discurso. Este cambio de paradigma no es tarea fácil y presenta fuertes resistencias, más aún en el campo de la salud. Nora Aquín plantea que:

Estamos proponiendo un combate a fondo, teórico, metodológico e instrumental, contra la concepción neofilantrópica y su producto favorito, la identidad de «beneficiario». En su lugar, proponemos levantar la idea de ciudadanos, lo cual requiere recuperar el concepto de derechos sociales, sabiendo que su concreción es un compromiso colectivo, y que sólo es factible a través de la acción pública. Esta idea también supone la ampliación, en lo que esté a nuestro alcance, de los mecanismos de inclusión social, que no es lo mismo que ampliar el campo de la asistencia, ya que la inclusión remite a la idea de ciudadanía emancipada, en tanto la asistencia remite a la idea de ciudadanía asistida o pasiva. (2001: 31).

De las entrevistas realizadas surgen diferentes perspectivas respecto al rol del trabajador social en este espacio de intervención: *«[...] se le da toda la información en cuanto a sus derechos, y se ve un poco la parte de su apoyo familiar, las redes que cuenta, sea de pareja o de amigos»* (Entrevista 1; ver anexos). Otra profesional manifiesta:

Desde Trabajo Social apostamos a eso, apostamos a que si tomó la decisión, reforzar sus derechos, que se mantenga firme, que no le importe nada lo que digan los demás, que es su cuerpo, su vida y su futuro. Y que es ella la que tiene que decidir, y que si nosotros estamos presente en esta decisión es simplemente por algo legal, que todavía estamos en la prehistoria y por eso pasa esto, que hay que hacer las entrevistas, que no se deje influenciar. Los Técnicos no podemos dar nuestra mirada, en este sentido, sí podemos dar orientaciones si pregunta sobre la adopción; es informativo. (Entrevista 2; ver anexos)

Es importante reflexionar sobre la necesidad de una intervención desde la ética profesional, dejando de lado las percepciones y juicios de valor: nuestra disciplina tiene mucho para aportar en este proceso y para fomentar los recursos internos del individuo y el fortalecimiento de las redes vinculares, ya sea del entramado familiar como de otros grupos que puedan contener a la mujer que atraviesa este proceso. También se facilitan herramientas que promuevan su desarrollo como sujetos libres y autónomos.

La reglamentación de la IVE establece expresamente que el equipo debe contribuir a superar las causas que puedan incidir en una interrupción voluntaria del embarazo; en este sentido, es necesario promover la interconexión con otros servicios o programas que permitan abordar las demandas y necesidades que surjan de la intervención mediante la construcción de redes, la coordinación o derivación a otros sitios de atención, o facilitando la información a la usuaria sobre los recursos y servicios existentes. En este proceso:

[...] también se captan ciertas vulnerabilidades, por ejemplo, si no hay una red de contención, sabemos que es un factor de vulnerabilidad, porque en los hechos lo hemos visto [...], hemos captado situaciones de violencia, [...] se asesora y se orienta a servicios que tiene la misma empresa o a instituciones fuera de la empresa, para que la persona elija a quién quiere consultar y si quiere consultar [...]. (Entrevista 1; ver anexos)

Debemos considerar que la mujer que se enfrenta a la decisión de interrumpir un embarazo no lo hace de forma abstracta, sino que actúa desde el contexto sociocultural en el que están insertos ella y sus redes familiares y sociales, transversalizada por su propia subjetividad, por su historia y proyecto de vida. De este modo, la intervención de los profesionales debe contemplar estos factores y mirar al individuo como un todo; de otra forma, caeríamos en un abordaje fragmentado, que responde en forma parcial y que no considera la integralidad de la problemática y la de los distintos factores que inciden en ella. Este abordaje es clave para garantizar el acceso a la prestación desde un ámbito humanitario y de respeto, generando condiciones habilitantes que permitan a la mujer tomar decisiones libres y autónomas respecto a su reproducción, lo que favorece la construcción ciudadana.

4.1.2. La actuación del profesional de salud mental dentro del equipo interdisciplinario

La normativa que regula la IVE prevé también la intervención de un profesional de la salud mental dentro de los equipos interdisciplinarios, quien deberá aportar los elementos que permitan favorecer una toma de decisión informada y autónoma. Asimismo, debe evaluar en el marco de salud integral la necesidad de interconsultas, de seguimiento, al tiempo que recurre al apoyo de redes y recursos adicionales para un manejo óptimo de la IVE, y minimiza las consecuencias en su salud (MSP, 2012).

Leus y Stapff refieren a la importancia del abordaje psicológico en la IVE:

[...] la experiencia no se agota en algunas consultas o en un acto médico. Tiene un proceso anterior en el que la mujer ya debió atravesar una serie de barreras internas (asumir el embarazo y evaluar la posibilidad de no continuarlo, temor a ser juzgada) que culmina —a veces— con su concurrencia a la consulta inicial. Tiene también un proceso posterior en el que deberá transitar inconscientemente, por un proceso de duelo, y de alguna manera integrar la experiencia a su historia vital. (Leus y Stapff, 2007: 202)

En la entrevista interdisciplinaria la tarea del psicólogo consiste básicamente en identificar y valorar aquellos aspectos que puedan incidir en la autonomía en la decisión de la mujer. Además, debe considerar las presiones externas, e identificar los elementos pasibles de aumentar los riesgos en la salud mental post aborto (Leus *et al.*, 2013: 21).

En este sentido, Leus y Stapff (2007) señalan que en el abordaje psicosocial del aborto:

[...] inciden diversos factores (éticos, ideológicos, culturales, religiosos, etc.) ya sea en los profesionales que asisten a la mujer en la consulta, como en los diferentes actores del servicio de salud. El manejo de estos factores puede influir y a veces determinar el camino que tomará luego la mujer y también podrá condicionar la forma en que la mujer procesa internamente esta experiencia, o sea, las consecuencias psicológicas de esta situación. (2007: 199)

Desde esta disciplina también se puede apostar a un cambio de paradigma en la atención en salud y, especialmente, en salud sexual y reproductiva, desnaturalizando el modelo hegemónico de atención:

Desde el área de salud mental, a través del trabajo en equipo, se pretende contribuir a disminuir los riesgos y daños en la salud mental de la mujer así como adoptar una mirada hacia la interna del equipo interdisciplinario, promoviendo un cambio en la relación sanitaria. (Leus *et al.*, 2013: 24)

En este sentido, el abordaje desde el área psicológica puede favorecer sustantivamente la forma en que la mujer transita este proceso, problematizando los sentimientos y emociones que rodean la IVE, desnaturalizando los roles asignados a la mujer (mujer-madre) y, de esta forma, contribuir a una mayor libertad en la decisión y en el empoderamiento de sus derechos. Desde el equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Casmu se expresa:

La psicóloga en algunas situaciones, como de riesgo muy evidente con respecto a la salud mental, hace coordinaciones con los psiquiatras. Cuando es una paciente psiquiátrica, en seguida se toma el dato de con quién se atiende. Y hay algunos médicos, que coordinan la entrevista, se la ponen como condición, «bueno ahora la próxima es con tu psiquiatra». La paciente llega en un estado de crisis porque no esperaba lo que le está pasando, imaginate una paciente que te diga «yo me trato con psiquiatra». Algunas, cuando abrimos la historia dice paciente psiquiátrico o narra algún intento de autoeliminación. [...] es fundamental considerar el área de la salud mental. Nosotros a veces le decimos cuando hablamos lo que van a sentir, que no pasa sólo por el cuerpo, y

le decimos si se prolonga la angustia, pueden venir acá y se les orienta y después se hará la coordinación [...] las coordinaciones y los seguimientos son fundamentales. (Entrevista 1; ver anexos)

Otro de los aspectos pasibles de problematizar desde el abordaje psicológico es el estigma hacia la IVE, que refuerza la culpa y la condena social más allá de la norma. En este sentido, se evidencia la necesidad de realizar campañas de sensibilización a nivel social y promover la educación en salud sexual y reproductiva, solo de esta forma será posible efectivizar los derechos sexuales y reproductivos y formar generaciones más justas. Lilián Abracinskas señala:

[...] la ausencia de campañas y estrategias comunicacionales sostenidas y sustentables que tengan el propósito de difundir las normativas y los servicios, así como promover el ejercicio de derechos por parte de la población, así como de erradicación de mitos, estigmas y tabúes que persisten en la sociedad vinculados a las decisiones sexuales y reproductivas de las personas. (2014: 6)

4.1.3. Los médicos y el programa de IVE

Dentro del equipo interdisciplinario es pertinente analizar la práctica profesional del médico, problematizando el modelo médico hegemónico para entender su influencia en la consolidación de los derechos en salud. Como describen Elina Carril y Alejandra López:

La relación profesional de salud-mujer usuaria es una pieza clave en la calidad de atención de los servicios de salud. La calidez en el trato, el respeto por la integridad física y moral, la valoración de la capacidad, autonomía y dignificación de la usuaria y el fortalecimiento de su condición de sujeto de derechos, son aspectos sustantivos para garantizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva que redunde en mejores resultados y en el encuentro entre la demanda de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto y la respuesta de los servicios de salud. (2010: 31)

Para la efectivización y ampliación de la ciudadanía en salud, es importante fomentar una relación dialógica; Susana Rostagnol expresa:

[...] la necesidad de revisar las formas de llevar a cabo la entrevista en el consultorio si se pretenden impulsar los derechos sexuales de las usuarias. Mientras la entrevista siga un esquema de interrogatorio, procurando encontrar los signos y síntomas que permitan elaborar un diagnóstico, la

atención distará de alcanzar la calidad necesaria para que los sujetos sean titulares de derecho, [...] el diálogo no es entre sujetos diferentes en plano de igualdad, sino que está signado por la inequidad. (2008: 222-223)

Esta relación médico-usuaria impacta directamente en la salud y en los derechos de los sujetos, en virtud de que éstos toman decisiones basadas en la información recibida, que muchas veces se considera incuestionable. En este sentido, el modelo de atención hegemónico basado en la relación asimétrica y autoritaria no contribuye a la efectivización de los derechos y a la práctica ciudadana. Como plantea Rudolf, «[...] necesitamos profesionales que estén convencidos de que los “dueños” de la salud son los ciudadanos y que ello significa oportunidades equitativas y libertad de decisión informada, tanto en los planos individuales como colectivos» (2013: 59).

Dentro del sistema de salud es pertinente referir a la objeción de conciencia en el caso de los profesionales, y a la objeción de ideario en las mutualistas como recursos que están previstos en la ley de IVE, y que, apenas fue aprobada, profesionales e instituciones la invocaron para negarse a participar en el proceso. Ello ha generado dificultades en la ejecución del programa, sobre todo en aquellas localidades donde todos o la mayoría de los ginecólogos apelan a este recurso. La objeción de conciencia puede vulnerar los derechos de las mujeres y generar barreras en el ejercicio de la ciudadanía y en el acceso a una atención de calidad; en la medida en que corra riesgo la cobertura de la IVE, se afecta la confidencialidad o se estigmatiza a la mujer que transita por este proceso. El fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo n.º 586/2015 le asiste razón a un grupo de ginecólogos que presentaron una acción de nulidad contra algunos artículos del decreto reglamentario de la Ley n.º 18.987; de esta forma, el derecho a la objeción de conciencia se amplía, limitando el concepto de grave riesgo materno solamente a aquellas causas de origen biológica (riesgo de vida o salud biológica). Esta sentencia dispone que la objeción de conciencia incluya no sólo el IVE 3 (tercer consulta en la cual la mujer expresa su voluntad final y el ginecólogo indica el procedimiento de IVE), sino también la intervención en las primeras consultas (etapas 1, médico o ginecólogo, y etapa 2, con el equipo interdisciplinario). Asimismo, plantea que otros profesionales pueden apelar a la objeción de conciencia (ECRSSyR, 2015).

Siguiendo con el análisis de la construcción de la ciudadanía desde el campo médico, debemos referir a la necesidad de distanciarse del modelo asistencial autoritario para promover el respeto de la decisión y el acceso a la información como forma de separarse de la actitud paciente y lograr el empoderamiento de sus derechos. De esta forma:

[...] reconocer en la usuaria que consulta a un sujeto moral con derechos y capacidades, consciente de decidir, informada y responsablemente. En ese marco, el objetivo es re-convertir el papel profesional, desde los valores de la profesión médica y del resto de los profesionales de la salud, en promotores y garantes para el ejercicio de sus derechos. (Briozzo *et al.*, 2007: 22)

En este sentido, se señala la importancia de un cambio estructural en el sistema de salud, lo que constituye un gran desafío, que requiere mayor distribución de la información y una escucha atenta de lo expresado por la mujer; es necesario un cambio de perspectiva de pacientes a ciudadanas. « La relación basada en la asimetría y el modelo paternalista médico debía dar paso a la relación más equilibrada desde el empoderamiento de las usuarias y la profundización de los valores del profesionalismo médico y de los equipos de salud » (Briozzo, 2008: 21).

Consideramos sustantivo, para lograr una atención desde el respeto hacia la mujer como ciudadana y sujeto de derecho, que se promueva la formación específica en el área de salud sexual y reproductiva de los profesionales que intervienen en esta problemática, así como la sensibilización de los funcionarios, de los técnicos y de los profesionales que directa o indirectamente forman parte de la atención. Esto resulta fundamental para romper con el estigma que sufren las mujeres que deben enfrentarse a este proceso. Los profesionales de Trabajo Social que fueron entrevistados en el marco de este estudio, perciben la estigmatización de la usuaria, tanto por parte de los funcionarios de las instituciones como de algunos de los integrantes del equipo de salud, como un elemento a superar:

[...] *el gran desafío es sacar el estigma, el estigma que existe socialmente, y que existe en el área de la salud; se habla en voz baja, IVE se atiende en otro horario y los administrativos no tienen nada que ver, de hecho muchas de las consultas las tenemos acá, que es un sótano, y muchos pacientes lo señalan, el hecho de tener que bajar, lo psicológico, una cosa que se quejan mucho los pacientes es del lugar físico. [...] En cierta forma, en algunos momentos hemos sentido que hubo*

miradas o comentarios de los compañeros hacia las mujeres [...] desde el imaginario colectivo y desde la propia ley hay una penalización. (Entrevista 1; ver anexos)

Desde esta línea, en la entrevista con el centro de salud de Sayago se manifiesta:

Vos venís con un problema semejante, porque el IVE es un problema, porque nadie puede pensar que se elige como método anticonceptivo abortar, ¡por favor!, y ésa es la visión que tienen algunos, «ah, ésta ya es la tercer IVE que se viene a hacer»; el administrativo, no podés, «ah, porque no te cuidaste, hay tantos métodos para cuidarte». Todo el mundo tiene que opinar, todo el mundo tiene que decir algo, es una vergüenza, ¡que no debería ser! (Entrevista 2; ver anexos)

4.2. *¿Promoción de ciudadanía o tutelaje?*

Es pertinente interpelar el lugar desde el que se posicionan los profesionales que intervienen en el programa de IVE: si se apunta a una práctica ciudadanizante o a un abordaje tutelar. López Gómez expresa que:

[...] esta ruta crítica que las mujeres deberán transitar dentro del servicio de salud responde más a un modelo de tutelaje profesional que a un enfoque de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. La decisión es considerada legítima si está mediada por el asesoramiento profesional. ¿Cómo garantizar que desde el lugar de poder profesional, la acción moralizante no se vista de acción técnica? ¿Cómo se protege que cada mujer sea respetada en su derecho a decidir cuando sabemos que la relación sanitaria es una relación asimétrica de poder? (López Gómez, 2012: párr.5)

La noción de tutelaje:

[...] se basa en la creencia en una «moral única»; implica considerar que amplios sectores de la sociedad carecen de la capacidad para tomar sus decisiones o manifestar sus intereses por lo que necesitan de una tutela, es decir, algún tipo de control o vigilancia. (Rostagnol, 2014: 172-173)

Este enfoque limita la autonomía de la mujer mediante mecanismos de control social que transfieren el poder a las autoridades estatales, imprimiendo una ciudadanía de baja intensidad, según el concepto de O'Donnell (1993). Como señala García Delgado, el descenso de la intensidad de la ciudadanía es concomitante al pasaje de la ciudadanía social hacia la post social, acorde con el nuevo Estado neoliberal. Y una de sus

características definatorias radica en la delegación, la ausencia de orientación al poder en sentido de clase, de voluntad popular agregada y mayor orientación al control (García Delgado, 1996, citado en Rotondi, 2003).

Desde el programa de IVE se promueve el control social sobre el cuerpo de la mujer y, como establece Rostagnol (2008), se da paso a la instauración del biopoder (Foucault, 1996), dado que estamos en 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, administrativa) y mecanismos reguladores. 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 normalidad, en este caso, especialmente en relación a la sexualidad. El marco jurídico que regula la IVE remarca como finalidad la «sexualidad responsable» y coloca el énfasis en el disciplinamiento más que en el usufructo de derechos. Desde esta lógica vemos cómo la educación sexual también se asocia a evitar daños y no a promover un mayor bienestar. Pueden rastrearse aspectos del biopoder tanto en su vertiente disciplinaria como en su vertiente de regulación como elementos restrictivos del poder de decisión de la mujer (Rostagnol, 2014).

Ahora bien, esto no significa que el Estado no deba intervenir ni que la institucionalización de la IVE sea negativa: lo que podemos reflexionar es sobre el rol que deben asumir los diferentes actores para que no se limite la autonomía y el poder de decisión de la mujer en el ejercicio de sus derechos. Como expresan Natalia Magnone y Mariana Viera, este abordaje:

[...] si bien garantiza la calidad técnica de la intervención, permite que el Estado ejerza un control moral sobre las mujeres ya que según esta normativa exige explicaciones sobre los motivos que las llevan a querer interrumpir un embarazo no deseado. ¿Es que no alcanza con su sola voluntad? Luego de la consulta médica, los requisitos exigen una segunda consulta con un equipo interdisciplinario que informará a las mujeres sobre los riesgos de abortar y sobre alternativas posibles (como por ejemplo la adopción). Además pretende ser un ámbito de apoyo psicológico y social «para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo». (2012: párr.3)

Siguiendo con el pensamiento de Magnone y Viera:

[...] estamos ante un marco legal que limita la autonomía de las mujeres colocándolas en lugar de tuteladas en relación a la toma de decisiones sobre su cuerpo. Como ha señalado Amnistía Internacional los expertos en derechos humanos afirman con énfasis que la que sabe si necesita interrumpir su embarazo es la mujer. «Que las mujeres tengan que ratificar constantemente su decisión, es tratarlas como si no fueran capaces de decidir responsablemente sobre su vida y su salud, esto no solamente es falta de respeto, es discriminatorio» (Directora de Amnistía Internacional Uruguay). (2012: párr. 3)

Como sostiene Víctor Giorgi, el lenguaje utilizado en el diseño de las políticas y en su implementación asigna significados a través «de una dinámica de adjudicación-asunción de diferentes lugares en el Universo simbólico de la sociedad que involucra tanto a los operadores institucionales como a los destinatarios de las acciones y programas» (Giorgi, 2006, citado en Suárez, 2013: 37).

Cabe señalar que, si bien la IVE está enmarcada en reglamentaciones y procedimientos tutelares que determinan la práctica, la forma en que los profesionales abordan esta problemática, si se apunta a una práctica emancipatoria y ciudadanizante o se percibe a la mujer como mera beneficiaria pasiva de dicha prestación, influye directamente en el acceso a los derechos de las mujeres, facilitando u obstaculizando la ciudadanía crítica. Como establecen estas autoras:

Sólo en la medida de que los/as integrantes de los equipos interdisciplinarios puedan trabajar desde el marco de derechos humanos y por lo tanto respetando la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos será posible construir procesos sanitarios que no afecten negativamente a las mujeres. En lo que hace al rol del Trabajo Social en estos equipos, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos nos exige colocarnos en un lugar de apoyo a las mujeres, sin pretensiones de alterar sus decisiones y atentos/as a favorecer sus entornos sociales y afectivos para que puedan salir más fortalecidas en su construcción de maternidades deseadas y en el ejercicio de su ciudadanía. (Magnone y Viera, 2012: párr.9)

En este sentido, buscamos responder si se promueve la autonomía, la participación y la libertad de decisión, o si, por el contrario, predomina un abordaje tutelar sobre la IVE. Como hemos señalado en el desarrollo de este estudio, el programa es ambiguo en su discurso ciudadanizante: por un lado, se expresa la intención de promover decisiones libres y autónomas, y, por otro, se diseñan mecanismos de control sobre la IVE. Desde esta óptica,

podemos referir al programa como una herramienta de control social (al decir de Foucault) que busca reglamentar distintos aspectos de esta práctica:

1) En la medida que se exige manifestar las razones que motivan la decisión de IVE, no contemplando en la exposición de motivos, el proyecto de vida de la mujer, o la elección de no asumir una maternidad, o querer postergarla en el tiempo por decisión, o por planificación familiar. El artículo tercero de la Ley n.º 18.987 se establece que:

[...] la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

Al respecto, una de las trabajadoras sociales entrevistadas expresa:

[...] somos mujeres con derechos, nosotros decidimos sobre nuestro cuerpo, no podemos permitir que nadie decida sobre nuestro cuerpo y, sin embargo, tenemos que aguantarnos a tres tipos que decidan si podemos o no podemos hacerlo, esto partiendo de la ley, tienes que justificar tu decisión. Vienen y te dicen «yo ya tengo dos, son chiquitos, me falló el DIU, no tengo para darle de comer». A mí no me convenzas, negrita, no te sientas mal, es tu decisión, vos sabés si le podés dar de comer o no, es tu decisión y tenés que estar convencida, no permitas que nadie te diga nada, es eso el discurso, tenés que hacer lo que tú consideras que está bien para que te haga sentir bien también... (Entrevista 2; ver anexos)

2) Asimismo, se busca estandarizar los plazos y las consultas. Este aspecto, si bien es reglamentista, puede valorarse como positivo en el sentido que obliga al prestador de salud a cumplir con los tiempos y a diseñar los mecanismos para que se efectivicen, no dejando librado a la buena voluntad de la institución el acceso a la prestación, lo que redundaría en beneficios para la usuaria y la habilita, desde el conocimiento de sus derechos, a reclamar y denunciar irregularidades. En esta línea, una de las entrevistadas expresa:

A mí me quedan ciertas dudas en cuanto a cómo hay una ley, reglamentada y todo, si eso no es un factor incidente en el tema de que se aborde de esa forma y se le dé importancia, y si no fuera tan estricto quedaría como que no sé [...]. Nuestro jefe tenemos reuniones cada tanto, y él dice que va y lo habla con la directora y lo pelea, y la empresa sabe que hay que cumplir esta ley, entonces lo instrumentó, pero hay cosas que todavía siguen costando, es un grupo reducido, cada una tiene derecho a tomarse sus licencia, necesitaríamos más gente de pronto, pero como están los mínimos

necesarios para cumplir con la norma, la empresa queda tranquila y dice «bueno, acá se está cumpliendo», en eso por lo menos acá me parece que pesa. (Entrevista 1; ver anexos)

Estas disposiciones, que hemos señalado como regulatorias de la IVE dejan poco margen a la elección de la mujer y nos hacen cuestionar si estas políticas promueven la ciudadanía y, de ser así, qué tipo de ciudadanía. En este sentido, ¿es posible efectivizar un discurso ciudadanizante, garantizando y fortaleciendo la ciudadanía?, ¿podemos hablar de decisiones libres y autónomas?

Reflexiones y conclusiones

A modo de cierre de este trabajo y desde el camino recorrido para su elaboración, podemos arribar a algunas reflexiones y conclusiones en relación a los objetivos y a la pregunta planteada. Debemos señalar que el cambio en el contexto que se realiza la IVE ha significado un avance en la ampliación de los derechos humanos y, dentro de éstos, de los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, siguen existiendo dificultades y desafíos en la apropiación de este derecho por parte de la población objetivo. Se debe seguir avanzando en busca de la autonomía reproductiva y fomentando la participación y el involucramiento de las usuarias en este proceso, con lo que se permite que el programa sea un espacio real de construcción de ciudadanía. Éste es un desafío que involucra tanto a los profesionales que intervienen en el programa como a las propias usuarias, a las autoridades y a la sociedad civil.

Del estudio realizado se desprende que el abordaje de los profesionales y el sesgo tutelar que se imprime sobre esta práctica inciden sustancialmente en el empoderamiento de las mujeres, así como también en el grado de libertad y autonomía en su decisión. Según las entrevistas realizadas y la revisión bibliográfica, desde el Trabajo Social se busca promover la apropiación de los derechos reproductivos, el acceso a la información y trasladar el poder de decisión a la mujer desde un abordaje ciudadanizante. No obstante, su práctica se encuentra condicionada por el contexto en el cual interviene (sistema de salud), donde continúa instalado un modelo de atención hegemónico que visualiza a la usuaria como paciente-beneficiaria pasiva de la prestación como parte de una práctica paternalista, tutelar y asistencialista, dejando poco margen para la participación activa de la mujer; se limita, además, su capacidad de decisión.

Es pertinente cuestionar si es posible romper con el modelo de atención hegemónico en el sistema de salud y si el trabajo interdisciplinario puede favorecer el cambio de paradigma; éstas son cuestiones que quedarán planteadas para futuros estudios.

Debemos señalar que hay mucho camino por recorrer dentro de los equipos interdisciplinarios y de todo el sistema de salud si se quiere generar una práctica ciudadanizante y liberadora que trascienda el plano del discurso y que permita romper con

este modelo hegemónico de atención, de modo de poder visualizar a la usuaria como sujeto de derecho y como parte activa de este proceso. Para esto es necesario promover estrategias de acción que faciliten la apropiación de los derechos y la plena libertad de decidir sobre su cuerpo.

En relación al programa de IVE, consideramos importante señalar que los aspectos regulatorios que presenta dicho programa limitan la capacidad de la mujer a la hora de tomar decisiones libres y autónomas. Asimismo, existen factores tales como las brechas de cobertura, las barreras en el acceso y las dificultades en la efectivización del derecho a la IVE, que inciden en la construcción de la ciudadanía y en el empoderamiento de los sujetos. En este sentido, deben superarse las dificultades existentes, de modo de garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres puedan decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad, su capacidad reproductora y su propio proyecto de vida.

En el contexto actual, en el que surgen nuevos conflictos y tensiones desde la ejecución y evaluación del programa de IVE, quedan planteados muchos desafíos a trabajar: es necesario un reposicionamiento de las distintas áreas, del sistema de salud, de la sociedad civil y del Estado que permita enfrentar las dificultades y generar cambios desde la discusión y el aporte de los distintos actores sociales.

Referencias bibliográficas

- Abracinskas, L. (coord.) (2014) *Informe 2014. Estado de Situación y desafíos en Aborto y Salud Sexual y Reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo: MYSU [Online]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/publicacion/estado-de-situacion-de-los-servicios-de-ssr-y-aborto-en-el-departamento-de-salto/> [acceso 23.11.2015].
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2007) “Desde la arena feminista hacia la escena política” en Abracinskas, L. y López Gómez, A., (coord.) *El aborto en Debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso Político y Social (2001-2004)*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. y López Gómez, A. (2010) “Uruguay: la salud y los derechos sexuales y reproductivos” en: Juanche, A., et al. (eds.) *Derechos Humanos en Uruguay. Informe 2010*. Montevideo: SERPAJ.
- Aguirre, R. (2003) *Género, ciudadanía social y trabajo*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo: Doble Clic editoras.
- Aquín, N. (2001) “Trabajo Social, Ciudadanía y Exclusión” en: Revista de Trabajo Social N° 22, año XV, Montevideo: EPPAL, pp. 25-31.
- Aquín, N. (2003a) “En torno a la ciudadanía” en: Aquín, N., (comp.) *Ensayos sobre ciudadanía, Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial. pp. 15-26.
- Aquín, N. (comp.) (2003b) *Ensayos sobre ciudadanía, Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- AUPF y RUDA (2008) *Barreras, Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir*. Montevideo: AUPF y RUDA [online] Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.files.wordpress.com/2008/06/barreras1.pdf> [acceso 23.10.2015].
- Barrán, J.P. (1989) *Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. El Disciplinamiento (1860-1920)*. Tomo 2. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

- Barrán, J.P. (2001) *Amor y Transgresión en Montevideo: 1919-1931*. 2ª Ed. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Briozzo, L., (coord.) (2002) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: SMU [online] Disponible en: www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf [acceso 01.10.2015].
- Briozzo, L., et al. (2002) “El aborto provocado en condiciones de riesgo, principal causa de mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna” en: Briozzo, L., (coord.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: SMU [online] Disponible en: www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf [acceso 01.10.2015].
- Briozzo, L. (2007) “Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto en riesgo” en: Briozzo, L., (ed.) *Iniciativas Sanitarias: Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena.
- Briozzo, L. (2008) “Iniciativas Sanitaria: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo” en: Briozzo, L., (comp) *Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay*. Montevideo: Dedos, pp. 19-46.
- Bustelo, E. (1998) “Expansión de la ciudadanía y construcción democrática” en: Bustelo, E. y Minujin, A. (ed.) *Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes*. UNICEF.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2008) *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce.
- Carril, E. y López, A. (2010) *Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud* [online]. Montevideo: Psicología, Conocimiento y Sociedad. Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/aborto-voluntaro.pdf> [acceso 20.11.2015].
- Castro, R. (2011) *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cook, R. (2010) *Avances en reforma de legisladores sobre aborto en el mundo*. Cuadernos de Aportes al Debate en Salud, Ciudadanía y Derechos, MYSU; Época 1, n° 3.

- Coraggio, J., (1989) *Participación Popular y Vida Cotidiana*, en: Plenario de Trabajo Social sobre «Democracia, derechos humanos y participación popular», 23 al 28 de julio de 1989, [online]. Quito. Disponible en: <http://www.coraggioeconomia.org/jlc/archivos%20para%20descargar/PARTICIPACION%20POPULAR%20Y%20VIDA%20COTIDIANA.pdf> [acceso 20.10.2015].
- Custo, E. (2003) “Ciudadanía e Intervención Grupal: Un Espacio y un Tiempo de Significaciones en el Campo Profesional” en: Aquín, N., (comp.) *Ensayos sobre ciudadanía, Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial. pp. 101-113.
- ECRSSy R (2015) *Sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo acerca del Decreto Reglamentario de la Ley 18987 Implicancias en los Servicios de la RAP Metropolitana* [online]. Disponible en: www.bps.gub.uy/.../2-8-sentencia-del-tribunal-interrupcion-voluntaria.pdf [acceso 02.12.2015].
- Foucault, M. (1977) *Historia de la Sexualidad*. Vigésimotercera edición en español. Tomo I. México: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1978) *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- González, C. (2003) “La relación familia- Estado y la formación de ciudadanía”, en Aquín, N. (comp) *Ensayos sobre Ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial, pp. 67-87.
- Jelín, E. (1993) “¿Cómo construir ciudadanía? Una visión desde abajo”, en Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe, N° 55. Amsterdam, Países Bajos, Centro Universitario de Estudios y Documentación Latinoamericana – CEDLA.
- Johnson, N., et al., (2011) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: CSIC, UDELAR.
- Juanche, A., et al., (ed.) (2010) *Derechos Humanos en Uruguay. Informe 2010*. Montevideo: SERPAJ.

- Kuzma, C. (2009) *La construcción de la nueva ciudadanía desde procesos identitarios*. Montevideo: EPPAL.
- Llana, L. (2013) “*Ciudadanía, Políticas Sociales y Vejez*” en: Revista Regional de Trabajo Social, año XXVII, n.º 58, mayo- agosto. pp. 44-51.
- Leus, I. y Stapff, C. (2007) “Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de la atención sanitaria para disminuir el daño por el aborto inseguro”, en: Briozzo, Leonel (ed.) *Iniciativas Sanitarias: Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena. pp. 199 a 206.
- Leus, I., et al., (2013) “La consulta médico- psicológica en una situación de crisis. Asesoramiento ante embarazo no deseado- no aceptado”, en: SUPM, *Impacto de la enfermedad y estrategia de intervención*, [online]. Montevideo: SUPM (sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/wp-content/uploads/2013/12/11cap.pdf> [acceso 01.12.2015].
- López Gómez, A. (2005) “Consideraciones Conceptuales”, en López Gómez, A. (coord.) *Adolescencia y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995-2004*, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, UDELAR- UNFPA, Montevideo.
- López Gómez, A. (2012) “Uruguay y la interrupción voluntaria del embarazo: tensiones y desafíos para garantizar el acceso al aborto seguro” [online] (actualizado noviembre de 2012). Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/32050/refererPageId/12> [acceso 01.10.2014].
- López Gómez, A., et al., (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, Obstáculos y perspectivas*. Facultad de Psicología. UDELAR. Fundación Mexicana para la salud. UNFPA. Montevideo.
- López Gómez, A., et al., (2006) *Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. Montevideo: CNS Mujeres.
- López Gómez, A. y Abracinskas, L. (2009) *El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. En: *Cuadernos de UNFPA*. N° 3 Año 3. Montevideo: UNFPA.

- López Gómez, A., et al., (2011) “La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional al sector salud en Uruguay”. En: Johnson Niki et al. (2011) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: CSIC, UDELAR, pp. 65 a 110.
- Magnone, N. y Viera, M. (2012) *El proceso de abortar a partir de la ley de interrupción voluntaria del embarazo* [online] (actualizado noviembre de 2012). Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/32050/refererPageId/12> [acceso 01.10.2014].
- MSP (2014) *Balance 1er año de Implementación de Ley 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo Decreto 375/2012 Reglamentación de la Ley de IVE*, [online]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf [acceso 01.10.2015].
- Mujica, J. (2007) *Economía Política del Cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: PROMSEX.
- Mujica, J. (2009) *Microscopio. De la bioética a la biopolítica*. Lima: PROMSEX.
- MYSU (2014) *Plataforma Ciudadana. En Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, [online]. Montevideo: MYSU. Disponible en: www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/plataforma.pdf [acceso 23.11.2015].
- MYSU (2015) *Salud Sexual y Reproductiva y Servicios de aborto en Uruguay. En los Departamentos de Río Negro, Soriano y Paysandú*, [online]. Montevideo: MYSU. Disponible en: www.mysu.org.uy/.../Estudio-Departamentos-de-Río-Negro-Soriano-y-Paysandú [acceso 23.11.2015].
- Pereira, P. (2000) “La política social en el contexto de la seguridad social y del Welfare State: la particularidad de la asistencia social” en: Borgianni, E. y Montaña, C., (comp.) *La Política Social Hoy*. San Pablo: Cortez Editora.
- Rostagnol, S., (2008) “El papel de los ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay” en: Araujo, K. y Prieto, M., (ed.) *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: Flacso, pp. 215-232.
- Rostagnol, S., (2014) “¿Tolerancia?: Debates sobre la Legalización del aborto” en: Gioscia, L. (coord.) *¿Más allá de la Tolerancia? Ciudadanía y diversidad en el Uruguay contemporáneo*. Montevideo: Trilce, pp. 170-187.

- Rotondi, G., (2003) “Ciudadanía Fragilizada: Género y Ciudadanía” en Aquín, N., (comp.) *Ensayos sobre ciudadanía, Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial, pp. 169-195.
- Rudolf, S. (2013) “La responsabilidad profesional en la protección de la salud como derecho apuntes acerca de la orientación cultural en el sistema de salud” en: Alonso, E., et al. *La Construcción de ciudadanía: un desafío para la academia*. Montevideo: Psicolibros, Waslala. pp. 47-68.
- Sapriza, G. (2011) “Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. «Aborto libre»: la corta experiencia uruguaya (1934-1938)”, en: Johnson, N., et al. (2011) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: CSIC, UDELAR. pp. 19-63.
- Suárez, Z. (2013) “El sistema de salud y aporte para la construcción de ciudadanía en la infancia y adolescencia” en: Alonso, E., et al. *La Construcción de ciudadanía: un desafío para la academia*. Montevideo: Psicolibros, Waslala. pp. 29-46.

Fuentes documentales

- Código Penal, [online]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/l2t12.htm> [acceso 23.11.2015].
- Decreto n° 375/2012, [online]. Disponible en: www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3 [acceso 23.11.2015].
- Ley n° 9763, [online]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley> [acceso 08.08.2015].
- Ley n° 18211 Sistema Nacional Integrado de Salud, [online]. Disponible en: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm [acceso 23.11.2015].
- Ley n° 18987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, [online]. Disponible en: www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18987.htm [acceso 23.11.2015].

- Ordenanza n° 369. MSP (2004) [online] Disponible en: http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley_actual/ordenanza369MSP.pdf [acceso 08.08.2015].
- MSP (2006) Ordenanza n° 751, 20 de noviembre de 2006, [online]. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,24726 [acceso 01.10.2015].
- MSP (2012) *Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)* [online]. Disponible en: www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?7211,24210 [acceso 01.10.2015].
- OMS (2008) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del Informe final: Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: OMS.
- OPS y OMS (2000) *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Actas de una Reunión de Consulta convocada por Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), [online]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf [acceso 03.05.2015].
- Plan de estudio de la licenciatura Trabajo Social (1992), UDELAR, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.

Otras fuentes

- CIFRA, [online] Disponible en: <http://www.cifra.com.uy/novedades.php?idNoticia=179> y <http://www.cifra.com.uy/novedades.php?idNoticia=166>, [acceso 21.08.2015].
- Factum, (2012) Encuesta Nacional Factum: *Fuerte ventaja a favor de la despenalización del aborto en una relación de 6 a 4* [online] Disponible en: <http://www.factum.edu.uy/node/753> [acceso 21.08.2015].
- Interconsult, *Encuestas de Opinión Pública*, [online]. Disponible en: <http://www.interconsult.com.uy/unoticias08/111008f/111008.HTM> [acceso 21.08.2015].

MSP (2015) *Interrupción Voluntaria del Embarazo*, [online]. Disponible en:
<http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>,
[acceso 23.11.2015].