

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

Interrupción Voluntaria del Embarazo:
aproximación a las prácticas del Trabajo Social

Vanesa Magalí De Armas Alfaro
Tutora: María José Beltrán

2018

Dedicado a todas aquellas mujeres que han sido culpabilizadas, juzgadas y humilladas por haberse realizado un aborto y que hoy día siguen luchando por la igualdad de género y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

Agradecimientos:

A la directiva de ADASU que me abrió sus puertas y permitió indagar en la temática estudiada, a los ex dirigentes que proporcionaron información; y en especial a las Trabajadoras Sociales de las distintas instituciones que accedieron a ser entrevistadas.

También agradecer de forma muy especial a mi tutora, quien me guió y acompañó en este proceso logrando que esta monografía fuese posible.

A todos mis amigos/as que son muchos y se hace difícil nombrarlos a cada uno, a Stephanie y Flavia que siempre de diversas maneras estuvieron presentes, en especial a Gabriela con quien recorrí el camino hacia esta carrera y con quien desarrollé un hermoso vínculo que nos permitió crecer como profesionales y como seres humanos.

A mi familia, a mi hermano Alexis, a mis abuelos: Juan, Magdalena y Martha, pero en especial a mi padre Rúben, a mi novio Kenny, que me acompañaron a lo largo de la carrera y supieron darme su apoyo con gran habilidad en los momentos más difíciles, y muy encarecidamente a mi madre Marisol quién siempre creyó en mí.

A todos ellos, gracias!

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	6
Antecedentes.....	9
Metodología de Investigación.....	9
Capítulo I Las nuevas estrategias: medicalización y Trabajo Social.....	12
Estado: Población y sexualidad.....	12
Uruguay: su disciplinamiento.....	14
Salud y Trabajo Social: demandas que se le colocan a la profesión.....	15
Primer Momento: 1889-1934.....	16
Preámbulos de una Ley (1934- 1938).....	19
Tercer Momento: 1938-2012.....	23
Capítulo II Antecedentes de la Interrupción Voluntaria del Embarazo: su legalización.....	26
Los primeros desafíos.....	26
En busca de una Ley.....	29
Son tus derechos, hacelos valer.....	32
Procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	34
Capítulo III Trabajo Social e Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	36
Las acciones de ADASU.....	36
Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en San José.....	38
Las cuatro consultas.....	39
¿Cuál es el principal obstáculo que presenta la Interrupción Voluntaria del Embarazo?.....	42
Demanda al Trabajo Social, razones y motivos de la interrupción.....	42
¿Primera vez?.....	43
¿Sobre qué se interviene en Trabajo Social?.....	45
Dimensión asistencial.....	45
Dimensión socioeducativa.....	48
Dimensión ético política.....	48
Dimensión investigativa.....	49
Aspectos desde el Trabajo Social que hay que reforzar/ cambiar y/o mejorar.....	50
Otros aspectos vinculados a.....	51
Relacionamiento del Trabajo Social con otras profesiones.....	51
Consideraciones Finales.....	54
Referencias bibliográficas.....	57

Anexos..... 63

Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, basado en el plan de estudios 2009¹, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema que se pretende indagar son los nuevos espacios y las prácticas de intervención del Trabajo Social, generados a partir de la Ley 18.987² denominada Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE), aprobada en el año 2012. En la misma se establece como requisito la intervención del Trabajo Social como parte del equipo interdisciplinario.

Para la realización de la IVE la mujer transita por cuatro consultas, la primera es donde manifiesta la voluntad de interrumpir el embarazo, la segunda implica la reunión con el equipo interdisciplinario donde se la informa de las distintas opciones que tiene, la tercera es el acto de interrupción y la cuarta implica los controles y asesoramiento post IVE (Ley 18.987, 2012).

La elección de esta temática radica en el interés de conocer cómo los Trabajadores Sociales se insertan y qué tareas realizan en los servicios de IVE, haciendo foco en las prácticas realizadas y problematizarlas a la luz de la teoría. Se opta por realizar el estudio en la ciudad de San José porque es uno de los departamentos de los cuales no se cuenta con investigaciones que antecedan. La organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)³ realizó informes sobre la situación de los Servicios Sexuales y Reproductivos (SSR) incluyendo servicios de IVE en los siguientes departamentos: Montevideo, Cerro Largo, Rocha, Florida, Maldonado, Rivera, Paysandú, Río Negro, Soriano, Salto⁴.

Con los datos que anteceden surge que queda por indagar: Artigas, Canelones, Colonia, Durazno, Flores, Lavalleja, Treinta y Tres, Tacuarembó y San José.

Sin ahondar en especificaciones, genéricamente se pueden nombrar algunas de las observaciones obtenidas en las investigaciones realizadas por MYSU. El estudio realizado en 2013 revela que Salto presenta altos niveles de objetores de conciencia⁵ evitando que las mujeres accedan en dicho lugar a una Interrupción del embarazo, teniendo que trasladarse a

¹ Disponible en: <http://pruebas.cci.edu.uy/sites/default/files/PLAN%20DE%20ESTUDIOS%202009%20FCS-1.pdf> [Fecha de acceso 7/11/2017].

² Anexo: I

³ MYSU – Mujer y Salud en Uruguay disponible en: www.mysu.org.uy [Fecha de acceso: 15/08/17]

⁴ MYSU- Disponible en: www.mysu.org.uy/multimedia/ediciones-mysu/ [Fecha de acceso: 10/10/17]

⁵ Refiere al recurso que tienen los Ginecólogos para negarse a realizar la IVE, según el artículo 11 podrá manifestarse o revocarse en cualquier momento (Ley 18.987, 2012).

otros departamentos como Artigas o Montevideo. Para evitar esta situación se plantea que un profesional del área ginecológica se traslade desde Montevideo a Salto para indicar específicamente la medicación a tomar y el proceso abortivo (acción que se realiza en la tercera consulta), atendiendo los días viernes a usuarias tanto de mutualistas privadas como públicas. Para la segunda y cuarta consulta la Ley 18.987 establece el trabajo en conjunto de un equipo interdisciplinario compuesto por un ginecólogo, un Psicólogo y un Trabajador Social, si bien el servicio se brinda el requisito no se cumple al faltar un ginecólogo de referencia (MYSU, 2014).

En Río Negro el equipo interdisciplinario funciona en forma separada, en Soriano funciona con algunas disparidades por el número de objetores, en Paysandú sólo un ginecólogo realiza la IVE y las usuarias se entrevistan con el equipo interdisciplinario también en forma separada (2015), lo mismo pasa en Cerro Largo donde las entrevistas no se realizan en conjunto según la reglamentación (MYSU, 2016).

Atento a lo expuesto y siendo el aborto un tema regulado al existir una ley que garantice el derecho al acceso y a su práctica, es importante conocer la realidad del funcionamiento de los servicios a través de los profesionales que intervienen día a día, puntualmente de los Trabajadores/as Sociales.

El objeto de estudio del presente trabajo es la intervención del Trabajo social en la Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el Hospital de San José y en la Asociación Médica de San José (en adelante AMSJ).

Esta indagación pretende ser un aporte para el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) al mostrar una primera aproximación al funcionamiento interno de los SSR en San José; en este mismo sentido para la organización MYSU quien monitorea los servicios IVE, como para el colectivo de Trabajadores Sociales, ya que se intenta mostrar cómo la profesión se inserta y a partir de esto se pretende re-pensar y reflexionar sobre las prácticas llevadas a cabo. A través de ésto se considera que se podría contribuir al conocimiento permanente y actualizado de una Ley que aún se encuentra dando sus primeros pasos y que necesita la mirada y análisis en su interior por parte de las distintas disciplinas que intervienen en el proceso de la IVE.

En lo que respecta a los prestadores de Servicios de Salud a lo largo y ancho del Departamento de San José encontramos al Hospital San José (ASSE), Médica Uruguaya,

Círculo Católico, Asociación Médica de San José (AMSJ), Hospital Evangélico, Asociación Española y Policlínica GREMCA. Dentro de los ya mencionados sólo ASSE (Institución Pública) y AMSJ (Institución Privada) ofrecen en el Departamento los servicios IVE en su totalidad, mientras que los demás tienden a derivar las situaciones a otras instituciones ubicadas en Montevideo.

El presente documento estudiará la situación de ASSE y AMSJ a través de la mirada de dos profesionales (una de cada centro de salud), abocadas al área IVE; donde el proceso de investigación social requerirá que el cientista se guíe a través de una serie de procedimientos que le permitirán la generación de conocimiento.

El problema de investigación es el conjunto de preguntas que deseamos responder a través de procesos de investigación. Es una problematización de algún aspecto del tema de investigación. No siempre se expresa como pregunta. Muchos se explicitan en los objetivos de la investigación (el objetivo de una investigación es dar respuestas a esas preguntas) o en hipótesis (que son respuestas tentativas a las preguntas) (Batthyány, 2011: 21).

Con la finalidad de guiar la indagación se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Aproximarse a las prácticas y al rol que cumple el Trabajo Social en el proceso de Interrupción del embarazo en el marco de la Ley 18.987, desde la perspectiva de las Trabajadoras Sociales que se desempeñan en el Departamento de San José.

Objetivos Específicos:

- Historizar en la temática el devenir histórico (leyes, movimientos, debates y antecedentes) que han llevado a la necesidad por parte de la sociedad uruguaya a regular la práctica del aborto, es decir, el marco regulatorio de la Ley 18.987.
- Conocer e indagar qué se le demanda al Trabajo Social y cómo se desarrollan e implementan los servicios de IVE por ASSE y AMSJ.

Antecedentes

Para entender la historia del aborto es preciso conocer que es una práctica que se venía realizando desde hace muchos años atrás. En 1933, habían dos abortos cada cien partos, mientras que en 1978 los abortos practicados oscilaban entre los 100 mil y los 150 mil anualmente (Abracinskas y López, 2007), cifras que se alejan de los datos obtenidos en la actualidad. Con la legalización de la Ley IVE en el 2012, se realizaron 7.171 abortos a nivel nacional en el año 2013, mientras que para el 2016 la cifra es de 9.719 abortos según datos publicados por el Ministerio de Salud Pública (2017)⁶.

Es de significar que la actual Ley 18.987 abarca a todas aquellas mujeres que han manifestado su voluntad de interrumpir el embarazo. En el caso de las adolescentes se recabará el consentimiento, así mismo las mujeres declaradas incapaces deberán presentar el consentimiento de su curador (Ley 18.987, 2012).

Se podrá proceder a la interrupción del embarazo dentro de las doce semanas de gestación, fuera de ese período se acogerán a lo dispuesto en el artículo 6 como formas excepcionales⁷ (Art. 6). La Ley establece como requisito que la mujer acceda a la consulta con los equipos interdisciplinarios, el cual debe estar compuesto por un ginecólogo, un referente en la salud psíquica y uno del área social (Ley 18.987, 2012: Art.3).

Metodología de Investigación

Para dar cauce a los objetivos propuestos se selecciona la metodología cualitativa, utilizando dos técnicas la primera es la recolección de fuentes documentales secundarias como artículos de prensa, reglamentos, leyes, debates e informes que aporten mayores elementos al tema planteado; y la segunda, la técnica de entrevista semi-estructurada, que permitirán tanto al entrevistado como al entrevistador cierta flexibilidad, en el orden de las preguntas y términos a utilizar (Valles, 1999). En este sentido podemos decir que la entrevista se lleva a cabo entre dos personas “un entrevistador y un entrevistado, dirigida y registrada por el entrevistador; este último tiene como objetivo favorecer la producción de un discurso

⁶ Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/ppt%20coloquio%20SSySR%20FINAL%202.pdf> [Fecha de acceso: 03/12/17].

⁷ Riesgo de salud para la mujer, malformaciones del feto, situaciones producto de una violación. (Art. 6, Ley 18.987).

lineal del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación (Blanchet, 1989: 2).

Para las entrevistas se realizó un relevamiento en el departamento de San José, contabilizando la cantidad de Trabajadores/as Sociales que se encuentran desempeñando tareas en los servicios IVE, tanto en el área pública como privada. En total se relevaron siete instituciones⁸ que se encuentran en el territorio brindando servicios de salud. De estas solo el Hospital y AMSJ brindan servicios IVE las demás derivan las situaciones al área más cercana como Montevideo o Colonia. Al tomar conocimiento que parte de las usuarias podrían atenderse fuera del departamento se le solicita formalmente a las distintas instituciones la realización de entrevistas, pero éstas presentan obstáculos, lo que impide su realización. Por otra parte, sin ánimo de ser identificados, otros funcionarios manifiestan que los servicios de Trabajadores/as Sociales son contratados específicamente para la consulta de IVE haciendo que no haya un profesional de referencia continuo.

Se realizaron tres entrevistas a informantes calificados, una a la ex integrante de la directiva de ADASU y dos a profesionales de los Servicios IVE; una a la Trabajadora Social del Hospital y la otra a la Trabajadora Social de AMSJ. La cantidad de entrevistas es escasa porque en San José solamente las dos instituciones mencionadas anteriormente brindan los servicios IVE en su totalidad. A su vez, cuando se solicitó entrevistas a las otras instituciones para recabar más datos, presentaron dificultades y obstáculos, lo que impide su realización. Se debe tener en cuenta que si bien es un primer acercamiento a la temática, se podría extender en el futuro a otros Departamentos.

Las entrevistas fueron efectuadas de manera formal y coordinadas con anterioridad⁹. En el comienzo de cada una se realizó lo que Blanchet (1989) define como *contrato de comunicación*, donde se le explica al entrevistado el motivo de la entrevista, la duración aproximada, el motivo por el cual fue seleccionada la persona. Además, se comenta de qué se trata la investigación, qué se pretende saber con la temática planteada y para qué será utilizada la información recabada.

En relación a la organización del texto, el lector se encontrará con cuatro capítulos divididos en apartados.

⁸ Hospital San José (ASSE), Médica Uruguaya, Círculo Católico, Asociación Médica de San José (AMSJ), Hospital Evangélico, Asociación Española y Policlínica GREMCA.

⁹ Una de las entrevistas no se pudo realizar por motivos estrictamente de salud, que le impidieron a la TS del Hospital de Libertad ser entrevistada en el período de realización de este escrito.

En el primer capítulo, se presenta a modo de síntesis cómo el Estado comienza a intervenir en la población y en el control de la reproducción, y se realiza una primera aproximación a las formas de regulación de la sexualidad en Occidente. En los siguientes apartados se expone el marco del desarrollo del Uruguay del novecientos y de los períodos en el que el aborto fue penalizado/despenalizado así como las demandas al Trabajo Social ligado al campo de la salud y del Estado.

En el segundo capítulo, el lector podrá observar cómo se introduce en la agenda política la Interrupción Voluntaria del Embarazo y cómo se llegó a la actual normativa.

En el tercer capítulo, se desarrollan las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales, encontrando en primer lugar la postura que tomó ADASU frente a la Ley y en segundo lugar se expone el rol que cumplen las profesionales en los servicios IVE y su funcionamiento.

Por último, se presentan las consideraciones finales de carácter reflexivas, sin ánimo de realizar generalizaciones ni de presentar conclusiones finales, ya que se considera que este documento es una primera aproximación a la problematización del accionar profesional.

Capítulo I

Las nuevas estrategias: medicalización y Trabajo Social

En este capítulo el lector encontrará una breve síntesis de los procesos que llevaron al control de la población por parte del Estado y cómo la sexualidad se volvió central en ese control. Es este mismo Estado quien va a necesitar agentes como el Trabajo Social que oficien de brazos ejecutores y divulgadores de ciertos discursos. Teniendo en cuenta lo mencionado se tratará de trazar un recorrido histórico visualizando las demandas que le fueron impuestas a la profesión, enmarcándolo en la creciente medicalización de la sociedad y en los procesos socio-históricos del Uruguay del novecientos.

Estado: Población y sexualidad

Para iluminar la IVE legalizada en Uruguay, es necesario comprender los procesos que llevaron en el devenir histórico a la gestación de nuevas formas de control sobre la población, que Foucault llamará estrategias biopolíticas. Si bien este autor analiza lo acontecido en Europa Occidental, donde se desarrolla la biopolítica centrada en la población y en su sexualidad, nos permite tener una visión más amplia para poder asemejar esas estrategias a los procesos ocurridos en nuestro país (Foucault, 1998).

Los cambios económicos, políticos y sociales producidos en Occidente se corresponden al desarrollo del capitalismo con el cometido de formar individuos funcionales al sistema, donde la lógica de producción era la explotación, los modos y la dedicación al trabajo; nace “una nueva tecnología del sexo” desarrollada a través de la demografía, la pedagogía y la medicina (Foucault, 1998).

Con los nuevos intereses de la sociedad burguesa del siglo XVII no solo nace la represión del sexo como condición que distingue a hombres y mujeres, sino también de lo que se podía decir y hacer (Foucault, 1998).

El punto importante no será determinar si esas producciones discursivas y esos efectos de poder conducen a formular la verdad del sexo, (...) sino aislar y aprehender la “voluntad de saber” que al mismo tiempo les sirve de soporte y de instrumento (1998: 10).

En los discursos, prohibición y represión tiñen a una sociedad que comienza a ser determinada por una serie de controles provenientes del poder del Estado. Sin embargo, en el siglo XVIII se amplía el dominio de lo que se podía decir sobre el sexo y la sexualidad (1998). Las formas en que se habla, los lugares, los puntos de vista, las instituciones

incitadoras y los discursos que se forman frente a él, muestran el nacimiento de una estrategia biopolítica centrada en la población, en su vida íntima, con un estímulo político, económico y técnico. “Se ha construido un artefacto para producir discursos sobre el sexo, siempre más discursos, susceptibles de funcionar y de surtir efecto en su economía misma” (Foucault, 1998:16).

En esta nueva razón de ser del Estado, se toma como núcleo central el problema económico y político de la población y los fenómenos que se provocan en ella, tales como la mortalidad, la natalidad, longevidad, fecundidad, salud y enfermedad.

Es precisamente un conjunto de prácticas. [...] la locura, la enfermedad, la delincuencia, la sexualidad (...) mostrar que el acoplamiento serie de prácticas-régimen de verdad forma un dispositivo de saber-poder que marca efectivamente en lo real lo inexistente, y lo somete en forma legítima a la división de lo verdadero y lo falso. (Foucault, 2007: 37)

La consolidación del dispositivo biopolítico comprende la intervención y la observación de los comportamientos de la población en sus distintos planos como la vida biológica, política y cultural (Foucault, 2007).

Siguiendo a Foucault,

La conducta sexual de la población es tomada como objeto de análisis y, a la vez, blanco de intervención; se va (...) a tentativas de regulación más finas y mejor calculadas, que oscilarán, según los objetivos y las urgencias, hacia una dirección natalista o antinatalista. A través de la economía política de la población se forma toda una red de observaciones sobre el sexo. Nace el análisis de las conductas sexuales, de sus determinaciones y efectos, en el límite entre lo biológico y lo económico. También aparecen esas campañas sistemáticas que, (...) tratan de convertir el comportamiento sexual de las parejas en una conducta económica y política concentrada. (1998:18).

En este sentido el Estado intervendrá no solo en la especificidad de la reproducción, sino también en la sexualidad que se forma a lo largo de la vida. Cuidará cada mínimo detalle, desde la niñez se impondrán discursos razonables, símbolos arquitectónicos, reglamentos de disciplina, juegos de castigos y responsabilidades, separación de los baños, distribución de los dormitorios; se “despliegan a propósito del sexo dispositivos específicos de saber y de poder” (Foucault, 1998:62); imponiéndose en los dispositivos institucionales estrategias discursivas específicas y coercitivas tendientes a modelar la sexualidad.

La sexualidad se definió "por naturaleza" como: un dominio penetrable por procesos patológicos, y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización; un campo de significaciones que descifrar; un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos; un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que

desemboscar y, a la vez, escuchar. Es la "economía" de los discursos, quiero decir su tecnología intrínseca, las necesidades de su funcionamiento, las tácticas que ponen en acción, los efectos de poder que los subtienden y que conllevan (Foucault, 1998: 42).

Las estrategias biopolíticas centradas en la población llevaron consigo un control ideológico y corporal, convirtiéndose en control de la natalidad y la mortalidad pero también de las prácticas cotidianas de los individuos (Foucault, 2007). Se introduce una multiplicidad de discursos que tomarán forma a través de la medicina, la pedagogía, la demografía, la psiquiatría, la justicia penal; comenzarán a introducir toda una especie de ortopedia discursiva (Foucault, 1998).

En suma, en Occidente, en el siglo XVIII bajo las estrategias biopolíticas los individuos son observados, analizados y gestionados como una población que el gobierno debe manejar y controlar. Los discursos introducidos se centran a nivel micro en el cuerpo, en la vida íntima a fin de optimizar la producción, el control de los nacimientos, de las epidemias, de la salud y enfermedad y mortalidad. Esta nueva razón de Estado que implementa un nuevo orden social, político y económico, se institucionaliza y se encarna en diversas maneras de gobernar. (Foucault, 1998, 2007).

Uruguay: su disciplinamiento

Las estrategias biopolíticas enunciadas anteriormente no fueron ajenas a nuestro país, donde se produjeron procesos similares. Según Barrán desde 1860 a 1890 se implanta un nuevo orden que llevó al disciplinamiento de la sociedad, se “impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, ocultó la muerte alejándola y embelleciéndola”. Las resistencias al nuevo orden “prueban que detrás de estos cambios de sentir y de conducta se halla la lucha social dinamizadora de un proceso cultural que fue, a la vez, obra de un sistema de dominación” (1989: 11-13).

A pesar de las resistencias frente a los cambios impuestos por la nueva “sensibilidad” se deja atrás la barbarie. Se implanta el puritanismo sexual, el pudor y el recato en el cuerpo y en el alma. Se rechaza la violencia, dejando atrás el juego, el ocio y la fiesta por el culto al trabajo, convirtiendo el cuerpo en fuerza de trabajo. Al hombre se lo vincula a la esfera de lo público, del trabajo y el poder, a la mujer se la limita a las funciones domésticas y reproductivas, es decir, al ámbito privado (Barrán, 1989).

En lo que refiere a la evolución demográfica resulta revelador de esa sociedad civilizada, la forma de regular los nacimientos a través del aborto: “el método de control “civilizado” de los nacimientos, parece instalarse definitivamente en los hábitos de las parejas” (Barrán, 1989: 14). Estos hechos muestran que a la vez que Uruguay se disciplina también se moderniza: “Uruguay se “modernizó”, es decir, acompasó su evolución demográfica, tecnológica, económica, política, social y cultural a la de Europa capitalista” (1989:15).

Ante la situación planteada de un nuevo orden social y económico, el Estado creará agentes capaces de llevar adelante un conjunto de prácticas, de observación de los comportamientos, de introducción de discursos, de disciplinas y de manejar y controlar a la población. Es en este entramado que surge la demanda del Trabajo Social como agente privilegiado en la ejecución de políticas de Estado.

Salud y Trabajo Social: demandas que se le colocan a la profesión

Teniendo presente lo mencionado anteriormente, el Estado precisará de agentes para introducir nuevas técnicas de observación, control y administración que se ejercen sobre la población y a los efectos que produce como la natalidad y la mortalidad; donde visualizamos que las estrategias biopolíticas permean la forma de entender los fenómenos poblacionales.

En esta monografía se intentará conocer qué se le ha demandado al Trabajo Social a lo largo de estos años, principalmente en el área de la salud. Para dar cauce a lo planteado se indaga en las formas en que se ha introducido la profesión en las diversas políticas estatales de cuño capitalistas, procurando presentar la penalización/despenalización del aborto como estrategia *biopolítica* de control de los nacimientos.

A modo organizativo se tendrá en cuenta lo planteado por Sanseviero (2008) quien expresa que en Uruguay podemos encontrar tres momentos, el primero en 1889 en la que se criminaliza el aborto, tanto su acción como su colaboración, es decir, se tipifica como delito. El segundo, se encuentra sobre el año 1934 cuando se lo despenaliza, y el tercer momento, en 1938 donde se lo vuelve a penalizar hasta el año 2012.

Primer Momento: 1889-1934

Desde 1870 a 1920 se transita de una sociedad caracterizada por la *barbarie* a una *disciplinada*, (Caetano y Geymonat, 1996) preocupada por la salud, por la higiene pública, por la revalorización del cuerpo y la moralización (Ortega, 2008).

Para el paso *de una sociedad a otra*, convergieron distintos procesos de modernización impulsados por el Estado, el cual implementa la idea y la separación de lo “público” y lo “privado”. El primero se enfocó a la “adhesión a una concepción general de la política” (Caetano y Geymonat, 1996: 16), la vida social y cultural; y el segundo refiere a la secularización, la que quedaría excluida al ámbito puramente privado; es decir, se observa la separación del Estado y la Iglesia representado por la laicización. Sin embargo, la Iglesia siguió teniendo relevancia entre sus fieles (Caetano y Geymonat, 1996).

En nuestro país, el Batllismo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX inicia la consolidación del Estado a través de proyectos socio-políticos, introduciendo la protección social definida como reformista y democrática. El Estado comienza a intervenir en áreas de la vida social que se hallan en lo más íntimo de la sociedad, encontrándose la medicalización como punto clave (Ortega, 2008).

Según Mitjavila la medicalización refiere a:

los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (1998:2)

En este contexto, el origen de nuestra profesión surge ligado al campo de la salud, quien demanda un agente profesionalizado para expandir el saber médico. En la década de 1920¹⁰, se crea la primera escuela de Visitadoras Sociales de Higiene en Uruguay bajo mandato de la Facultad de Medicina (Ortega, 2008).

¹⁰ Según Bentura se puede decir que hubo dos tesis que se plantearon en relación a la génesis del Servicio Social, la primera “endogenista”, tenía tendencias de filantropía y caridad; la ayuda se enfocaba en la cuestión social y era entendida como capacidad humana universal. La segunda tesis, la perspectiva histórico crítica, considera al surgimiento de la profesión como “un subproducto de la síntesis de los proyectos políticos económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de la clase hegemónica, cuando en el contexto del capitalismo es su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas de la “cuestión social” (Montaño *apud* Bentura, 2011:40). Lo presentado evidencia dos perspectivas opuestas, la primera, considera al Servicio Social como evolución de las anteriores formas de intervención de la caridad y la filantropía vinculada a las protoformas, a lo religioso. Mientras que la segunda, la considera como un subproducto que devino del desarrollo histórico, de sus luchas e ideologías (Bentura, 2011).

el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinarias que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este sentido se puede sostener que ese espacio profesional del Servicio Social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud (Ortega, 2008,19).

A la Visitadora Social se le demandará ser un brazo ejecutor de las políticas estatales, haciendo llegar el mensaje higienista a toda la sociedad, ya que la medicalización atribuyó como principal problema de las condiciones sanitarias de la población, al medio; al ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, etc. Se le exigirá a la Visitadora que llegue con su mensaje desde las aulas en el campo educativo, las fábricas y su funcionamiento, la distribución de los espacios en las ciudades hasta la vida familiar íntima; pero especialmente que llegue a las familias más pobres (Ortega, 2008).

Esta ampliación de los parámetros de la medicina le requiere a la Visitadora clasificar, evaluar, caracterizar en normal- anormal, salud- enfermedad; será toda una tecnología de colonización y modelación de la vida social (Mitjavila, 1998). En términos de Foucault: “el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica” (Foucault *apud* Mitjavila; 1998:8). Entonces, “El campo de la salud como el de la educación constituyeron ámbitos de desarrollo de estrategias de control y disciplinamiento de dicha población” (Ortega, 2008:30).

En este proceso, el *saber y poder* de la medicina resultó primordial como espacio instituyente en áreas del comportamiento social, pero la Visitadora Social sería su punto clave en el desarrollo de esta nueva tecnología. Se trataba de un dispositivo creado con el objetivo y por tanto demandaba de las primeras visitadoras sociales que fuesen un nexo entre las familias y el médico para propagar sus discursos (Ortega, 2008).

Se entiende que el movimiento higienista del siglo XX intentó reorganizar las prácticas de caridad y de filantropía, a fin de dotarlo de bases científicas, dejando atrás el voluntariado por una remuneración, y la finalidad religiosa, por un carácter especializado de la profesión (Ortega, 2008).

El movimiento higienista del novecientos:

se asienta sobre cambios institucionales que responden a las nuevas formas de concebir y de actuar frente a la realidad social (...) se destaca una creciente tendencia a codificar un vasto conjunto de problemas sociales –principalmente los vinculados a las condiciones de vida de los sectores urbanos- en términos sanitarios (Ortega, 2008:41)

Los cambios producidos en el saber desde finales del siglo XIX establecieron las condiciones propicias para la generación de una nueva institucionalidad, entre las cuales se puede nombrar:

En primer lugar, la creación de cuerpos inspectivos como la Visitadora Social, para el contralor de enfermedades infecciosas, donde la visita domiciliar encuentra un papel imprescindible para la filantropía y la caridad.

Es Kruse quien encuentra en la visita domiciliar, instrumentada por los agentes que ocupaban el espacio de “lo social” en el Novecientos, dentro de los procesos de medicalización, el “hito que podía llevarnos hasta las más profundas raíces de nuestra profesión [...] (Kruse *apud* Ortega, 2008:43).

Segundo, focalización en la familia, principalmente en la mujer, a quien se la consideró un agente privilegiado en la introducción y continuidad de los valores de la higiene moderna (Ortega, 2008). El Uruguay del novecientos tornó a la mujer como eje principal en sus reformas, esta aparecía subordinada y dependiente no sólo a la familia sino también a la sociedad. Debió adaptarse no solo a cánones de belleza, sino a hábitos de higiene, vestimenta y comportamiento (Caetano y Geymonat, 1996).

En este contexto emerge la familia como núcleo básico primario, fundamental donde modelar y construir los comportamientos y sentimientos, teniendo principal énfasis en la enseñanza de los niños e hincapié sobre las mujeres. “El boletín eclesiástico (...) establecía en un editorial lo que consideraba como las «reglas fundamentales para padres y madres de familia»” (31). Los libros de crianza y educación para niños estaban impregnados de un fuerte componente moralizador (Caetano y Geymonat, 1996).

En tercer lugar, “construcción de la legitimidad del saber/poder médico” (42); el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya acrecienta el poder, el prestigio, el rol y las áreas de intervención del saber médico que bajo el ala del Estado intervendrá a través de agentes como el Trabajo Social, no solo para expandir su saber, sino también para conocer los hábitos de la población (Caetano y Geymonat, 1996).

Por último, cambio en las instituciones hospitalarias de la época, ya no destinadas al cuidar como en el siglo XVIII sino a curar (Ortega, 2008).

Ante lo mencionado se puede decir que a la Visitadora Social se le demandó divulgar los conceptos higiénicos y los beneficios de la medicina preventiva. También se les encomendó la

vigilancia de los sanos, prevención de enfermedades, promoción de conductas higiénicas en el hogar, en la habitación, en el desarrollo de la vida, y fundamentalmente en la alimentación. Estas tareas fueron “acciones de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento” (Ortega, 2008: 47), llevadas a la práctica en salones de clase, a los niños y maestros, y a sus familias. Además se le pidió “obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento” (Ortega, 2008:49).

Preámbulos de una Ley (1934- 1938)

En las primeras décadas del Siglo XX irrumpe lo femenino, emerge en la discusión pública temas tabúes como la sexualidad y la reproducción. El cuerpo se convierte en un eje polémico, es decir, nace el cuerpo como objeto de intervención. “Ese derecho al cuerpo será para las mujeres, cada vez más, las posibilidad de decidir el número de hijos a tener” (Sapriza, 1996:116).

Con las políticas sociales del período Terrista, se crea en 1933 el Código del Niño¹¹, este proyecto tenía como cometido la protección de la infancia, con una fuerte impronta higienista. Además, se crea el Consejo del Niño que debería ocuparse de todos los problemas de la infancia, salud, higiene, bienestar, desarrollo y servicio social. Es relevante el hecho de que este código estableciera (Capítulo XI) entre sus técnicas, la creación del Servicio Social, quien debía intervenir en la formación de las visitadoras sociales y de todo lo que tuviese relación con el problema social y el bienestar infantil (Ortega, 2008). El Art. 110 del Código establecía: “La Escuela del Servicio Social quedará encargada de preparar el personal auxiliar que intervenga en cualquier forma en los distintos aspectos del problema del bienestar infantil” (Ley 9.342: 14).

Este criterio ordenador, se corresponde con la creciente medicalización de la vida social. Se le confía al Servicio Social intervenir en la organización y regularización de la familia; en sus formas de alimentación e higiene (establecidas por las nuevas orientaciones médicas), atención sobre los anormales, asesoramiento a jueces, lucha contra el analfabetismo, entre otras tareas (Ortega, 2008).

¹¹ Anexo: II.-Ley 9.342 Disponible en: <http://www.montevideocontigo.org/documentos/Codigo-del-Nino.pdf>
[Fecha de acceso: 26/02/2018]

Si bien la demanda presentada al Servicio Social giró en torno a las conductas higiénicas de la población (Ortega, 2008), según fuentes de la época los abortos eran una práctica cotidiana como forma de regular los nacimientos, “en los testimonios se afirma que *«en todos los años se hicieron abortos»* y que *«eran mujeres de todo tipo, solteras y casadas.»*” (Sapriza, 2001:132).

En 1931 asume la Presidencia Gabriel Terra y en 1934 se concretará el primer quiebre constitucional. Según Ortega el período Terrista fue propicio para construir políticas sociales, generando el terreno favorable para la institucionalización del Servicio Social, quien se conformaría en el agente privilegiado para llegar a las familias, a los niños y a las mujeres, un agente que se encontraría en lo más cercano de las prácticas cotidianas de la población (Ortega, 2008).

Hasta 1934 la acción del aborto era condenada y sus principales víctimas eran mujeres de los sectores más pobres, las cuales veían afectada su salud. Estos hechos motivaron la intervención del Estado y en 1934 se aprueba la despenalización del aborto (Sapriza, 1996).

El autor del Código penal¹² lo dice expresamente:

La efectiva impunidad del delito hace que el aborto se practique por manos expertas por parteras y aun por los médicos. Si se castigare (...), las personas de cierta cultura, que son aquellas que pueden practicar el aborto sin peligro o con un mínimo de peligro para la mujer se resistirían a efectuarlo y el aborto caería entonces en manos de la gente inexperta, que ejecutaría la operación sin observar las precauciones que la ciencia aconseja (Código Penal *apud* Sapriza, 1996: 134).

Quedando registrado legalmente por primera vez en la historia la despenalización del aborto en el Uruguay.

Siguiendo a Foucault, en “una nueva tecnología del sexo” –un dispositivo discursivo de poder y control– desarrollada en tres ejes: el de la demografía, “cuyo objetivo era la regulación espontánea o controlada de los nacimientos”, la pedagogía, cuyo objetivo en este plano era la sexualidad específica del niño, y la medicina, cuyo objetivo era la fisiología sexual, especialmente de las mujeres (Sapriza, 2001: 23).

En la línea de pensamiento de Foucault se puede pensar que la despenalización del aborto fue una estrategia biopolítica con el objetivo de controlar los nacimientos.

Según Sapriza el aborto se habría convertido en un hecho conocido por todos, es así que “la vida privada, la sexualidad y el cuerpo. Tener o no hijos dependerá cada vez más de una

¹² IruetaGoyena.

decisión individual que junto a los métodos elegidos se resguardará con pudor en la intimidad del hogar” (2001:120).

Sapriza (2001) toma a la eugenesia¹³ como posible explicación a la despenalización del aborto de 1934. Entre 1920 y 1945, se visualizan manifestaciones del eugenismo quien se apoyó en ideas médicas y científicas para lograr acciones político-sociales. Sus ejes de acción fueron raza, sexualidad y género. Se preocupaba por la higiene de la población y promovía la selección de los mejores ejemplares humanos para su reproducción, a fin de evitar la degeneración de la raza; por lo que se la asocia a sentimientos puramente nacionalistas.

Dicha corriente se introduce en la comunidad científica generando políticas sanitarias, de reproducción e inmigración, a fin de crear sociedades integradas y homogéneas (2001).

En esta “utopía” la reproducción adquirió un sentido colectivo, y fundamentó la idea de una sexualidad al servicio del Estado. En ese contexto, las mujeres y las familias fueron consideradas agentes de una reforma social que apuntaba a la construcción de una nueva raza (Sapriza, 2001:3).

En los discursos de sexualidad nace la preocupación por la reproducción de la población, planteado anteriormente por Foucault; un Estado preocupado por manejar y controlar la natalidad, mortalidad, salud y enfermedad, de su población.

A una alta tasa de mortalidad y natalidad le siguió su descenso, se recurrió a métodos anticonceptivos, pero, también al aborto el cual se convirtió en el principal regulador de los nacimientos. Según Sapriza (1996) es aquí donde se gestan los cambios en la transición demográfica:¹⁴ “La transición demográfica fue también una revolución moral, un cambio radical en las costumbres familiares, iniciada probablemente por los sectores medios y altos de la sociedad”. Las investigaciones de la autora revelan que en esos años “las mujeres tenían menos hijos y para ello recurrían al aborto más allá de su legitimidad a nivel legal” (1996: 120-134).

En 1934, se crea el Ministerio de Salud Pública¹⁵, pero fue en 1939 cuando la escuela de Sanidad Pública y Servicio Social¹⁶ comenzará a funcionar. Al Servicio Social se le demandó

¹³Sus orígenes se encuentran en Inglaterra S XIX con Sir Francis Galton quien definía a la eugenesia como “la ciencia del mejoramiento del linaje.” (Sapriza, 2001:19).

¹⁴ Hasta ese momento en Uruguay predominaban niños y jóvenes, pero, a partir de de los cambios en la familia, en la forma de entender la reproducción y en los cambios introducidos por la medicalización, la población comenzó a tener tendencias de envejecimiento (Pellegrino et al, 2008).

¹⁵ El 12 de enero de 1934 se promulga la Ley N° 9.202. “Orgánica”, de creación del Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Uruguay/UY_Ley_Ministerio_Salud.pdf [Fecha de acceso 23/02/2018].

seguir con su intervención preventivista exógena, ligada al campo de la salud y basadas en la dicotomía normal/patológico (Ortega, 2011).

Si bien encontramos una legislación a favor de la mujer que despenalizó el aborto, según Rodríguez se revela una profunda contradicción: “por un lado se reprimía la sexualidad femenina y se les exigía “recato y parsimonia”, por otro lado se fomentaba abiertamente en ellas cierto narcisismo y exhibicionismo (...) constituían un espectáculo visual (...) un objeto decorativo” (1996: 106).

En esos mismos años, coincide que se habían realizado los acuerdos internacionales propuestos por la OIT¹⁷, en la que encontramos una legislación destinada a la protección de la mujer y la familia. Sin embargo, en 1935 el Ministerio de Salud Pública “prohibió la realización de abortos en los hospitales públicos, donde podían acudir, precisamente, las mujeres pobres” (Sapriza, 1996:135). Este hecho resulta relevante, ya que si el acceso a un aborto seguro a cargo de un médico especializado es negado en el ámbito de la salud pública, serían las mujeres más pobres las cuales resultarían perjudicadas. Resulta interesante la visión de Sapriza quien dice que: “el aborto se presentó como el principal regulador de los nacimientos” (2001:58) y “la eugenesia comprendía dos grandes temas: la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de limitar la maternidad inconsciente” (Sapriza, 2001:175).

En suma, se presenta a la salud y a la enfermedad de la población como un problema político y social del medio externo, se revaloriza el cuerpo en tanto fuerza de trabajo, el control y la administración para poder legitimar prácticas, y la moralización de los individuos para lograr el control social de las conductas desviadas. Es aquí donde el Estado precisará de sus brazos ejecutores, donde el Servicio Social es un agente privilegiado que intervendrá en el disciplinamiento; pero a través de los dos principales ángulos, el de la educación y el de la salud de las familias.

¹⁶El curso duraba dos años, a modo informativo se puede decir que según investigaciones realizadas egresaron 125 visitadoras (Ortega, 2008).

¹⁷ OIT- Organización Internacional del Trabajo. Creada en 1919 como parte del Tratado de Versalles, con el objetivo de promover la paz social. www.ilo.org/global/lang-es/index.htm [Fecha de acceso: 08/10/17].

Tercer Momento: 1938-2012

En el ámbito socio-político, la despenalización del aborto de 1934 provocó que los médicos, juristas, políticos, obispos católicos comenzaron a preocuparse por la natalidad. Frente al aborto los médicos reaccionaron alarmados, especialmente Augusto Turenne quien presentó un informe al Congreso Médico Nacional donde denunciaba mediante datos estadísticos el crecimiento del número de abortos y quien “Diez años después, hablaba «del crecimiento pavoroso de los abortos»” (Sapriza, 1996: 122).

Frente a estas denuncias los distintos sectores católicos de la sociedad se vieron en la necesidad de movilizarse para revocar la presente Ley, y fueron ellos quienes lograron que se la discutiera: “Nunca antes la sexualidad encontró un ámbito tan público y tan explícito de discusión. Los secretos, mentiras y silencios sobre lo más privado de cada uno –el cuerpo y la reproducción– quedaron expuestos en ese foro ampliado”, en esto “Las opiniones del médico Augusto Turenne fueron centrales para el debate sobre el aborto” (Sapriza, 1996: 137-141).

Como consecuencia y luego de esos cuatro años de la despenalización del aborto, en 1938 se aprueba la Ley 9763¹⁸ la que declaró como delito al aborto (Sapriza, 1996). En ella se establecía explícitamente como delito sancionado, dependiendo el atenuante la pena iba desde los tres meses a doce años de prisión. El artículo 325 establecía: “La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión de tres a nueve meses” (Ley 9763, 1938). Sin embargo, en esta ley se contemplaron determinadas excepciones “se aceptó una amplia gama de situaciones tales como el móvil del honor, eliminar el fruto de la violación, causas graves de salud y razones de angustia económica” (Sapriza, 1996:140).

Como ya se ha venido mencionando, el Trabajo Social se vio estrechamente relacionado con el campo sanitario y con las nuevas formas etiológicas, presentándose como auxiliar de la medicina, quien marcaría un “control” sobre los cuerpos y los sujetos a quienes se interviene. En este sentido el Trabajo Social trazaría un lugar en la división social del trabajo como profesional¹⁹ (Ortega, 2008).

¹⁸Anexo III: Ley 9.763 Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1984745.htm> [Acceso 20/08/2017]

¹⁹ En 1937 se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay, vinculada según la autora a estrategias de la Iglesia Católica. En 1953, la escuela presenta un nuevo plan de estudios y cambia el título de visitadora social al de Asistente Social, luego, cambiará de Asistente Social a Servicio Social, siendo en 1959 ya una carrera de 4 años de duración. Igualmente la profesión seguiría su estrecho vínculo con la medicina (Ortega, 2008).

Se puede hacer mención a una de las demandas que se le presentó a la profesión: *la vigilancia directa* de las familias más pobres; de sus costumbres, formas de relacionamiento, de hacinamiento, de alimentación, de aseo, entre otras. Las tareas asignadas redundan en la prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento de los valores higienistas (Ortega, 2008).

Desde mediados del siglo XX, las demandas a la profesión tomaron un giro, ya que las instituciones tendieron a nuevas modalidades de categorización de personas y situaciones de la vida social. El Trabajo Social no quedó ajeno y se le exigieron nuevos requerimientos socio- técnicos, comenzando así su *tecnificación*, ampliando su esfera de intervención a grupos y comunidades. Se dejaron atrás las medidas paliativas por la transformación social, se pasó de la universalización a la focalización y de la integración a la inserción (Ortega, 2011).

Si en el período anterior las causas de los problemas se atribuían a medios exógenos, ahora se considerarían endógenos. El giro fue claramente individualista, ya que hizo responsable a los individuos y a las familias de los problemas y de la forma en que lo solucionan. Los discursos de los profesionales comienzan a dirigirse hacia ellos, a la forma en que llevan sus estilos de vida y sus hábitos cotidianos (Ortega, 2011). En esta misma línea el Trabajo Social comenzó a clasificar a los sujetos en pobres *merecedores/meritorios* y *no merecedores/no meritorios* de la ayuda social, demandándosele a la profesión “que las personas interactuasen con las clasificaciones” (2011: 199), es decir, que entrasen en una clasificación institucional para recibir ayuda o no.

El ser *bueno/malo o virtuoso/culpable* “se trata de una forma de clasificación que, fundamentalmente, la Iglesia Católica desplegó para calibrar las ayudas a los pobres desde el siglo XIX y que tuvieron influencia en todas las modalidades de intervención social que se implementaron posteriormente” (Ortega, 2011: 201).

Con esta nueva visión que presenta el Estado de los problemas sociales, se demandará al Trabajo Social que tenga carácter educativo, que ayude a tomar las mejores decisiones y estilos de vida a los individuos, sino también, a grupos o comunidades considerados anormales (Ortega, 2011). Las demandas institucionales colocadas a la profesión harán hincapié en la instalación del riesgo como dispositivo asociado a la idea de incertidumbre respecto de si un factor puede en el futuro ser o no ser patológico. “La codificación de determinados valores como normales y otros como anormales, permite clasificar a las personas e influir en sus comportamientos, con tendencia hacia la normalización” (Ortega,

2011:48). Se le exigirá al profesional cada vez más que diagnostique, clasifique, distinga, ordene y codifique más y mejor para que los registros sirvan de puntos de comparación.

La necesidad de registrar también fue sentida por el Trabajo Social:

en una necesidad más imperiosa de registrar; se elaboran, en todos los campos laborales, diferentes tipos de fichas, historias sociales, etcétera que permiten ampliar y diversificar las incipientes bases de datos individuales y poblacionales. Cabe destacar que esas historias muchas veces permitían acompañar las trayectorias de los individuos y las familiar, y evaluar los éxitos o fracasos de sus desempeños (Ortega, 2011: 203).

Estas técnicas son pensadas en términos socio-sanitarios, y a nivel poblacional son pensadas en programas e instituciones, que hemos analizado con Foucault, quien denomina que estas corresponden a estrategias biopolíticas ejercidas sobre la población. El hecho de que entre 1934 y 1938 el aborto estuviese despenalizado obedece a estrategias biopolíticas como forma de regulación de la natalidad.

En los programas e instituciones el Trabajador Social es convocado para clasificar, controlar y vigilar. Un agente que se fue transformando a lo largo del siglo XX, donde fue convocado para difundir el higienismo, para promover conductas preventivistas y como agente educador que *ayuda a tomar las mejores decisiones*, haciendo responsable a los individuos primero por su situación de salud, luego por sus acciones y por último, por sus elecciones de vida.

En este capítulo se intentó trabajar las estrategias biopolíticas del Estado, quien introdujo una serie de controles sobre la población y la sexualidad. Luego se observó como esos controles fueron tomados y puestos en escena por el Estado uruguayo, descubriendo las demandas que le fueron impuestas al Trabajo Social ligadas a la medicalización de la vida social. Esto nos permite visualizar la IVE como una estrategia biopolítica pero también medicalizadora ya que no solo regula la reproducción, la administra, la gestiona y registra, sino también gestiona las formas de entender un embarazo, de llevarlo a cabo o no, su planificación, la cantidad de hijos a tener, interpela la forma de pensarse como mujer, profesional, madre, ama de casa, ciudadano, etc.

Capítulo II

Antecedentes de la IVE: su legalización

En este capítulo el lector encontrará una breve reseña histórica desde 1938 a 2012, a grandes rasgos se presenta el transcurso periódico de los principales acontecimientos entre la Ley 9.763 y la 18.987. Se podrá visualizar el camino hacia la aprobación de la despenalización del aborto en el siglo XXI y cómo los movimientos feministas tuvieron gran incidencia, poniendo en discusión temas como la salud y la reproducción.

En nuestro país, el 28 de enero de 1938 entra en vigencia la Ley 9.763²⁰, la que establecía explícitamente como delito el hecho de practicar, inducir o colaborar en un acto que tuviese incidencias abortivas sobre la mujer (Ley 9763, 1938).

Fuentes de la época evidencian que dichas prácticas igualmente se ejercían, en 1933 el Dr. Turenne afirmaba que había dos abortos cada cien partos; mientras que para 1978 el Dr. Emilio Thévenet anunciaba que los abortos practicados oscilaban entre los 100 mil y los 150 mil anualmente (Abracinskas y López, 2007).

Según Johnson et al (2011) cuando se criminalizó el aborto se tuvo como principal objetivo juzgar y culpabilizar, una doble moral en la que se estigmatiza a la mujer, donde se promueven prácticas clandestinas que atentan contra la salud, bienestar e integridad de las mujeres.

Los primeros desafíos

En 1960 se puede observar que en Latinoamérica comienzan a emerger los primeros movimientos feministas, en reclamo de derechos y en oposición a prácticas dominantes en la que: “la mayoría impone su ley a la minoría o la persigue” (De Beauvoir, 2011:5). En este sentido, desde la perspectiva de los Derechos Humanos²¹ se exige la igualdad entre los seres humanos.

Se entiende por derechos humanos a las:

²⁰ Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1917362.htm> [Acceso 11/08/2017].

²¹ Los Derechos Humanos fueron declarados 10 de diciembre de 1948 en París, Francia. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Condiciones que tiene toda persona, sin distinción de edad, sexo, raza, nacionalidad, clases social o forma de pensar. Estas condiciones son necesarias para que la persona se desarrolle plenamente en todos los campos de su vida, sin interferencias de las autoridades de gobierno, ni de otros ciudadanos, y nos permiten vivir en igualdad, libertad y dignidad con otras personas (IIDH; 2002:11).

Los Derechos revisten determinadas características como la universalidad, es decir, son iguales para todos; tanto para hombres como para mujeres sin importar su edad, raza o religión. Son irrenunciables ya que pertenece a cada persona desde el momento en que nacen. Son integrales, inviolables e indivisibles; revisten unidad, es decir, no se los puede dividir. Y son exigibles jurídicamente ante los Estados. Cuando hablamos de los Derechos Humanos se debe de pensar en ellos en términos de pluralismo y tolerancia (IIDH; 2002).

Si bien se proyecta la igualdad, es menester comprender que la mujer aparecía como ese “otro” llena de limitaciones y subordinada, es decir, era considerada como el negativo del ser hombre. Puesto en evidencia esto, comienza la lucha por negarse a ser ese “otro”, esa alteridad que refleja lo femenino (De Beauvoir ,2011).

Años más tarde, en 1979²² se celebra la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, donde se establecía que todos los seres humanos nacen libres e iguales en derecho y dignidad (ONU, 2010).

Se determina que discriminación contra la mujer:

denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (art.1. p10).

En su artículo 2 consagra el principio de igualdad del hombre y la mujer, adoptar medidas adecuadas legislativas y de otras índoles, tales como protección jurídica, abstención de actos o prácticas de discriminación: “Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer” (ONU, 2010: art. 2, p11), así como adoptar medidas en las esferas política, social, económica y cultural asegurando el pleno desarrollo y libertades (art. 3).

²² Aprobada por la ONU puesta en vigor en 1981.

Los estados partes se comprometen a modificar patrones socioculturales, y cualquier tipo de práctica que esté basada en la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos (art. 5).

En los artículos siguientes, se sigue la misma línea estableciendo compromisos y garantías para eliminar la discriminación hacia las mujeres en las diversas esferas: en lo sociocultural, económico, educacional, político, en el deporte, en lo administrativo, en los derechos entre otras (ONU, 2010).

En estos mismos años se puede observar que América Latina es atravesada por una ola de dictaduras llevando al aplacamiento de los distintos movimientos, específicamente Uruguay es afectado entre los años 1973 y 1985; con la vuelta a la democracia suscitan los distintos movimientos de la época (Yaffé, 2013).

En 1990 se celebra el Quinto Encuentro Feminista en San Bernardo, Argentina²³, donde se establecen diversos ejes temáticos como la construcción de las identidades, el relacionamiento del movimiento feminista con otros ámbitos sociales, se plantean propuestas, perspectivas y estrategias políticas a seguir. Ese mismo día, se declara el 28 de septiembre como el Día del derecho al aborto de las mujeres de América Latina y el Caribe, en reconocimiento a la promulgación de la Ley de vientres libres en Brasil. Con ello se buscaba la movilización por el derecho al aborto en los distintos países y desde entonces la organización MYSU se adhiere a la lucha feminista y celebra el 28 de septiembre como el Día de acción global por el acceso al aborto legal y seguro. Se exige que la mujer tenga acceso a un aborto seguro y de calidad en su atención en los servicios de Salud (MYSU, 2017)²⁴.

Cabe mencionar los hechos ocurridos en 1994, donde se desarrolla la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en la Ciudad de El Cairo, Egipto. En la misma se tiene como principal eje el dar respuesta a las necesidades de los individuos en el marco de los Derechos Humanos.²⁵ Se observa que se incluye en los debates los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) como parte de los Derechos Humanos (DDHH)²⁶.

²³ Véase también: <http://www.13eflac.org/index.php/cosechando-memorias/5-encuentro-san-bernardo-argentina-1990>

²⁴ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/noticia/28-de-septiembre-dia-internacional-por-el-aborto-legal-y-seguro/>

²⁵ Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

²⁶ Convención de 1994. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

Según Abracinskas y López (2007) este hecho regional fue de gran importancia ya que incidió para que se tuviera en cuenta estos temas tanto a nivel internacional como regional. A partir de ahí fueron más reiteradas las denuncias de mortalidad materna y de aborto inseguro producidas en contexto de clandestinidad. Es preciso en este contexto:

Entender la relación entre sexualidad, reproducción y producción como cuestiones que hacen parte de los planos simbólicos y materiales de las relaciones sociales de explotación y dominación, se convierte hoy en una exigencia analítica que trae la politización de las diferentes dimensiones del conflicto social reveladas precisamente por estos movimientos sociales (Ávila *apud* Abracinskas y López, 2007:15).

En busca de una Ley

A nivel nacional, fueron los movimientos feministas los que introdujeron en los debates y en la agenda política temas vinculados con la salud, la sexualidad y la reproducción. Los debates dados entre los años 2001-2004 en torno a la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva permitieron preparar el terreno para la formulación de programas y Leyes (Abracinskas y López, 2007).

El eje central de esas luchas emancipadoras ha sido lograr el derecho a poder decidir en condiciones de libertad y autonomía sobre la vida sexual y la capacidad reproductiva, que históricamente han sido fuente de dominación y control de la vida y el cuerpo de las mujeres (2007:12).

Se considera parte esencial para lograr la libertad y la autonomía otorgar herramientas como educación, información, recursos y servicios, las que producen conductas conscientes y responsables ante imposiciones hegemónicas (2007).

Entre 2002 y 2004 se discute el proyecto de Ley de Salud Reproductiva, donde se da que a lo largo del año 2002 la Cámara de Representantes recibe 25 delegaciones²⁷ de distintos ámbitos. Para noviembre del corriente año pasa a ser analizado y tratado por la Cámara de Diputados, compuesta por 99 bancas, 40 del Frente Amplio, 33 del Partido Colorado, 22 del Partido Nacional y 4 de Nuevo Espacio. La principal polémica referente al proyecto fue que en su contenido se establecía la despenalización del aborto. Los opositores planteaban como argumento que se estaba vulnerando el derecho a la vida y promoviendo el aborto; mientras que los defensores se enfocaban en la distinción entre vida humana y persona humana,

²⁷ De las cuales se encuentran del ámbito académico, área médica, organizaciones no gubernamentales, representantes de instituciones religiosas, etc.

además hacían hincapié en la disminución de las muertes innecesarias de mujeres, las que consideraban que con la legalización serían evitables (Jones, 2007).

Expuestas las distintas posturas se prosigue a la votación, la cual arroja en la sexta sesión de la Cámara de Diputados realizada el 10 de diciembre de 2002, la aprobación del proyecto (47 votos afirmativos contra 40 negativos). La Cámara de Senadores recibió 24 delegaciones en el correr del año 2003, y en la votación se pronunciaron en contra. Fue la votación del 4 de mayo de 2004 la que pronunciaría la “voz final”; la Cámara en pleno rechazó el proyecto de ley (17 votos negativos contra 13 afirmativos) (Jones, 2007).

En 2005, se aprueba el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género,²⁸ en la que se establece la normativa de la salud reproductiva y se especifica que: “el perfil de salud y enfermedad varía en el tiempo y el espacio de acuerdo con el grado de desarrollo económico, social y humano de cada región del mundo” (MSP, 2005: 4). El programa procura crear las condiciones propicias para afirmar y garantizar el acceso a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, promover la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y el acceso a la educación sexual desde temprana edad (2005), siendo este uno de los antecedentes junto a la lucha llevada por los diversos movimientos, para el logro de la aprobación de una ley que contemple el derecho a una sexualidad libre y plena en su ejercicio.

La Ley 18.426²⁹ de Salud Sexual y Reproductiva aprobada en 2008³⁰, establece lineamientos claros para el goce y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud tanto privada como pública, es decir, se universalizan los servicios.

En su artículo N°1 establece: “El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población” (Ley 18.426, 2008).

Además, se establece la creación de espacios propicios para consultas especializadas, acceso a métodos anticonceptivos, garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones. Asegurar el respeto, impulsar y promover la adopción de medidas de promoción y prevención de la salud (Ley 18.426: 2008).

En este sentido Jelin considera que:

²⁸ Disponible en:

http://www.bps.gub.uy/bps/file/8160/1/programa_nacional_de_salud_de_la_mujer_y_genero.pdf

²⁹ Anexo: IV

³⁰ Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1987289.htm>

Una definición amplia de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos implica reconocer el derecho de toda persona a tener una vida sexual sana y satisfactoria, de poner en práctica su capacidad reproductiva y la libertad de decidir las situaciones y condiciones para su ejercicio. La libertad sexual y reproductiva requiere cambios culturales, apoyo institucional y recursos específicos (2005:11).

Estos derechos promueven la posición de la mujer como la principal electora de su cuerpo y vida.

A pesar de las acciones de los sectores más conservadores preocupados por mantener el *statu quo*, desde la restauración de la democracia en 1985 hasta el año 2007 se presentaron seis proyectos de ley a nivel parlamentario para modificar la ya mencionada Ley (Johnson et al; 2011).

Es de significar que los Capítulos II, III y IV de la Ley 18.426 (artículos 7 a 20), profundizaban en la reglamentación para despenalizar el aborto, los que fueron rechazados por el Poder Ejecutivo haciendo uso de las potestades conferidas en la Constitución.

El 14 de noviembre de 2008 el Presidente Tabaré Vázquez hace uso del recurso de veto³¹, en su escrito argüía: “Hay consenso en que el aborto es un mal social que hay que evitar. Sin embargo, en los países en que se ha liberalizado el aborto, éstos han aumentado. [...] Esta ley afecta el orden constitucional” (Vázquez, 2008:69). Por último explicita que:

Es menester atacar las verdaderas causas del aborto en nuestro país y que surgen de nuestra realidad socio-económica. Existe un gran número de mujeres, particularmente de los sectores más carenciados, que soportan la carga del hogar solas. Para ello, hay que rodear a la mujer desamparada de la indispensable protección solidaria, en vez de facilitarle el aborto (2008:71).³²

Banfi et al (2010) señalan como argumentos principales dados para el veto: “la vida humana en su etapa de gestación” y la “idiosincrasia del pueblo uruguayo” (apelando a la solidaridad). Se destaca la importancia del Estado uruguayo para garantizar que las mujeres puedan acceder a un estándar más alto de vida y de salud.

³¹ Se hace uso del texto emitido por el expresidente Tabaré Vázquez acompañada por la voluntad de la Ministra María Julia Muñoz con fecha 14 de noviembre de 2008, publicado en: *El veto del Ejecutivo Uruguayo a la Despenalización del aborto: reconstruyendo sus fundamentos*. Es de significar que consultadas las distintas fuentes proporcionadas no es posible ubicar el texto emitido, dando como resultado que el mismo habría sido eliminado de la Pág. Presidencial. Si es posible encontrar su redacción en el ya mencionado Cuaderno Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf>

³² Anexo: V

Este hecho tuvo una importante trascendencia a nivel nacional como internacional, así lo evidencian los distintos diarios nacionales como internacionales: La Nación³³, El País³⁴, El Observador³⁵, entre otros.

Cabe recordar que, el 11 de agosto de 2008 se aprueba la Ley N° 18.331³⁶ “*Protección de datos personales*”, en ella se establece las normativas para la protección de datos personales que se encuentren en los registros de servicios de salud.

En 2009, declaraciones de José Mujica (candidato a la presidencia por el partido Frente Amplista), declara que no vetaría una ley que despenalice el aborto; lo que llevó a la organización MYSU a realizar la campaña “*hacelo saber*” el tema fue: “Las decisiones sobre tu cuerpo, tu salud y tu vida te pertenecen, son tus derechos hacelos valer”.

Son tus derechos, hacelos valer

En 2010 la Nueva Integración de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) crea el primer mecanismo de cooperación y trabajo en conjunto con otras organizaciones desde una perspectiva integral. El Ministerio de Salud Pública realiza la guía de implementación³⁷; en la misma se establece la caracterización de los servicios, la responsabilidad de las instituciones y una guía orientadora para los Equipos Coordinadores de SSySR (MSP, 2010).

En ese mismo año la Organización de MYSU convoca para la campaña “Aborto Legal 2010. Son tus derechos, hacelos valer” con la insignia “El 1° de marzo me visto de NARANJA”³⁸. También promocionó otras campañas como: “Las decisiones sobre tu cuerpo, tu salud y tu vida te pertenecen. Son tus derechos, hacelos valer”³⁹.

³³ Anexo: VI

³⁴ Anexo: VII

³⁵ Anexo: VIII

³⁶ Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/29>

³⁷ Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20Implementacion%20de%20Servicios%20SSYSR%202010.pdf

³⁸ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/actividad/convocatoria-campana-aborto-legal-2010-son-tus-derechos-hacelos-valer/>

³⁹ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/folleto/las-decisiones-sobre-tu-cuerpo-tu-salud-y-tu-vida-te-pertenecen-son-tus-derechos-hacelos-valer/>

“SON TUS DERECHOS, HACELOS VALER”



Fuente: Afiche de la campaña. MYSU⁴⁰.

En el año 2010 se aprueba la Ley N° 18.719⁴¹ de Presupuesto Nacional para el período 2010-2014, en la que se establece la compra de anticonceptivos. En su artículo 555 establece: “Facúltese al Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" a adquirir preservativos femeninos, masculinos y anticonceptivos y a venderlos a precio de costo a aquellas instituciones prestadoras de salud financiadas por el Fondo Nacional de Salud”.

El 30 de septiembre de 2010 se promulga el decreto N° 293/010⁴² la que reglamenta la Ley N° 18.426 (SSySR). Se establece en sus distintos artículos como propósito mejorar la calidad de vida, para ello el Sistema Nacional Integrado de Salud debe contar con servicios de salud sexual y reproductiva abocados en prevenir y asesorar. También deberán tener un abordaje universal, amigable (de fácil acceso), inclusivo (teniendo en cuenta la diversidad sexual), igualitario, integral (contemplando lo bio-psico-social del ser humano), con equipos de trabajo multidisciplinarios calificados y éticos. Se incorporará la perspectiva de género y la diversidad generacional. Educación, promoción y difusión de los derechos Sexuales y Reproductivos; entre otras acciones.

En 2011 se discute el proyecto de Ley de despenalización del aborto el cual tiene la aprobación de la Cámara de Senadores pasando a la de Diputados. MYSU convoca a realizar la campaña “EL TIEMPO ES AHORA”⁴³ para que los esfuerzos se concentren en la aprobación de la despenalización.

⁴⁰ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/06/HACELOS-VALER-2-20102.pdf>

⁴¹ Ley N° 18.719 Presupuesto Nacional 2010-2014. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6897141.htm>

⁴² Decreto N° 293/010 Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>

⁴³ Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/05/EL-TIEMPO-ES-AHORA.pdf>

Dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos podemos ubicar la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que según la OMS⁴⁴ es aquel procedimiento que se inicia para terminar con un embarazo no deseado. Por tal se habla de embarazo no deseado-no aceptado.

El 22 de octubre de 2012 se aprueba la Ley 18.987 la cual establece como legal la práctica del aborto dentro de las primeras doce semanas de gestación. Como requisitos se le solicita a la mujer concurrir a consulta médica:

a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que has sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso (Ley 18.987, 2012: 1).

En este fragmento se evidencia que la mujer debe justificar por qué razones realizaría tal práctica, primero ante un médico y luego ante el equipo interdisciplinario el cual según la Ley debería estar integrado por un ginecólogo, un psicólogo y un Trabajador Social. Quienes le informaran a la mujer los pasos a seguir, riesgos y alternativas (Ley 18.987).

Procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo

El Ministerio de Salud Pública realiza el “Manual de procedimientos para el manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”, en la que establece los lineamientos a seguir para su ejecución.

Se realizará la primera consulta IVE con un médico de medicina general o ginecólogo en la que la mujer expresa su voluntad de interrumpir el embarazo. Se constata de forma verbal la voluntad de la mujer, si cumple los requisitos establecidos por la Ley y la edad gestacional en la que se encuentra (12^a semanas para situaciones generales y 14^a semana inclusive para situaciones de violación), para ello se verifica mediante ecografía.

En la segunda consulta IVE la mujer se entrevista con el equipo interdisciplinario, en la que recibe asesoramiento por parte de los técnicos. Se establece la fecha para la próxima consulta teniendo en cuenta los cinco días de *reflexión*.

En la tercera consulta, la mujer va con una decisión tomada, es decir, expresa su voluntad final. Si su deseo es continuar con la interrupción ya se realiza el procedimiento técnico IVE, se le explica el procedimiento farmacológico y los síntomas que va a causarle. En caso que su

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) creada en 1948. Disponible en: <http://www.who.int/es/> [Acceso 10/09/2017]

decisión sea continuar con el embarazo, se la asesora para que comience los controles; en caso que desee dar en adopción al recién nacido se le indica los pasos a seguir. En estas instancias se le asegura que contará con total confidencialidad por parte de los profesionales actuantes.

En la cuarta consulta considerada como post IVE, se realiza control con el objetivo de asegurar la eficacia del procedimiento, es decir, de evaluar si hubo efectivamente la vacuidad uterina. Además, se le brinda contención psico-social si lo requiere y se le aconseja los métodos anticonceptivos que podrá utilizar (MSP, 2016a).

En este capítulo se trató el transcurso y los principales acontecimientos desde la Ley 9763, caracterizada por una sociedad rígida que culpabilizaba a la mujer por el aborto, hasta la Ley 18.987 en la que se legaliza la realización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Como principal actor encontramos a los Movimientos Feministas, quienes en 1960 comienzan a alzar las primeras voces en proclama de los derechos por la igualdad y la lucha contra la discriminación. En este sentido, el Quinto Encuentro Feminista resulta revelador, estableciendo el 28 de septiembre como el Día de acción global por el acceso al aborto legal y seguro, exigiendo medidas higiénicas y de calidad para su realización.

A nivel internacional, en 1994 el CIPD incluye los debates de SSyR como parte de los Derechos Humanos. Mientras que en la arena nacional, en 2002 se comienza a discutir la Ley de SSyR, aprobada en 2008; siendo estos derechos promovedores de la mujer electora de su cuerpo y vida. A pesar del Veto Presidencial, frente al intento de incluir el aborto en los Derechos SSyR, los movimientos Feministas no cesaron su lucha. A partir del 2010 se vive una ola de campañas en pro- de conseguir avances, aprobándose la Ley 18.987 (Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo) en octubre de 2012. Se deja establecido los lineamientos a seguir para efectuar el IVE, así como también el Ministerio de Salud Pública realiza el “Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”.

Capítulo III

Trabajo Social e Interrupción Voluntaria del Embarazo

En este capítulo, el lector encontrará las entrevistas realizadas a las informantes calificadas. En el primer apartado se presenta la postura y parte de las acciones realizadas por ADASU⁴⁵ frente a la Ley 18.987 y en el siguiente se presentan las entrevistas realizadas a las profesionales que trabajan en los servicios de salud. Teniendo en cuenta sus relatos se brindará una primera reflexión del ejercicio del Trabajo Social a la luz de la teoría y del funcionamiento de las policlínicas IVE en el Departamento de San José.

Desde la normativa vigente se establecen los lineamientos a seguir para la efectiva Interrupción del Embarazo, dentro de las doce semanas de gestación y catorce semanas para las situaciones excepcionales, las cuales fueron referenciadas en páginas anteriores.

Se realizaron tres entrevistas a Trabajadoras Sociales, la primera a una ex integrante de la directiva de ADASU (Entrevistada 1), la segunda a la profesional de ASSE (Entrevistada 2) y la tercera a la de AMSJ (entrevistada 3), quienes se desempeñan en IVE⁴⁶.

Las acciones de ADASU

Frente a un tema que estaba siendo ampliamente discutido el 19 de diciembre de 2011 el Lic. Rodolfo Martínez, Presidente de la Comisión Directiva de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU), emitió un comunicado vía correo electrónico a sus socios. En la misma se expresaba la solicitud de la “Coordinadora por el Aborto Legal” a ADASU, quien solicitaba el acompañamiento activamente ante la propuesta de Ley que se estaba discutiendo en el Parlamento, a través del envío de una carta en el que se le pide a los legisladores la rápida tramitación del proyecto de Ley. Si bien ADASU accede al apoyo y envía dicha carta no se proclama ni a favor ni en contra, así queda expresado en el correo enviado:

⁴⁵ Se utiliza el término “parte” ya que hay información que no se pudo rastrear ni recuperar por encontrarse extraviada según lo aportado por la Asociación.

⁴⁶ En este documento se hablara de Salud Privada y Pública a los efectos de hacer referencia al área de IVE de los respectivos centros.

resolvimos apoyar y difundir esta solicitud, entendiendo que el apoyo y la difusión no significan una toma de posición favorable sobre el fondo del asunto, sino que reclamamos que un tema de tanta sensibilidad social pueda ser efectivamente tratado y resuelto en el ámbito de mayor participación que nuestra sociedad tiene; por la razón anterior, y profundamente convencidos de estar respetando la diversidad de posiciones que nuestro colectivo de socias/os tiene es que les solicitamos acompañar con una carta enviada a los/as legisladores/as este pedido.

Según relata la entrevistada 1 luego de la aprobación de la Ley IVE, ADASU como colectivo comenzó a cuestionarse cómo iban a plantarse y qué postura tomar. Frente a esta situación y teniendo presente que es un colectivo amplio que cuenta con socios de diversas edades, generaciones, departamentos, creencias y principalmente diferentes posturas; se decidió no tomar postura a favor ni en contra, quedando en lo personal e individual de cada uno.

Justamente vimos que eso no era lo mejor (...) éramos un reflejo también de lo que es el colectivo, habían distintas posturas, distintas opciones filosóficas... en realidad lo nuestro no era tomar partido, eso quedaba para la parte individual (Entrevistada 1).

Continúa relatando que uno de los días en los que se debatía la postura a tomar, una de las compañeras que se mantenía en contacto con la asociación sugirió realizar una declaración en apoyo a la Ley, como también se recibieron opiniones en contra:

Empezamos a recibir otros mails del interior... recuerdo uno de Salto en particular, donde las colegas de Salto como que exigían, más que exigir era un planteo de que nos pronunciáramos en contra de la Ley (Entrevistada 1).

Según la ex dirigente a partir de estas manifestaciones quedaba en evidencia que ADASU no podía manifestarse ni a favor ni en contra de la Ley, ya que el colectivo tenía diferentes posturas que se encontraban en los extremos. En el año 2012 se realizó la primera jornada de reflexión:

Lo que sí decidimos hacer es promover toda la reflexión posible que nos ayudara a todos a trabajar en el marco de la nueva Ley, entonces hicimos una convocatoria a todas las colegas que estuvieran trabajando tanto a nivel público como privado (...) Se hicieron entre tres y cuatro jornadas con una muy buena concurrencia (Entrevistada 1).

La entrevistada hace especial énfasis en la forma en que se trató el tema en las jornadas, se entendía que no era necesario ni relevante pronunciar posturas individuales “nadie dijo yo estoy en contra o a favor”, el tema en discusión era cómo se iba a trabajar como profesionales, cuál iba a ser la intervención, el rol profesional y cómo asumir este rol. “En definitiva era dar cumplimiento a una Ley que estaba aprobada” (Entrevistada 1).

De las jornadas reflexivas realizadas surgen como resumen las siguientes líneas:

1) Reclamar esta función en forma específica para el Trabajo Social, dado que en el decreto se amplía a educadores sociales y sociólogos. 2) Establecer negociaciones para garantizar condiciones de trabajo adecuadas y no la sumatoria indiscriminada de tareas. 3) Generar ámbitos de reflexión y formación en ADASU sobre la aplicación de la ley y nuestro rol en ella. 4) Monitorear los procesos institucionales en cuanto a la organización del servicio. 5) Se plantea la necesidad de establecer coordinaciones con los otros colectivos profesionales involucrados⁴⁷.

Según expresa la entrevistada, estas líneas se continuaron trabajando desde ADASU y frente a la Ley IVE la Asociación consideró pertinente que los/as profesionales que ejercieran sus prácticas en los servicios de salud tuvieran una postura ética, de acompañamiento a la mujer y de no cuestionamiento.

¿Nuestro rol cuál es? Acompañar! desde el equipo que nos toque integrar, acompañar a las mujeres que se presenten a hacer la opción [de interrumpir un embarazo]... y nos planteamos desde el *vamos*, que en ningún momento íbamos a intervenir ni a favor ni en contra de la opción que la persona traía, sino que acompañar lo que la persona fuera a manifestar, (...) al proceso que iban a hacer (Entrevistada 1).

En este sentido la ex dirigente rememora que en la jornada una de las compañeras dijo:

Escuchar, escucha total a la persona que viene a plantear que se va a amparar en esa ley y que va a efectuar la interrupción del embarazo; y lo que yo piense no tiene absolutamente nada que ver con esa instancia en que estoy formando parte de un equipo para dar cumplimiento a una ley. Así me acuerdo cómo lo dijo, y las demás estábamos todas de acuerdo en eso (Entrevistada 1).

Otro de los aspectos tratados en las jornadas fue la falta de recursos, ya que media a la hora de plantearle a la mujer alternativas, cuando manifiesta no estar segura de la interrupción por no tener medios económicos para sustentar la crianza y los cuidados que se le tienen que dar a un niño.

En suma, la postura de la Asociación fue neutral haciendo especial énfasis en el rol profesional.

Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en San José

A continuación se presentan las dos entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales que se desempeñan en IVE.

Ambas entrevistadas consideran que en sus respectivos lugares de trabajo la Interrupción se logra sin inconvenientes y conforme la Ley. Respecto a su forma de funcionar la

⁴⁷ Mail emitido por ADASU a sus socios. Fecha: 25 de marzo de 2013.

profesional del servicio público no expresa qué días se encuentra la policlínica abierta, pero si dice que los días viernes se encuentran (ella y la psicóloga) para eventuales consultas que puedan surgir. En tanto la profesional de Salud Privada especifica que:

Yo trabajo en una Institución médica privada, (...) tenemos dos policlínicas semanales repartidas, funcionan los días lunes y jueves; como para manejarnos un poco la disponibilidad y que tengan como a lo largo de la semana dos instancias como para que las mujeres puedan elegir y que sea próxima la consulta (Entrevistada 3).

Las cuatro consultas

El Manual de procedimiento IVE⁴⁸ establece como pauta general cuatro consultas, en la primera: la mujer expresa la voluntad de Interrumpir la gestación, se podrá consultar cualquier médico sin importar su especialidad. El médico evalúa los requisitos básicos, solicita la ecografía ginecológica y la clasificación de grupo sanguíneo (MSP, 2016a).

Viene a la primera consulta con ginecólogo y el ginecólogo le manda las rutinas, el grupo sanguíneo y la ecografía, para ver de cuántas semanas está (Entrevistada 2).

Sin embargo, en el servicio privado (AMSJ) se han dado otras situaciones:

La primera consulta, ahí es como que puede fluctuar, porque de repente a nosotros nos llegan mujeres que nos vienen a consultar por primera vez (...) y hacemos primera consulta. O nos llegan cuando ya la mujer consultó, porque quizás se acercó al ginecólogo de guardia, al ginecólogo de confianza y viene con la primera consulta ya hecha. (Entrevistada 3)

En las distintas Policlínicas la primera consulta es la que desencadena el proceso de interrupción. Donde se le solicita al personal de salud una actitud de profesionalismo y de respeto ante las usuarias.

debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, así como visiones filosóficas personales, debiendo actuar e informar a la mujer que proceda a interrumpir un embarazo de acuerdo a la evidencia científica disponible, con profesionalismo, calidad técnica y humana, cumpliendo con el deber de respetar la autonomía de la voluntad de la mujer, así como su libre ejercicio (MSP, 2016a: 11-12).

Al salir de esta primera consulta, la mujer será enviada el mismo día o el siguiente con el equipo interdisciplinario, munida del formulario IVE (2016a).

⁴⁸ Anexo: IX. Manual de Procedimiento para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20I%20VE%20corregida%202016.pdf

En la Segunda consulta, la mujer se entrevista con el equipo interdisciplinario, el cual deberá estar integrado por un Ginecólogo, un Psicólogo y un Trabajador Social quienes tienen el cometido de asesorarla y programar la tercer consulta (Ley 18.987, 2012).

La primera, la segunda y la tercera (...) funcionamos todo el equipo multidisciplinario, funciona el ginecólogo, la psicóloga y la trabajadora social, en forma conjunta. Trabajamos los tres juntos, al mismo tiempo (...) siempre hemos mantenido nuestra forma de trabajo (Entrevistada 3).

El Manual IVE estipula que en esta consulta las tres especialidades deben actuar en forma simultánea, solo de manera excepcional, de no poder concurrir uno de los tres, se podrá realizar a través de un medio audiovisual (MSP, 2016a).

El caso de ASSE difiere de lo establecido en la Ley, y de la forma en que se trabaja en la Salud Privada (AMSJ). En la segunda consulta la usuaria tendrá la entrevista con la Psicóloga y la Trabajadora Social, no encontrándose el ginecólogo.

lo ideal sería, el tema de poder hacer la segunda consulta, entrevista, en conjunto con la psicóloga y con el ginecólogo, por una cuestión de tiempos del otro profesional y de lo respecta a él cómo funciona, que no sólo tiene éste trabajo., a veces se hace imposible juntarnos los tres. Entonces... sí coincidimos, yo coincido con la psicóloga (...) No sólo pasa acá, nosotros tuvimos un encuentro de IVE con otros centros asistenciales en el que a veces el ginecólogo no está presente, o que también, por cuestiones de funcionamiento a veces, es como imposible, pero bueno, lo ideal sería que estuvieran las tres disciplinas pero a veces eso no se logra (Entrevistada 2).

En ambas entrevistas las profesionales aseguran no ser “jueces” ni tener esa postura frente a las usuarias. En ASSE se indaga en los motivos que han llevado a la mujer a tomar la decisión de interrumpir:

En la segunda entrevista, nosotros siempre le aclaramos a la mujer que no somos juez y no somos quién para decir si su decisión está bien o está mal, pero sí conocer los motivos que llevan a la mujer a tomar esa decisión de interrumpir un embarazo y asesorarla y orientarla. Ese es el objetivo de nuestra entrevista y la intervención del Trabajo Social y psicología en conjunto (Entrevistada 2).

Sin embargo, en ASMJ no se consultan los motivos, especificando que:

A la mujer no se le consultan los motivos, no se le consulta. Nosotras no se lo preguntamos. En realidad, de entrada le decimos que este no es un espacio donde ellas tengan que justificar (...), este es un espacio abierto, donde [el proceso de] la mujer en realidad es interno. Nosotros estamos para acompañar, para ayudar, para orientar, pero en función de su decisión. Que en ese caso puede ser interrumpir el embarazo o no, porque viste... la segunda consulta es justamente eso, de la orientación y asesoramiento. Entonces en realidad se le brinda toda la información y si la mujer después viene y nos dice no quiero interrumpir el embarazo se la orienta para que comience los controles, o quiere interrumpir el embarazo se continúa con el procedimiento (Entrevistada 3).

Al finalizar la segunda consulta, se establece la fecha del tercer IVE teniendo en cuenta que la Ley prevé un período de cinco días de reflexión. Se le hace entrega a la mujer de la Constancia de Asesoramiento Integral y del Consentimiento Informado.⁴⁹ En referencia a los cinco días de reflexión, ambas entrevistadas aseguran que los plazos establecidos se cumplen estrictamente. Y coinciden en que, en la tercera consulta, la mujer llega al consultorio con una decisión, con la expresión final de su voluntad; en caso de continuar con el embarazo se le guía en el procedimiento a seguir.

Según la entrevistada 3 en AMSJ en el caso de continuar con la interrupción se solicita los formularios entregados y se prosigue a darle las indicaciones técnicas para la interrupción, teniendo en cuenta que es un proceso ambulatorio; es de significar en esta instancia encontramos a los tres profesionales trabajando en conjunto.

Sin embargo en ASSE la tercera consulta se realiza solamente con el ginecólogo:

Después de ese periodo de reflexión tiene una próxima consulta con ginecólogo, donde se le da la medicación, y después tiene la otra próxima consulta donde se le hace una ecografía para saber si la interrupción se dio en forma normal y que esté todo bien a nivel del organismo (Entrevistada 2).

Cuando la entrevistada de ASSE refiere a: “la otra próxima consulta”, esta consulta sería solamente con el ginecólogo a los efectos de ver que la interrupción se logre con éxito. Y la cuarta consulta IVE en ASSE se realiza con la Trabajadora Social y la Psicóloga, quienes asesoran a la mujer.

La última consulta es tan fundamental porque es la elección de un método anticonceptivo. (...) puede ser el implante, el DIU, o el inyectable, las pastillas (...) esa consulta, es fundamental para que la mujer pueda tener su sexualidad, ejercer su sexualidad en forma plena y libre, pero si con la protección necesaria también, por eso nosotros insistimos mucho en la elección de la mujer de un uso, de un método anticonceptivo (Entrevistada 2).

En la AMSJ en la cuarta consulta, se encuentran reunidas las tres especialidades donde:

ahí el médico la revisa y ve si está todo bien, se habla sobre los métodos anticonceptivos, se le pregunta si ya pensó qué métodos anticonceptivos usar, se le nombra los que la institución brinda, y se le informa cómo funciona cada uno (...) si la mujer prefiere el DIU, ya se le coordina para la policlínica de colocación de DIU (...) Con los anticonceptivos orales lo mismo, se le realiza la repetición automática para que pueda venir a retirarlos (Entrevistada 3).

⁴⁹ Anexo: X

¿Cuál es el principal obstáculo que presenta la Interrupción Voluntaria del Embarazo?

La profesional que trabaja en AMSJ no visualiza posibles obstáculos a la hora de la realización de la IVE argumentando que: “para mi la Ley está clarísima” (Entrevistada 3).

Mientras que la profesional de ASSE también considera lo mismo: “No, generalmente nosotros no vemos que existan obstáculos” (Entrevistada 2).

Demanda al Trabajo Social, razones y motivos de la Interrupción

Las necesidades sociales son presentadas ante el Trabajo Social como demandas individuales, con esto se quiere decir que en la IVE las luchas de los movimientos feministas en pro de la legalización del aborto daban curso a las necesidades individuales, y por tanto, a las necesidades legítimas de una sociedad (Rozas, 1998).

las necesidades sociales están referidas a las necesidades de la sociedad en su conjunto, se las puede definir como el estado de un individuo o una sociedad en relación a los medios necesarios para su existencia y desarrollo (...) no son simples demandas individuales, (...) para la satisfacción de las mismas, involucra a toda la sociedad y, fundamentalmente, a aquellos que tienen la responsabilidad política de orientar los cambios en la sociedad (29).

Por otro lado encontramos las necesidades sentidas, son aquellas que el grupo afectado distingue como carencias. Es preciso desde nuestra profesión comprender, interpretar y analizar, qué significado le otorgan los sujetos, el sentido, la orientación, cómo lo viven y cómo piensan sus posibles soluciones y/o alternativas a seguir. Según la autora estas demandas son el puntapié hacia un proceso metodológico de intervención (1998).

Las usuarias de IVE se presentan ante los equipos, ante el Trabajador Social, con una necesidad, interrumpir el embarazo. Esta necesidad es presentada ante el Trabajo Social como demandas para las cuales el profesional elabora respuestas haciendo uso de los recursos que presenta la institución; *la legalidad del aborto* como derecho de los sujetos.

En este sentido, el Trabajador Social intercede en lo micro social, es decir, intervendrá sobre la vida cotidiana de los sujetos. La vida cotidiana se nos presenta como un espacio privilegiado para nuestra profesión, no solo por la cercanía que permite frente a los sujetos y

sus demandas sino también “porque en ella se encuentran los aspectos más significativos para comprender la metamorfosis de lo social” (Rozas, 1998: 36).

Rozas entiende la vida cotidiana como:

la relación de cercanía con el usuario en la que se intentaba comprender su mundo cultural, sus formas de vida. Ello a fin de orientar la intervención profesional como una forma de educación social para la integración de individuos, grupos y comunidades a la sociedad establecida (35).

Los motivos que las usuarias de los servicios IVE explicitan del porqué se realizan un aborto nos acercan a poder comprender su vida cotidiana, su forma de vivir y de sentir un embarazo no deseado/ no planificado.

...motivos hay montones, en sí montones. Yo creo que también, una parte que pesa, que es sumamente importante, que uno lo ven todos los casos, es la parte económica. El tema de no tener un trabajo estable, de a veces vivir con varios familiares en la vivienda y que se le complica para poder criar un bebé; el no tener los medios económicos... otras posibilidades de sustentarse es lo que lleva a muchas veces tomar la decisión de interrumpir y que a veces también otro de los motivos que hemos visto en las entrevistas, que no es una pareja estable. A veces son relaciones ocasionales en el cual la mujer queda sola y el hombre no se hace cargo (...) esas situaciones las llevan a tomar una decisión. Sola, sin trabajo, no tener los medios económicos y tampoco una figura paterna que pueda responsabilizarse de los cuidados en cuanto a la alimentación, a los cuidados mínimos que un bebé necesita y ayuda económica para la mujer. Es lo que en la mayoría de los casos vemos que llevan a tomar esa decisión de interrumpir (Entrevistada 2).

Si bien en la policlínica privada no se consulta sobre los motivos, las usuarias tienden a decirlo:

como equipo no ahondamos en los motivos personales, (...) si muchas veces pasa que... ta que se abren como otros espacios más para conversar, para dialogar... son embarazos como no planificados, no esperados, que están en edad de.... muchas veces nos pasa que son mujeres como grandes (Entrevistada 3).

En suma, la Ley 18.987 le abre las puertas como sujetos de derechos a las mujeres a decidir sobre su sexualidad, según Sapriza “Ese derecho al cuerpo será para las mujeres, cada vez más, las posibilidad de decidir el número de hijos a tener” (1996:116).

¿Primera vez?

En el transcurso de la vida cotidiana, las usuarias han llevado a cursar embarazos no deseados, muchas veces no suele ser la primera vez que utilizan la interrupción; convirtiéndose en algunos casos (esporádicos) en un método de utilización “regular”.

Sí, sucede que hemos tenido casos de mujeres que sí. Que por ejemplo con la psicóloga y conmigo sería la segunda consulta. O te cuentan, “ahhh yo en tal año vine también a realizarme un ive”, sí hemos tenido. Capaz no es la mayoría, pero si hemos tenido casos de mujeres que han reincidento digamos, que han vuelto a realizarse un IVE, sí. (...) Nosotros con la psicóloga hacemos hincapié en eso! Bueno... si en tal año realizaste un IVE, tú ya sabes el procedimiento, sabes que esto no es un método anticonceptivo. Reforzar lo que es la anticoncepción, el tema del cuidado para la mujer, eso es fundamental (Entrevistada 2).

Según Sapriza en 1934-1938 el aborto se encontraba despenalizado siendo la principal forma de regular los nacimientos (1996). Hoy en día, siglo XXI, la Entrevistada 2 revela que “Hay mujeres que se toman esto como un método más [...] siempre le aclaramos a la mujer que la interrupción no es un método anticonceptivo”.

En la despenalización de la tercera década del siglo XX, Sapriza atribuía como posible explicación la eugenesia, quien tenía dos grandes objetivos: “la lucha contras las enfermedades de transmisión sexual y la necesidad de limitar la maternidad inconsciente” (1996: 175).

Frente al uso regular de los servicios IVE la Trabajadora Social de AMSJ argumenta que:

Sí, nos pasa que re-consultan, que tengan varias consultas IVE, que tengan varias interrupciones. Son casos esporádicos pero hay. (...) Ahí nosotros tratamos de que... la cuarta consulta, es re importante, y hay veces que como que la mujer terminó el proceso, se realizó el aborto, y ya está, no vuelve. Dicen: “¿a que voy a volver?” La Ley no habla de... qué pasa con esa mujer, no pone un tope de la cantidad de IVE que se pueda realizar (Entrevistada 3).

Podemos comparar desde la óptica de Foucault (1998) cómo el aborto era una técnica del biopoder sobre la población, donde el Estado controlaba la sexualidad, las tasas de natalidad, de mortalidad, salud-enfermedad y para limitar como decía Sapriza (2001) “la maternidad inconsciente”.

La conducta sexual de la población es tomada como objeto de análisis y, a la vez, blanco de intervención; se va (...) a tentativas de regulación más finas y mejor calculadas, que oscilarán, según los objetivos y las urgencias, hacia una dirección natalista o antinatalista. A través de la economía política de la población se forma toda una red de observaciones sobre el sexo. Nace el análisis de las conductas sexuales, de sus determinaciones y efectos, en el límite entre lo biológico y lo económico. También aparecen esas campañas sistemáticas que, (...) tratan de convertir el comportamiento sexual de las parejas en una conducta económica y política concentrada (Foucault, 1998:18).

¿Sobre qué se interviene en Trabajo Social?

A través de la reproducción de la vida cotidiana y del saber cotidiano se interiorizan y exteriorizan las estructuras, la experiencia y la historia personal y colectiva de los sujetos. El Trabajo Social encuentra estos espacios como campo enriquecido para el aprendizaje y lectura de la realidad. “El Trabajo Social puede incidir desde su acción en la vida cotidiana, introduciendo una reflexión crítica de esta supuesta normalidad de reproducción de relaciones sociales alienadas y enajenadas” (Rozas, 1998: 55).

El objeto de intervención del Trabajo Social es construido a partir de la vida cotidiana, de ese saber cotidiano explicitado a través de múltiples necesidades y carencias. Este objeto a través de una mirada metodológica debe orientar el accionar del profesional (1998).

En este sentido se nos advierte que nuestras prácticas, como Trabajadores Sociales, están atravesadas por el contexto macrosocial e institucional. Asistimos a la era del neoliberalismo, donde se conjugan distintos procesos económicos, sociales, políticos y culturales; como el desempleo de larga duración, polifuncionalidad en el trabajo, flexibilización, desafiliación, protección social responsabilizando a los individuos y sus familias, entre otras. Las políticas sociales atienden las situaciones límites, convirtiéndose en políticas focalizadas; estos aspectos conforman y atraviesan el ejercicio del Trabajo Social (Claramunt, 2009).

La autora reconoce que el ejercicio de la profesión se encuentra transversalizado por las dimensiones del Trabajo Social: Dimensión investigativa, asistencial, socioeducativa y ético política (2009).

A continuación se intentará visualizar cada una de las dimensiones cotejando con las entrevistas recabadas.

Dimensión asistencial

La dimensión asistencial refiere al accionar del profesional como mediador entre las políticas y los destinatarios. Esto implica primero, reconocer los recursos públicos, privados así como también de otras organizaciones. Segundo, caracterización de cada uno de ellos teniendo en cuenta la población a la cual están dirigidos, los requisitos de acceso, los servicios que otorgan, en qué momento y cuál es la duración. Tercero, compararlos con las necesidades de los sujetos. Por último, teniendo presente lo anterior, orientar a las personas hacia los

distintos recursos. Estas acciones requieren la constante reflexión y crítica para no caer en el asistencialismo. “El asistencialismo se caracteriza sobre todo por el desarrollo de acciones asistenciales que no se basan en el reconocimiento de los derechos sociales de sus usuarios, sino en el paternalismo y en el clientelismo” (Claramunt, 2009: 95).

La Trabajadora Social del área pública, destaca como fundamental la escucha, la empatía, “el ponerse en el lugar del otro”, y el poder orientar y asesorar a la mujer respecto a los recursos disponibles:

Nuestro rol más bien es... escuchar a la mujer en primer lugar, creo que uno como profesional de la salud y en nuestro rol es necesario esa escucha y esa empatía, también ponerse en el lugar del otro, escuchar a la mujer los motivos que llevan a tomar esa decisión de interrumpir; y de poder orientar y asesorar en esto de que la mujer si quiere continuar con el embarazo hacerle saber que hay recursos comunitarios, hay políticas sociales, hay beneficios que pueden acceder, que eso es fundamental que la mujer lo sepa también que si su decisión es continuar con el embarazo, siempre se trata de que la mujer se informe, de que salga informada (Entrevistada 2).

“Esta facilitación del acceso a recursos y servicios se halla asociada a la habilitación de los derechos de los beneficiarios de los mismos en su calidad de ciudadanos” (Claramunt, 2009: 96).

Por su parte, la Trabajadora Social de AMSJ también se enfoca en la escucha, en la empatía, en el acompañamiento, en presentar un abanico de posibilidades, de asesorar a la mujer y en explicar los recursos con los que se cuenta:

Nuestro rol es como en la parte del asesoramiento, es poder como contarles a las mujeres con qué redes de apoyo, con qué políticas públicas de cuidado cuenta para... o por si ella... y sobre todo en la segunda consulta... Entonces en realidad un poco la idea de nuestro rol es como poder explicar, muchas veces viste que, el lenguaje más médico como que a veces no se entiende, como esto de poder acercarnos un poco más de la empatía, de la comunicación más asertiva, como más de nuestro rol, esto de contarles en que consiste la Ley, cómo es el procedimiento, que el método es ambulatorio, y también asesorarla. Darle la información de cuáles son las políticas públicas (Entrevistada 3).

Ambas entrevistadas consideran primordial *la escucha*:

Desde el Trabajo Social podemos actuar apuntando al mejoramiento de la calidad de los servicios y programas sociales, humanizando su acceso, a partir de la consideración de los usuarios como personas y sujetos de derechos y no como un número o un expediente. Esto nos lleva además a considerar “la voz” de los sujetos, a propiciar su fortalecimiento y la escucha atenta hacia los beneficiarios (...) Todo ello implica procesos de desburocratización de las relaciones entre prestadores de servicios sociales y los sujetos que los “reciben” (Claramunt, 2009: 96).

Es preciso mencionar que la Trabajadora Social de la Salud Privada le manifiesta a la usuaria (dentro del abanico de posibilidades), la alternativa de adopción. Argumenta que presenta la alternativa, pero con mucha delicadeza; “la información se trata de manejar como desde la neutralidad, de no ponerle una carga a nada de lo que estamos diciendo, simplemente estamos dando información” (Entrevistada 3). Sin embargo, en la entrevista a la Trabajadora Social de ASSE no surge éste tema, esto no quiere decir que no se le plantee a la usuaria, sino que no lo especificó en el momento de la entrevista.

Otro aspecto central que surge es el rol del Trabajador Social como organizador de las políticas sociales, presentando y coordinando con otros servicios y/o programas (Claramunt, 2009).

La Trabajadora Social de AMSJ coordina con otros servicios:

Si son mujeres que nos dicen que han estado esperando la esterilización y que... (Viste que hay una demora, que hay una lista de espera), entonces ahí tratamos como de acelerar ese proceso, intentamos de adelantar la lista de espera (Entrevistada 3).

Ambas entrevistadas manifiestan que en cada entrevista IVE se deja registro en la historia clínica del proceso.

El rol de las profesiones esta sumamente inmiscuido con la dimensión asistencial, presentan una clara tendencia a la escucha, quedando en evidencia en los relatos. Además, tienen carácter de mediadoras entre las políticas y los destinatarios, toman en consideración la población con la que trabajan y los requisitos de acceso, para brindar asesoramiento y orientación a las usuarias.

Una de las diferencias en la forma de trabajar de las Trabajadoras Sociales es que, en el caso de que la mujer no asista a las entrevista (2da consulta IVE), en ASSE la profesional llama a la usuaria para conocer los motivos y hacer seguimiento, mientras que en AMSJ no se hace.

Hay usuarias por ejemplo que (...) se le hace la ecografía, el grupo sanguíneo y el ginecólogo después la deriva a la consulta con asistente social y psicólogo, ya ahí desiste. Se le da la fecha, tal día y tal hora y no viene. (...) al no venir, siempre se llama a la mujer para conocer los motivos de porqué faltó. (...) Por lo menos desde acá nos manejamos de esa manera (Entrevistada 2).

Sin embargo en AMSJ, “no se la llama porque es un espacio voluntario” (Entrevistada 3).

Dimensión socioeducativa

En ambas profesionales se destaca la dimensión socioeducativa. Esta dimensión consiste en todos aquellos procesos en los que se estimulan procesos de movilización, desarrollando acciones con el objetivo de incidir y transformar las subjetividades, las formas de pensar, los modos de vida y de actuar de los sujetos. “Acciones socioeducativas que implican un desarrollo de procesos de aprendizaje y cambio en las condiciones materiales y simbólicas de los individuos (Claramunt, 2009: 97).

Se busca el fortalecimiento y el aprendizaje, una actitud activa, conciente, que le permita al sujeto analizar y problematizar su situación e identifiquen factores económicos, sociales, políticos y culturales.

La dimensión socioeducativa puede adoptar así una orientación que se dirija hacia la construcción de un proceso emancipatorio, mediante la participación colectiva de la población con la que trabajamos, contribuyendo a que ésta se afirme y autoperciba como sujetos en la sociedad en que viven, con derecho a usufructuar los bienes materiales e inmateriales que en ella se producen (Claramunt, 2009: 99).

Se busca una movilización del sujeto que le permita desnaturalizar situaciones y procesos. Implica “movimiento de contenidos informativos y formativos requeridos para enfrentar las necesidades existentes, conectando recursos e información con los sujetos que viven dichas necesidades” (2009: 98).

A modo de ejemplo se puede citar lo mencionado por la (Entrevistada 2):

fortalecer el uso de un método anticonceptivo, eso es fundamental, y creo que eso apunta esta Ley también, porque no es solo interrumpir y ya está sino que tenemos que fortalecer a la mujer para que se cuide, para que valore su salud, para que tenga los controles necesarios con ginecólogos, controles de PAP que es necesario realizar (Entrevistada 2).

Dimensión ético política

Esta dimensión refiere a los valores éticos que guían el accionar profesional, valores que orientan la intervención. En este sentido nuestra profesión cuenta con el Código de Ética⁵⁰ el cual orienta el ejercicio del profesional, además, establece un conjunto de normas, derechos, deberes y sanciones. Entre los valores humanistas se destacan la libertad como emancipación, autonomía y expansión de los sujetos y de sus derechos en tanto seres sociales; defensa de los derechos humanos, defensa de la democracia y de la justicia social, etc (Claramunt, 2009).

⁵⁰ Anexo XI: Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica.pdf> [Fecha de acceso 10/01/2018]

Entre lo establecido el artículo 4 del Código de Ética establece: “Exigir y asegurar la inviolabilidad de archivos, documentos, e información garantizando la confidencialidad y el secreto profesional” (2001, art.4); aspecto que se considera central para asegurar a las usuarias el manejo responsable de la información que las mismas brindan ante el profesional.

Nosotros en eso somos sumamente cautelosos. Siempre, siempre y por una cuestión de ética profesional nuestro deber como profesional es mantener la confidencialidad (Entrevistada 2).

En la misma línea la Entrevistada 3 especifica que:

Siempre le aclaramos que esto es información confidencial, que queda entre nosotros, entre los técnicos; y todos tenemos nuestro código de ética (...) también es un delito difundir información sin consentimiento del paciente (Entrevistada 3).

Dentro de del Código de Ética esta también el hecho no emitir juicios de valor, ambas Trabajadoras Sociales aseguran tener una postura profesional ética. “Nosotros le decimos... que en realidad acá no tienen que venir a justificar ninguna decisión; que estamos para brindarle información y acompañarla” (Entrevistada 3).

Dimensión investigativa

La dimensión investigativa contiene múltiples expresiones, es imprescindible que el profesional pueda desde su lugar contribuir a la producción de conocimiento referido a los procesos sociales que por lo general interviene. El principal objetivo es la comprensión de la realidad social y la re-construcción del objeto de intervención (Claramunt, 2009).

La autora plantea dos posibilidades: la primera, implica investigar como insumo para la intervención en los procesos asistenciales y socioeducativos. La segunda, es la investigación que trasciende lo inmediato de las necesidades interventivas. En el ejercicio cotidiano de los Trabajadores sociales, las investigaciones no suelen estar enfocadas estrictamente con este fin, sino que desarrollan procesos investigativos que atraviesan su intervención, nutriéndola de las experiencias y observaciones de los hechos particulares en los que trabajan (Claramunt, 2009).

Tener una postura investigativa implica una actividad pensante, reflexiva, de registro, de sistematización de procesos y problematización donde confluya teoría y práctica como unidad.

Esta dimensión se constituye –en el quehacer profesional- en un proceso de movilización intelectual que apunta a problematizar aquellos procesos naturalizados, aceptados socialmente, desmitificando sus contenidos, apuntando en definitiva a desocultar las relaciones entre naturaleza, hombre y sociedad (2009: 94).

Esta tarea no debe de quedar puramente en el ámbito académico, sino también incorporar el accionar de los Trabajadores Sociales que desarrollan sus prácticas en otros ámbitos. La dimensión investigativa también implica formarse, capacitarse, y contribuir a la trilogía producción de conocimiento, sustentación de la teoría- teoría que orienta la acción; en un proceso de retroalimentación (2009).

nosotros hemos tenido ya dos o tres encuentros de IVE, me he formado en esos encuentros y en lo que es la práctica cotidiana. (...) son jornadas, hubo una en el sindicato médico sobre lo que implicaba la Ley, los plazos... (...) Yo me he formado en estos encuentros y en otros encuentros que ha habido a nivel de ASSE para el personal de Salud, que se han hecho en Montevideo (Entrevistada 2).

Sin embargo, la Entrevistada 3 argumenta que solo hubo una capacitación antes de implementarse el IVE:

Recibimos formación por el equipo de Iniciativas Sanitarias, antes de implementarse la Ley, y después a mi me llamó pila la atención eso de que no hemos tenido... tuvimos una hace unos años atrás como un encuentro... pero después no hemos tenido más instancias, me llama pila la atención... no se si es que a nosotros no nos llega, no se, ¿dónde falla? No tenemos encuentros de SSyR (Entrevistada 3).

En ambas entrevistas surge la demanda de tener más capacitaciones en la temática, consideran muy escasa la formación que han tenido. Tomando en cuenta lo planteado por Claramunt (2009), se puede decir que la dimensión investigativa se hace presente como insumo para la intervención, pero no en su forma de registro que permita a otros profesionales problematizar e indagar en la intervención, ya que la práctica misma se disuelve en la intervención.

Aspectos desde el Trabajo Social que hay que reforzar/ cambiar y/o mejorar

Según las entrevistas, los aspectos a fortalecer se expresan de la siguiente manera:

“Seguir informando a la mujer, eso es fundamental. Es una responsabilidad del TS seguir informando” (Entrevistada 2).

“Creo que nosotros re acompañamos a la familia, desde el lugar de la escucha”.
(Entrevistada 3)

Por otra parte, los aspectos a cambiar expresados son los siguientes:

“que el ginecólogo pudiera realizar las entrevistas con nosotros, (...) veo que es una pata en la que estamos flaqueando. Igual de todas maneras se mantiene informado al ginecólogo”
(Entrevistada 2)

Por su parte la Entrevistada 3, hace referencia a la focalización que tienen las políticas públicas por contar con recursos finitos, siendo éste un aspecto que debería de modificarse.

Otros aspectos vinculados a...

En cuanto al espacio físico ambas Trabajadoras Sociales manifiestan tener un espacio privado para la atención a las usuarias.

Un aspecto a destacar en la atención de Salud Privada, es el cuidado que se tiene sobre la mujer a la hora de la realización de la ecografía. Se tiene la precaución de no mostrar el monitor, de apagar el sonido, además de evitar comentarios como: “Ay que divino!” “Felicitaciones”, etc.

La profesional de AMSJ pone énfasis en el lugar relevante que tiene el Trabajador Social en la Salud:

se nos da un lugar de preponderancia, que antes no lo teníamos, que siempre hemos sido una profesión que ha venido remando, remando, remando... que hayan pensado una Ley... que sea para que las mujeres puedan interrumpir el embarazo y que nosotros estemos dentro de los profesionales para atenderla, me parece que está buenísimo, es un lugar re conquistado. Nos da como un lugar para aportar otra mirada al grupo (Entrevistada 3).

Relacionamiento del Trabajo Social con otras profesiones

Las Trabajadoras Sociales reconocen como muy fructífero el poder realizar las entrevistas con otro profesional, en el caso de la Trabajadora Social de ASSE destaca el trabajo con la Psicóloga.

Mientras que la profesional de AMSJ destaca el trabajo entre las tres disciplinas.

Bien en mi caso la experiencia es bárbara... con el tiempo hemos logrado todos nutrirnos de un poco de todo. (...) es muy favorable trabajar los tres juntos. No solamente por una cuestión de operatividad, si no porque nos parece que la mujer tenga que estar yendo, ponerle, un día va con el ginecólogo, otro día va con el equipo psicosocial, al otro.... nos parece que no, al menos yo si fuera usuaria no me gustaría hacer toda esa recorrido como gigantesco (Entrevistada 3).

En líneas generales, en este capítulo se trabajó a través de las entrevistas recabadas, en primer lugar se presentó las acciones de ADASU, quién en el 2011 emite una carta a los legisladores en proclama de una rápida tramitación del proyecto de Ley, a pesar de que su postura no fuese a favor ni en contra. A partir de la aprobación de la Ley, el colectivo organiza jornadas reflexivas donde se plantea el rol del profesional como principal tema a tratar, proponiendo como postura el acompañamiento y no cuestionamiento a las mujeres. Además se establecen lineamientos a seguir como reclamar que la función sea específicamente del Trabajo Social, garantizar condiciones adecuadas de trabajo y continuar con procesos de reflexión y capacitación.

En segundo lugar, a través del procedimiento de la IVE se pudo visualizar la intervención del Trabajo Social, quien desenvuelve sus prácticas a partir de la llegada de la demanda de forma explícita por parte de la mujer, *el deseo de interrumpir*. Luego se analizó las intervenciones realizadas y las dimensiones que de allí se desprenden: asistencial, socioeducativa, ético política e investigativa.

Las entrevistadas relatan el proceso de las cuatro consultas, donde la 1era es la desencadenante del proceso al expresar la mujer su deseo de interrumpir el embarazo. En la 2da la mujer es entrevistada por el equipo interdisciplinario quien la asesora y orienta. Esta instancia es realizada en ASSE por la Psicóloga y la Trabajadora Social quienes además indagan en los motivos de la decisión; mientras que en AMSJ confluyen las tres profesiones y se tiende a no consultar los motivos. Luego de transcurrido el plazo de los cinco días de reflexión, que se cumplen estrictamente en ambos centros, la mujer llega a la 3era consulta donde manifiesta su decisión final y se le indica la medicación a tomar. La 4ta consulta es considerada por ambas Trabajadoras Sociales como fundamental, donde la mujer es asesorada para que elija un método anticonceptivo y pueda ejercer su sexualidad plenamente. Surge la diferencia que en ésta instancia en AMSJ se encuentran las tres disciplinas donde el médico evalúa el estado del procedimiento, mientras que en ASSE se da en forma separada.

En resumen, las Trabajadoras Sociales de ASSE y AMSJ manifiestan que la IVE se realiza sin inconvenientes y aseguran tener una postura de cuidado frente a la mujer, donde se le brinda un ambiente de contención y escucha.

Consideraciones Finales

En la presente monografía procuramos aproximarnos a las prácticas y al rol que cumple el Trabajo Social en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo según la Ley 18.987. Como marco conceptual explicativo se tomaron las estrategias biopolíticas desarrolladas por Foucault, quien nos ilumina a la hora de reflexionar en la IVE.

El dispositivo biopolítico como regulación del acto reproductivo, de la natalidad y de las formas de entender la sexualidad se expresó en las entrevistas, en los discursos y prácticas de las profesionales de ASSE y AMSJ. La estrategia biopolítica como regulación de los nacimientos implementa a la IVE como un derecho de decisión, si tener o no hijos, enfocado en mujeres de distintos sectores socio-económicos, principalmente en las de bajos recursos ya que a partir de la legalización pueden acceder de forma segura a realizarse una IVE en los servicios públicos. En éstos encontrará apoyo de un equipo interdisciplinario que la acompañará en el proceso, le brindará contención y asesoramiento psico-social y se le proporcionará la medicación y las indicaciones para lograr la efectiva interrupción, además tendrá el control post ive que le garantiza la efectiva vacuidad y el asesoramiento para la elección de un método anticonceptivo.

En este sentido y muy asociado a la biopolítica, encontramos que se hace seguimiento a las mujeres pobres que en general se atienden en ASSE; cuando la usuaria no concurre a realizarse una IVE la Trabajadora Social se encarga de comunicarse y conocer los motivos de su falta; programando una nueva fecha ya sea para continuar con la interrupción o para continuar con el embarazo y que se realice los primeros controles de natalidad.

Retomando los aportes de Ortega (2008) en primer lugar podemos decir que las funciones históricamente asignadas al Trabajo Social surgieron ligadas al campo de la salud, a las estrategias disciplinarias, que necesitaban a esta profesión para llegar al conjunto de la población con los mensajes higienistas y los beneficios de la medicina preventiva, pero en especial a los hogares más pobres. En términos de Foucault: “el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica” (Foucault *apud* Mitjavila; 1998:8). Además, el Trabajo Social fue llamado como cuerpo inspectivo para controlar las enfermedades infecciosas, vigilancia de los sanos, conocer los hábitos de las familias y para expandir y apoyar el saber médico. En el desarrollo de la promoción de las conductas higiénicas también se le pidió “obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo (...) en general, toda clase de datos de interés” (Ortega, 2008:49) Como ya fue mencionado

anteriormente fueron “acciones de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento” (2008:47).

Según Ortega (2008) con la creación del Código del Niño la profesión quedaría encargada de todo lo que tuviese relación con el problema social y el bienestar infantil, encomendándose la organización y regulación de la familia y el asesoramiento a jueces al encontrarse cerca de las prácticas cotidianas de la población, entre otras tareas.

En segundo lugar, a través de la IVE pudimos visualizar las funciones asignadas actualmente a la profesión. En las entrevistas surge como principal aspecto la función de escucha, orientación y asesoramiento. Según Claramunt (2009) refiere a la dimensión asistencial donde el Trabajador Social oficia de mediador entre las políticas y los destinatarios, teniendo en cuenta las necesidades de las personas y los requisitos de acceso.

Las profesionales que se desempeñan en la IVE especifican como una función del Trabajo Social la coordinación con otros servicios y/o programas y el registro en la historia clínica del procedimiento IVE; esta forma de registro continúa como una de las funciones de la profesión que ya fueron enunciados por Ortega.

Claramunt (2009) señala como otra de las dimensiones la socioeducativa, encontrándose muy presente en la IVE ya que se estimula procesos de movilización y de transformación en las formas de pensar de los sujetos y en sus modos de vida, que permita desnaturalizar situaciones y procesos a través de una actitud activa y consciente que contribuya al fortalecimiento y aprendizaje. En este sentido a lo largo de las entrevistas surge que las profesionales otorgan a las usuarias un espacio socioeducativo y de comprensión donde se trata que las usuarias hagan ese proceso de transformación y movilización que describe Claramunt; se les manifiesta que tienen derecho a ampararse bajo la Ley 18.987 y que no tienen que sentir culpa ni miedo, sino que deben revalorizarse y apropiarse cómo sujetos de derechos.

La función educativa es algo que persiste a lo largo del tiempo y también la conexión entre el Trabajo Social y el saber médico, si bien antes tenía una impronta higienista de expansión y apoyo del saber médico, en la actualidad podríamos llegar a pensar que ocurre algo parecido; en la cuarta consulta las Trabajadoras Sociales apoyan el saber médico en el sentido de sugerir, pensar y revalorizar un método anticonceptivo a futuro para las usuarias. Se recalca el valor de la salud y de su cuidado. Por otro lado, este punto también resulta

interesante pensarlo como una estrategia biopolítica, ya que se estimula y fortalece la anticoncepción como forma de regular los nacimientos.

Podemos observar que en las entrevistas no hay una mirada punitiva ni moral de las profesionales, además se destaca el compromiso ético manteniendo la confidencialidad y el secreto profesional de la información con la que se trabaja, según Claramunt (2009) son aspectos que refieren a la dimensión ético-política. En lo que refiere a la dimensión investigativa, las profesionales no producen conocimiento como insumo para la profesión pero si han asistido a capacitaciones que permiten desarrollar una actitud crítica y reflexiva de las prácticas desarrolladas.

Por último y no menos importante, la postura de ADASU frente a la Ley muestra el compromiso ético-político de la profesión al pronunciarse frente a los legisladores. En referencia a la postura tomada por el colectivo fue mantenerse neutral, al no plantearse ni a favor ni en contra de la Ley ya que hay socios que se encuentran en una u otra línea de pensamiento. A su vez, las jornadas reflexivas muestran a una profesión con la necesidad imperante de construir una práctica profesional crítica y reflexiva, orientada al análisis del rol profesional. En este sentido la entrevistada (ex dirigente de ADASU) señala que al colectivo le interesaba dar cumplimiento a una Ley garantizando condiciones adecuadas de trabajo para los profesionales, reclamando la función para el Trabajo Social y generando espacios de reflexión y capacitación.

En suma, el camino recorrido hacia la legalización muestra a una sociedad en constante cambio en busca de su crecimiento y desarrollo. El movimiento feminista introdujo en los debates y en la agenda política temas vinculados a la salud, sexualidad y reproducción como eje central de las luchas emancipadoras. En el año 2002 encontramos el primer intento por introducir la legalidad del aborto, pero fueron diez años de luchas y debates que se tuvieron que vivir en el país para llegar a una Ley que garantizara el acceso a un aborto seguro. A pesar de haber vivido un veto presidencial en el año 2008 las luchas no cesaron, y el 22 de octubre de 2012 se aprueba la Ley 18.987. La aprobación de esta Ley no significa que se haya llegado al final, sino que significa que es el comienzo de un camino que se empieza a transitar en busca de condiciones que garanticen el pleno ejercicio de los derechos y libertades.

Referencias bibliográficas

Abracinskas, L López, A (2007) Desde la arena feminista hacia la escena política. En Abracinskas, L; López Gómez, A. (coord.) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Proceso político y social 2001-2004. (Pp. 11-29) MYSU. Montevideo. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261992659_Aborto_en_debate_Dilemas_y_desafios_para_el_Uruguay_democratico_Ed_MYSU_Montevideo [Fecha de acceso: 03/01/2018].

Banfi, A Cabrera, O Gómez, F Hevia M. (2010) *El veto del Ejecutivo Uruguayo a la Despenalización del aborto: reconstruyendo sus fundamentos*. Cuadernos: Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos. Época 1, N°1 (2010) MYSU, Montevideo. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf> [Fecha de acceso: 02/12/2017].

Barrán, J.P (1989) Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920). Tomo II. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Batthyány, K (2011) Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR), UdelaR. Montevideo.

Bentura, C. (2011) Trabajo social en el campo de la salud. ¿Un campo social envejecido? Ed. Académica Española.

Blanchet, A (1989): “Entrevistar” en Blanchet, A.; Ghiglione, R.; Massonannat, J.; Trognon, A.: “Técnicas de investigación en Ciencias Sociales”. Madrid. Narcea SA Ediciones.

Caetano, G y Geymonat, R (1996). Ecos y espejos de la privatización de lo religioso en el Uruguay del Novecientos. En J. Barrán (ed.), *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad desde los años 1870 a 1920*. (pp. 13-54). Montevideo: Uruguay. Primera Ed, Vol.2. Ediciones Santillana.

Claramunt, A. (2009) El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. Pp.91-104. En Fronteras N°5. Uruguay.

De Beauvoir, Simone (2011) *El segundo sexo*. [online] Disponible en: <http://users.dsic.upv.es/~pperis/El%20segundo%20sexo.pdf> [Fecha de acceso: 02/01/2018]
Disponible en:

Foucault, M (2007) “El Nacimiento de la Biopolítica” (Curso del Collège de France 1978-1979). Fondo de la Cultura Económica, Argentina. [online] Disponible en: https://monoskop.org/images/d/d2/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_biopolitica.pdf [Fecha de acceso: 11/10/2017].

_____ (1998). Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber. Siglo veintiuno editores. Madrid, España. [Online] Disponible en: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf> [Fecha de acceso: 11/10/2017].

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) (2002) Protección de Derechos Humanos. Módulo 1, Serie Módulos Educativos. 2da Ed. San José, Costa Rica.

Jelin, Elizabeth (2005) Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de las políticas públicas: Buenos Aires: CONICET Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: http://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Elizabeth_Jelin.pdf[Fecha de acceso: 15/11/2017]

Johnson, N, Sapriza Torres Negreira, G, López Gómez, A, Pallas, C, Castro Rivera, A, Sarlo, O, Moreira, C y Andreoli, M. (2011.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. UR. CSIC.

Jones, Daniel (2007). El debate parlamentario sobre la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay (2002-2004). En Abracinskas, L; López Gómez, A. (coord.) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Proceso político y social 2001-2004. (Pp. 53-98)MYSU. Montevideo. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261992659_Aborto_en_debate_Dilemas_y_desafios_para_el_Uruguay_democratico_Ed_MYSU_Montevideo[Fecha de acceso: 03/01/2018].

Mitjavila, M. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo N° 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología.

Ortega, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo. Trilce.

Ortega, E. (2011) Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973). Montevideo: Ed UdelaR – CSIC Biblioteca Plural

Pellegrino, A Caballeda, W Paredes, M Pollero, R Varela, C. (2008) De una Transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. En Nahum coord. *El Uruguay del Siglo XX: La Sociedad*. (Pp. 11- 34). Tomo III, La Banda Oriental, Montevideo, Uruguay.

Rodríguez Villamil, S (1996) Vivienda y vestido en la ciudad burguesa (1880-1914). En J. Barrán (ed.), *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad desde los años 1870 a 1920*. (pp. 75-112). Montevideo: Uruguay. Primera Ed, Vol.2. Ediciones Santillana.

Rozas. M. (1998) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Sanseviero, Rafael (2008). Barreras. Investigación y análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir. Montevideo: RUDA/AUPF.

Sapriza, Graciela (1996) Mentiras y silencios: el aborto en el Uruguay del Novecientos. En Barrán (ed.), *Historias de la vida privada en el Uruguay. El nacimiento de la intimidad desde los años 1870 a 1920*. (pp. 115-145). Montevideo: Uruguay. Primera Ed, Vol.2. Ediciones Santillana.

_____ (2001) La “utopía eugenista”. Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945). Tesis de Maestría.

Valles. M. (1999) Técnicas cualitativas de investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis sociología.

Vázquez, Tabaré (2008) Veto del Poder Ejecutivo a la Ley de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. En Banfi, A Cabrera, O Gómez, F Hevia M. *El veto del Ejecutivo Uruguayo a la Despenalización del aborto: reconstruyendo sus fundamentos*. Cuadernos: Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos. Época 1, N°1 (2010) MYSU, Montevideo.

(Pp. 69-71) Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf> [Fecha de acceso: 02/12/2017]

Yaffé, J. (2013). Proceso económico y política económica durante la dictadura (1973-1984). En C. Demasi, A. Marchesi, V. Markarian, A. Rico y J. Yaffé. La Dictadura Cívico-Militar. Uruguay 1973-1985. Montevideo: EBO.

Fuentes documentales

5to Encuentro Feminista [online] Disponible en: <http://www.13eflac.org/index.php/cosechando-memorias/5-encuentro-san-bernardo-argentina-1990> [Fecha de acceso: 03/12/17].

Ley 9.342 (1933) Código del Niño. Disponible en: <http://www.montevideocontigo.org/documentos/Codigo-del-Nino.pdf> [Fecha de acceso: 26/02/2018].

Ley 9.763 (1938) Aborto. Se modifica un capítulo del código penal, declarándolo delito. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1917362.htm> [Acceso 11/08/2017].

Ley 18.331 (2008) Ley de Protección de datos personales. [online] Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/29> [Fecha de acceso: 03/12/2017]

Ley 18.426 (2008) “Defensa del Derecho a la salud sexual y Reproductiva”. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp710633.htm> [Fecha de Acceso 15/01/2018]

Ley 18.719 (2010) Presupuesto Nacional período 2010-2014. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6897141.htm>

Ley 18.987 (2012) <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupci%C3%B3n-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012..pdf>[Fecha de acceso: 27/07/2017]

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2005) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Disponible en:

http://www.bps.gub.uy/bps/file/8160/1/programa_nacional_de_salud_de_la_mujer_y_genero.pdf

_____ (2016a) Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según Ley 18.987. Segunda Edición corregida. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20IVE%20corregida%202016.pdf [Fecha de acceso: 03/12/2017]

_____ (2016b) Constancia de Asesoramiento Integral y Consentimiento informado [online] Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Constancia%20y%20consentimiento%20informado%20IVE%202.pdf [Fecha de acceso: 03/12/17].

_____ (2017) Avances y desafíos en la Política Pública de Salud Sexual y Salud Reproductiva. [online] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/ppt%20coloquio%20SSySR%20FINAL%202.pdf> [Fecha de acceso: 03/12/17].

MYSU (2014) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2013-2014: “Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto”. Montevideo, MYSU.

MYSU, (2015) Informe sobre el estado de situación y desafíos en salud sexual y reproductiva y aborto en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Observatorio en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Uruguay.

MYSU, (2016) Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Montevideo, Rocha y Cerro Largo. Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva, MYSU, Montevideo.

ONU, (2010) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) [online] Disponible en: https://www.google.com.uy/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf&ved=2ahUKEwiQvfHwPdHYAhWDFpAKHSVODzMQFjADegQIFBAB&usg=AOvVaw1bXga2iUZg5OL_upbAB1iq [Fecha de acceso: 10/01/2018].

Artículos de prensa:

El Observador, (2011) Vázquez vetó la despenalización del aborto. Disponible en: <https://www.elobservador.com.uy/vazquez-veto-la-despenalizacion-del-aborto-n61460>

El País (2008) Tabaré Vázquez veta la despenalización del aborto en Uruguay. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2008/11/14/actualidad/1226617202_850215.html

La Nación (2008) Tabaré Vázquez vetó la despenalización del aborto. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1069732-tabare-vazquez-veto-la-despenalizacion-del-aborto>

MYSU, (2017) 28 de septiembre, día internacional por el aborto Legal y Seguro. Publicado el 05/09/2017. [online] Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/noticia/28-de-septiembre-dia-internacional-por-el-aborto-legal-y-seguro/>