

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado
Monografía

Parirás con dolor y abortarás con más

Estudiante: Camila Belén Mato Díaz
C.I.: 4.643.368/7

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías
Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades
Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, Uruguay, Agosto 2018.

Eva comete el pecado de comer del fruto que la haría semejante a Dios y le permitiría distinguir entre el bien y el mal, luego convida a Adán. Dios, al enterarse que sus criaturas habían desobedecido la orden de no comer de ese fruto, lanza maldiciones para Adán, la serpiente y Eva. La sentencia por el pecado para Eva fue: "En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti."

Si bien ambos son expulsados del Edén, ¿por qué sólo la sentencia que recae sobre Eva incluye gran padecimiento en un momento específico de su vida reproductiva? ¿Y por qué a ese padecer se suma subordinación y sometimiento a otro ser humano, masculino, que llama "marido"?

Indice

• Resumen.....	3
• Introducción.....	4
• Capítulo I- Cuerpo objeto/ Cuerpo para la reproducción.....	6
a. Género.....	6
b. Maternidad.....	8
• Capítulo II- Garantes de autonomía.....	11
a. Derechos sexuales y reproductivos.....	11
b. Salud sexual y reproductiva.....	12
• Capítulo III- Conceptualizando el problema, construyendo autonomía.....	14
a. Aborto.....	14
b. Estigma de aborto	19
c. Violencia obstétrica.....	24
• Reflexiones finales.....	29
• Bibliografía.....	32

Resumen

La presente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, de la Universidad de la República.

El mismo tiene como objetivo reflexionar acerca del Aborto y la violencia que sufren las mujeres al transitar el proceso en los servicios de salud. Así también, analizar si dicho transito puede categorizarse no solo como violencia de género sino también, como Violencia Obstétrica. Para ello se van a desarrollar y/o analizar diferentes factores que se encuentran presentes frente a un evento reproductivo de las mujeres ¹ en busca de visualizar las bases estructurales de la Violencia Obstétrica.

Es por esto, que en los diferentes capítulos se incluirán análisis sobre el Aborto y la Violencia Obstétrica, su conceptualización y el recorrido legal en nuestro país, que permitirá analizar la construcción de estigma frente a estos eventos reproductivos (embarazo-continuación, embarazo-interrupción), una perspectiva de género en cuanto a la construcción de la maternidad para lograr incorporar los procesos frente a los cuerpos y la toma de decisiones reproductivas de las mujeres.

Palabras clave: Aborto, Violencia Obstétrica, Género.

1

En el siguiente trabajo, se utilizara la categoría mujer, para incluir aquellas personas con capacidad biológica para la gestación. Es real, que otras identidades también transitan por embarazos que deciden continuar o simplemente interrumpir, pero entiendo que a los efectos de la temática trabajada, es importante la visibilización de esta categoría, justamente, por la subordinación del cuerpo de las mujeres frente a otro, “calificado” con un poder-saber.

Al escribir estas páginas, cargo con un sesgo identitario acotado, ya que mi cosmovisión está atravesada por ser una mujer blanca, joven, cisgénero y universitaria, por lo que se me presenta como desafío para posteriores escrituras, la posibilidad de incorporar una mirada interseccional y de generaciones.

Introducción

El siguiente trabajo monográfico es elaborado como trabajo final de grado para la obtención del título de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo, tiene como objeto reflexionar acerca del aborto como práctica y la posibilidad de categorizar la violencia que viven las mujeres cuando deciden interrumpir un embarazo en relación a la violencia de género, y más específicamente a la violencia obstétrica.

En nuestro país, a partir de la promulgación de la Ley N°18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el aborto se introdujo como prestación de todas las instituciones de salud pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), habilitando el derecho de todas las usuarias a interrumpir un embarazo por solicitud de la misma hasta las 12 semanas de gestación dentro de su prestador de salud (Uruguay, 2012).

Al ingresar el aborto como proceso parte de una prestación de los servicios de salud, podemos reflexionar acerca de la naturaleza de las violencias que sufren las mujeres dentro de estos servicios.

Entendiendo la violencia obstétrica como aquella violencia que sufren las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio dentro del sistema de salud y por parte de los profesionales del mismo (GIRE, s/f). Es que se buscara a reflexionar qué es lo que se entrecruza en el momento que una mujer ingresa a un servicio de salud embarazada, más allá de la decisión que la misma tome frente a este evento reproductivo (continuar o interrumpir).

Es entonces que surge la pregunta ¿se podría identificar como violencia obstétrica la violencia que sufren las mujeres en el proceso de interrupción del embarazo? Para responder esta pregunta, realizaré un recorrido que examinará las bases de violencia estructural de género que atraviesan a las personas (sociedad) así como también a las diferentes instituciones (servicios de salud).

Para esto, se dividió el trabajo en tres capítulos en busca de lograr una mayor aproximación a la temática. En el capítulo I, “Cuerpo objeto / Cuerpo para la reproducción”, se abordara el concepto de género y como este simboliza una diferencia cultural entre hombres y mujeres. Y la construcción de las maternidad/es basadas en la subordinación del cuerpo de las mujeres frente a lo masculino.

En el capítulo II, “Garantes de Derechos”, se desarrollaran los Derechos Sexuales y reproductivos como Derechos Humanos, y la Salud Sexual y Reproductiva como garante para el cumplimiento de dichos derechos, y todo aquello que forma parte de la misma.

En el capítulo III, “Conceptualizando el problema, construyendo autonomía”, se profundizará en torno al Aborto y la Violencia Obstétrica, recorriendo su construcción teórica y marco legal de nuestro país respecto a estas temáticas. Se incluirá el concepto de Estigma de Aborto, definiendo y desarrollando su producción y reproducción, y como éste afecta a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Estos capítulos tienen como objetivo brindar herramientas para poder realizar una reflexión en cuanto a la temática del trabajo. Es por esto que para concluir se realizaran las reflexiones finales, buscando articular lo trabajado.

I. Cuerpo objeto/ Cuerpo para la reproducción

En este capítulo se presentan diferentes miradas acerca de lo que se juega en el cuerpo de las mujeres en cuanto a la capacidad de autonomía en los procesos de toma de decisión frente a un embarazo, ya sea deseado, o no.

a. Género

La categoría género es un sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de la mujer (De Barbieri en Rostagnol, 2014).

El movimiento feminista y más específicamente las investigadoras feministas de los años 70, entendían que los motivos de la subordinación de lo femenino eran multicausales, buscando así una forma de interpretar esta subordinación que lograra articularse con otras categorías, como la clase, raza y etnicidad, entendiendo que género lograba incorporarlas en su capacidad de referirse a los orígenes sociales que construyen las identidades de hombres y mujeres (Lamas, 2000).

La construcción cultural de la diferencia entre varones y mujeres habilita a la cosificación en cuanto a lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad, asignando características a cada uno y generando mandatos y estereotipos para cada uno. Diferencias que no solo postulan la subordinación de la mujer con respecto al hombre, sino también que condicionan las relaciones sociales en general.

El género como simbolización cultural del conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales basadas en la diferencia sexual, atribuye a cada sexo, características femeninas y masculinas, condicionando en función del mismo la conducta de las personas (Lamas, 1994).

Es en este sentido que Esteban (1999), en *El género como categoría analítica*, realiza una demostración en cuanto a la separación de los conceptos sexo y género, afirmando:

El término sexo podría así ser utilizado en adelante para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, que se asocian a su capacidad de procreación. Mientras que el concepto de género supondría un nivel de abstracción distinto, mediante el que nos referiríamos tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación de espacios y funciones sociales y una jerarquización en cuanto al acceso al poder (Pág. 23-24).

El sistema sexo-género, toma al sexo genital como identificador del individuo y es a partir de eso y de la mano de la socialización que define distintas relaciones sociales en tanto hombres y mujeres asignando papeles y roles que reproducen relaciones de poder y subordinación. Gayle Rubin (1975). en *El tráfico de mujeres: notas de la economía política del sexo*, introduce el concepto de sistema sexo-genero afirmando que la subordinación y opresión de las mujeres no es determinada por la biología sino que la construcción de la mujer como un ser domesticado es dado por las relaciones sociales producidas por el parentesco controlado por varones (Carril, 2014).

Por lo anteriormente mencionado, es que tomaremos el género como perspectiva de análisis de las conductas, roles, actitudes y aptitudes que entiende la sociedad, y a través de ésta todos los individuos corresponden directamente al “ser mujer” o el “ser varón”, categorías consecuentes de la asignación de un sexo al nacer. La perspectiva de género como enfoque teórico nos permite comenzar a comprender los procesos psíquicos y las particularidades del proceso de subjetivación de las mujeres como también, de los varones en cuanto a la asignación desigual de roles (Carril y López, 2008).

A partir de esta construcción desigual de los roles, es que la mujer se construye como tal en base a la subordinación del hombre. Subordinación que se traduce

en menores posibilidades de autonomía, de recursos, de información y de libertad, condicionando y relegando el desarrollo de las mujeres como individuos activos, capaces de la toma de decisiones sobre su cuerpo..

La sexualidad de las mujeres fue y es construida en base a su capacidad de cuerpo gestante. Es decir, se ha construido como las mujeres deben vivir su sexualidad teniendo como centro la potencialidad de gestación. Razón por la cual, el cuerpo de la mujer es tomado como punto de control y de regulación social, erradicando así, la posibilidad de decisión sobre sus cuerpos y proyectos de vida.

El cuerpo de las mujeres, cuerpo de la transmisión y de la generación de vida, es también terreno de la pasión, el amor y el erotismo, pero el erotismo y las prácticas sexuales han estado subordinados, en nuestra cultura, a la exaltación de la procreación (Carril y López, 2008 p.26).

A raíz de esto, se construye la maternidad como fin generalizador de la vida de las mujeres. Al ser las mujeres quienes paren, por posibilidad biológica, habilita el mandato social a través del cual, el instinto maternal se universaliza para todas las mujeres (Saletti, 2008).

b. Maternidad

Existe una conexión cultural muy extendida entre la reproducción biológica y el control del cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las mujeres (Rostagnol, 2014).

Las teorías feministas toman a la maternidad como construcción social, teniendo como base las representaciones del imaginario social en cuanto a que estas asocian directamente a la maternidad con la feminidad, generando un ideal que es impuesto a todas las mujeres (Saletti, 2008) tomando como parte de la naturaleza de las mujeres el deseo y necesidad de ser madre, introduciendo el instinto maternal como estructurador de la identidad femenina.

La maternidad como construcción social, establece tareas y responsabilidades asociadas a la misma, que reproducen discursos en cuanto al cuidado del otro y sentimientos propios de la maternidad, reproducción que habilita a la generalización de la realización de las mujeres como madres. Esta naturalización de la maternidad como destino natural de las mujeres, permite la esencialización de lo femenino, esencia asociada a lo maternal, en su construcción sumisa y tierna (Bezerra, 2011).

En cuanto a la maternidad y su construcción, Arvelo, (2004) en *Maternidad, paternidad y género*, la vincula con: "(...) la protección, afecto, conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio, al orden biológico, natural, instintual. Por otra parte la relación con lo genérico ubica lo maternal con el eterno femenino, con lo inmutable, universal y a la vez con lo enigmático, misterioso" (pág. 93).

La construcción de la maternidad como hecho puramente natural e instintivo, niega a las mujeres la posibilidad de identificación por fuera de la función materna y las sitúa estrictamente en el ámbito de la reproducción biológica. Construcción sostenida por la ideología patriarcal, la cual utiliza datos biológicos y los transforma en universales para someter y aislar a las mujeres en su función reproductiva (Saletti, 2008).

El discurso de género es desubjetivante en la medida en que comienza con una afirmación que asigna al sujeto un lugar en la sociedad, sostiene que a dicho lugar le corresponde un determinado papel, produciendo el efecto de un orden dado, fijo e inmutable (Palomar, 2005 p. 55).

La realización de las mujeres es construida en base a estos estereotipos, la felicidad será dada por el tránsito de la maternidad y el amor incondicional a su fruto. Es por esto que la identidad de las mujeres en cuanto a su femineidad está dada en base a la maternidad, habilitando a la producción y reproducción de recursos que categorizan a las mujeres, como buenas madres o malas madres (Saletti, 2008).

Aquellas que hacen suyo el estereotipo de mujer-madre en cuanto al sacrificio, protección, incondicionalidad por el otro, serán tomadas y “privilegiadas” en su categoría de buenas madres, y las mujeres que no logran identificarse con ese estereotipo, ya sea porque no sienten aquello que deberían sentir en su rol materno (amor incondicional hacia su hijo/a), no encuentran en la maternidad su realización personal o deciden activamente no transitar por la maternidad, serán catalogadas como malas madres. Siendo foco de violencia simbólica, estigmatizándolas y excluyéndolas de la categoría de mujer, en cuanto a la reducción del ser mujer = ser madre.

Para poder reflexionar acerca de estas construcciones es que dejare aquí planteada tres preguntas que Badinter (1981), en *¿Existe el amor maternal?*, plantea en cuanto a la generalización del instinto maternal y la maternidad como fuente de realización de las mujeres:

¿Qué clase de instinto es si se manifiesta en unas mujeres sí y en otras no? (...) En lugar de instinto, ¿no sería más válido hablar de una presión extraordinaria dirigida a que la mujer se realice exclusivamente a través de la maternidad? (...) ¿Cómo saber si el legítimo deseo de maternidad no es un deseo alienado en parte, una respuesta a presiones sociales (penalización de la soltería y de la no maternidad, reconocimiento social de la mujer en tanto madre)? (Badinter, 1981, p.300).

II. Garantes de autonomía

(...) el foco de tensión respecto a los derechos humanos de las mujeres ha radicado en la sexualidad y la reproducción, porque es en el control de estas esferas que se asienta la dominación masculina (Rostagnol, 2014).

En este apartado realizaremos un acercamiento hacia un marco de Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos, declaraciones en cuanto a su capacidad universal de derechos y como principios básicos para la realización de políticas que los salvaguarden.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se reconoce por primera vez que los derechos básicos y las libertades fundamentales, son aplicables a todos los seres humanos por el simple hecho de serlo, igualando a todos en cuanto a la dignidad, libertad, derechos y seguridad. En sus artículos declara que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos así como también, dotados de conciencia y razón, por lo que deberán comportarse fraternalmente los unos con los otros, todas las personas tienen los mismos derechos y libertades Sin distinción de ningún tipo, por motivos de etnia, sexo, género, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otras condiciones (ONU, 1948).

a. Derechos Sexuales y Reproductivos

En cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se podrían sintetizar en que todas las personas somos libres de decidir sobre nuestro cuerpo, incluyendo a todo aspecto referente a la expresión de la sexualidad y el ejercicio de la reproducción. Aparecen como respuesta a las violaciones de los Derechos Humanos ocurridas en el ámbito privado, y en relaciones individuales.

(...) plantear los DSR como derechos humanos es hacer una ampliación del campo de los derechos humanos a terrenos nuevos, lo privado y lo íntimo como campo de ejercicio de derechos, y simultáneamente someter la sexualidad como asunto público a la regulación, a un nuevo contrato social entre los sexos y entre las generaciones fundado en los derechos (Londoño, s/f, p. 13).

Si bien los Derechos Sexuales y Reproductivos no son lo mismo son interdependientes, es por esto que tomaremos a los Derechos Sexuales, como aquellos que refieren a la autonomía para el ejercicio de la toma de decisiones sobre la propia sexualidad, “incluye el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia” y los Derechos Reproductivos como:

El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia (Vargas, 2003, P.3).

b. Salud Sexual y Reproductiva

Cuando no se satisfacen las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales sobre su propio cuerpo y su futuro, lo que produce un efecto dominó en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones (UNFPA, 2014).

La salud sexual y reproductiva se toma como un derecho básico ya que se reconoce el derecho de todos los seres humanos a la salud, que incluye un abanico amplio y complejo de asuntos relacionados con las sexualidades, la reproducción y la salud, asuntos asociados a problemáticas sociales que inciden directamente en la producción y reproducción de subjetividades (López,

2013). Inciden en la capacidad de tener o no hijos, la regulación de la fertilidad, el deseo o no de interrupción de un embarazo, así como también el disfrute de la sexualidad entre otros (Guerra, 2016).

El Fondo de Poblaciones Unidas (2014), define como una buena salud sexual y reproductiva como “(...) un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo” (párr. 1).

La introducción de la Salud Sexual y Reproductiva en la actual agenda de investigación en Psicología, ha permitido también, poder visualizar e investigar estas temáticas, su dimensión subjetiva y los efectos que determinadas prácticas tienen en la salud y en la vida de las mujeres. “Incluye tópicos tales como: maternidades y paternidades, aborto, violencia de género, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, estigma y discriminación, expresiones de las sexualidades, cáncer genito-mamario y de próstata, anticoncepción y esterilidad” (López, 2013, P. 6).

En cuanto a la normativa vigente en nuestro país, desde el 2008 contamos con la Ley N°18426 *Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*, que establece como deber del Estado, garantizar condiciones para el ejercicio plenos de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población. Teniendo en sus diferentes artículos, objetivos específicos en cuanto a lo que corresponde a la atención integral, de calidad y de respeto promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008).

III. Conceptualizando el problema, construyendo autonomía

a. Aborto

Sobre el aborto se pueden dar muchas opiniones (...) sin embargo, hay un punto sobre el que debería existir una sola opinión: ninguna mujer debería poner en riesgo su vida por no disponer de recursos para realizarse un aborto en condiciones adecuadas (Ferrari, citado en: Briozzo, 2002).

Específicamente y en cuanto a sus componentes, la salud sexual y reproductiva incorpora el acceso a servicios de aborto seguro, y en el caso de complicaciones el tratamiento necesario. Es por esto, que a continuación realizaremos un acercamiento a la legislación de nuestro país en cuanto al aborto y los pasos que han llevado a la actual despenalización.

El aborto como práctica es realizado por las mujeres desde la antigüedad. Los motivos que tenían para decidir interrumpir un embarazo y las formas de hacerlo, varían según la cultura, la época, el nivel socioeconómico, el componente étnico-racial, y las posibilidades respecto a esto que tiene la mujer en el momento que decide abortar. Siendo la legalidad o no de la práctica, no la solución frente al dilema sobre el aborto, sino como forma de evitar complicaciones y evitar poner en riesgo la vida de las mujeres más vulnerables (Briozzo, 2002).

En Uruguay, el significado que se le da a la práctica ha variado en el tiempo, para esto y tomando a las leyes no solo como reguladoras de la vida sino también como productoras y reproductoras de efectos jurídicos y a través de estos, simbólicos (Carril y López, 2008), realizaremos un breve recuento de hitos a nivel nacional respecto a la legislación y regulación del aborto.

Tomando como partida el Código Penal de 1898, el aborto era ilegal, donde el castigo era la prisión directa. Es en el año 1934 que se presentó un proyecto de reforma que al ser aprobado, habilitó la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Luego del golpe de estado de 1935, se decretó sin efecto esta habilitación, para que en 1938 se apruebe la ley N° 9763 que vuelve a penar el aborto, considerándolo siempre un delito, pero si era realizado antes de las 12 semanas y por personal médico se habilitaron - a consideración de un juez - atenuantes y eximentes a la pena tales como: penuria económica, riesgo de vida para la mujer, violación o salvaguarda del honor familiar. “En Uruguay la penalización del aborto que consagro la ley de 1938 (Ley N° 9763) fue el resultado del entrecruzamiento de las perspectivas demográficas y las reflexiones y posiciones religiosas y filosóficas” (Carril y López, 2008, p.17).

Como mencionábamos anteriormente, el aborto es una práctica que siempre fue realizada por las mujeres.

Lo único que ha generado y promovido esta ley punitiva, es la práctica clandestina, realizada en condiciones de riesgo, que impacta en la salud, el bienestar y la vida de las mujeres. La criminalización del aborto no parecería tener como principal objetivo la reducción de la práctica sino el condicionamiento y la generación de un clima de condena afianzando en una doble moral con la correspondiente culpabilización y juzgamiento social de las mujeres que muestran evidencia de haberse practicado un aborto. Este contexto social y legal, salvo excepciones, se mantuvo durante décadas. (Johnson *et al.*, 2011, p.14).

Es a partir de la recuperación democrática en 1985 que se comenzó nuevamente a poner en discusión la legislación sobre el aborto y a partir de ahí se comenzaron a presentar diferentes proyectos de ley en busca de cambiar el estado actual de la práctica. Esto se visualiza ya que entre 1985 y 2007 se presentaron 6 proyectos de ley (Johnson *et al.*, 2011).

En el año 2004 se da inicio a un proceso llamado “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” realizado por médicos y

profesionales de Salud, en el Hospital Pereira Rossel, el mismo tenía objetivos específicos. En primer lugar, siempre respetando la decisión informada de la usuaria, la acción médica tendrá como meta disminuir la incidencia de abortos provocados; para esto se generará una instancia médica y psicosocial que permitirá realizar un diagnóstico, asesoramiento y apoyo a todas aquellas usuarias del sistema de salud, para poder brindar toda la información necesaria dependiendo de cada caso, y para que las usuarias puedan tomar decisiones responsables. Por otro lado, luego de que la usuaria tome la decisión con toda la información necesaria, y la misma sea de realizarse un aborto provocado, se desarrollarán medidas para cada caso, con el fin de reducir complicaciones inmediatas, para evitar riesgos mayores e incluso la muerte materna (Briozzo, 2002).

Es a través del decreto ministerial, Ordenanza 369/04 “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, que el Ministerio de Salud Pública dio su apoyo pasando a ser una Norma de atención sanitaria a nivel nacional (Ministerio de Salud Pública, 2004).

En 2006 se presentó un nuevo proyecto de ley, ingresando así a la agenda parlamentaria. Este proyecto de ley ubicó de manera integral, el rol de Estado en tanto garante de los derechos sexuales y reproductivos y estableció medidas para garantizar su pleno ejercicio, entre otros: programas de educación sexual, prevención de embarazos no deseados mediante acceso universal a métodos anticonceptivos y promoción de maternidades y paternidades elegidas (Carril y López, 2008).

Proyecto que luego de su aprobación, daría paso a la Ley N° 18426 *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*, incluía artículos donde se derogaban los artículos del Código Penal donde se penalizaba y establecía el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente el embarazo, siguiendo determinados criterios, por ejemplo: a realizarse antes de las 12 semanas de gestación, luego de ellas establecía excepciones y que la misma se debería brindar en los servicios de salud, públicos o privados sin valor comercial. Los

artículos anteriormente mencionados fueron vetados por el Poder Ejecutivo, por lo que la legislación en tanto la práctica continuó sin modificaciones, aun así, con esta limitación, dio apertura al debate sobre la práctica, y habilitó la atención pre y post aborto en clave de disminución de riesgos por abortos inseguros. Si bien el prestador de salud no brindaría la medicación para realizar la interrupción, la Ley establece que la mujer que desea interrumpir un embarazo tiene derecho no solo a los estudios necesarios para confirmar el embarazo y viabilidad del mismo, sino también al asesoramiento, sin realizar juicio de valor, necesario para el procedimiento ya sea, que medicación tomar, su dosis y vía de administración. Luego de esto, la mujer que por sus propios medios adquiere la medicación y finalizado el proceso, podrá contar con la realización de asesoramiento nuevamente (Uruguay, 2008).

Es en octubre de 2012 que se aprueba la Ley N° 18987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. La misma despenaliza la práctica hasta las 12 semanas de gestación (14 semanas en caso de violación) para las ciudadanas de nuestro país, y extranjeras con un año de residencia. Siempre y cuando se realicen los pasos declarados, y los mismos serán realizados dentro de los servicios de salud (públicos o privados). Fuera de este periodo se contemplan excepciones tales como: grave riesgo de salud para la mujer, existencia de incompatibilidad con la vida extrauterina (Uruguay, 2012).

Se establecen 4 pasos que debe cumplir la mujer para poder realizar la interrupción del embarazo con el aval de la Ley. Cada uno de estos pasos, son llamados por la sigla IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) y el número del paso.

En el IVE 1 la mujer, con sospecha de embarazo o ya con su confirmación, se dirige a su servicio de salud, donde debe ser atendida por un ginecóloga/o, partera/o, o médica/o general. El mismo, debe atender su consulta y luego de la confirmación de la mujer en su deseo de interrumpir, deberá recetarle los exámenes correspondientes (ecografía y análisis de sangre). En el IVE 2, será atendida por un equipo interdisciplinario, compuesto por un/a trabajador/a social, ginecóloga/o y psicóloga/o, con los cuales llenara un formulario

establecido con preguntas sobre su situación en general y los motivos de su deseo. Luego de este paso pasarán 5 días obligatorios de reflexión. Al sexto día, la mujer deberá dirigirse nuevamente al servicio donde un/a ginecóloga/o, tomara su consentimiento y le recetara la medicación, compuesta por mifepristona (1 pastilla) y misoprostol (dosis correspondiente a la cantidad de semanas de gestación). El proceso de expulsión se realiza de manera ambulatoria, y sin supervisión médica. Luego de pasados 10 días de la expulsión (aproximadamente) se le realizara una ecografía, que con posterior lectura médica, confirma la finalización del proceso. Es en este paso que se la recomendará a la mujer la utilización de algún método anticonceptivo como prevención de futuros embarazos no deseados (Uruguay, 2012).

La aprobación de esta Ley y la posterior reglamentación, son pruebas de un avance en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en nuestro país, así como su correlato a nivel de derechos humanos. Aun así, el proceso que deben de transitar las mujeres para interrumpir, perpetúa el imaginario social, en cuanto al ser madre como fin de toda mujer, y habilita el discurso en cuanto a la libertad de las mujeres a tomar esta decisión conscientemente.

El aborto como práctica ha sido parte de cuestionamientos en la opinión pública ya que en la misma se mezclan elementos y argumentos de diversas aristas, ya sea la academia, la medicina, la cultura, la región, la clase socioeconómica, etc. Argumentos ya sea a favor o en contra del aborto pero que todos tienen un denominador común, las mujeres. Y es en las mujeres que recaen todo tipo de significados respecto al proyecto de vida, la sexualidad, las decisiones y roles de la mujer en la sociedad por ser aquellas que tienen la posibilidad, por capacidad biológica, de reproducir y parir.

Si bien las mujeres uruguayas y extranjeras con un año de residencia en el país tienen el derecho a interrumpir un embarazo dentro de las 12 semanas de gestación, solo con su deseo y sin costo por la atención necesaria para evitar complicaciones durante el proceso, aun lo hacen sin la libertad que deriva de poner en ejercicio su derecho. Ya que si bien, como se menciona

anteriormente, las leyes participan en la producción y re-producción de efectos simbólicos, la penalización cultural del aborto, aún está arraigada en nuestra sociedad.

Los avances políticos y sociales en el debate sobre la despenalización del aborto voluntario y sobre el reconocimiento y respeto de la diversidad sexual coexisten – en diversos países – con crecientes y sofisticados dispositivos de violencia sexista (violencia doméstica, y violencia sexual), estigma y discriminación, homofobias entre otras manifestaciones de la desigualdad. (López, 2013, p.11).

Para poder visualizar esta limitación que aún tienen las mujeres cuando deciden transitar un aborto seguro dentro de su servicio de salud, es que realizaré un acercamiento al concepto de estigma, y más específicamente, estigma de aborto, se constituye como barrera para las mujeres al ejercer su derecho.

b. Estigma de Aborto

El aborto no es el tardío invento de una sociedad decante y moralmente relajada, es una realidad cotidiana de todas las sociedades históricamente conocidas (Cifrain; Martinez-Ten; y Serrano; 2008).

Si bien el aborto ha existido desde siempre, aunque la práctica del aborto es realizada a nivel mundial y parte del ciclo reproductivo de las mujeres, carga con un estigma negativo, que aunque en cada cultura y época puede variar, se continua produciendo y re produciendo, de manera que recae en aquellas mujeres que transitan por la práctica, mediando en cómo ésta se vivencia.

En cuanto a la conceptualización del estigma Goffman (1963) en “Estigma, la identidad deteriorada”, nos dice: “La sociedad establece medios para categorizar a las personas y también los atributos que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías (...) es decir, su “identidad

social” (Pág. 11-12). A raíz de esto es que realiza una aproximación a la definición de estigma, tomándolo a éste como un atributo negativo y desacreditador (Goffman, 1963).

Tomando al individuo estigmatizado como:

Un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuándo lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen los restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto” (Goffman, 1963, p.15).

Introduciendo esta noción sobre el estigma en la práctica del aborto, es que se podría identificar a la mujer que decide interrumpir un embarazo, como un individuo con un atributo desacreditador, ya que la norma, o aquello que es parte de la identidad social del ser mujer, el “ser madre”, no solo está siendo negado, sino que se decide activamente cortar ese ciclo, desafiando los ideales de la comunidad y tomando la decisión solo teniendo en cuenta su necesidad. Por otro lado, esa mujer, rompe con el estereotipo establecido de mujer devota, es tomada como libertina en cuanto a que cuestiona a la familia como institución.

La mujer que decide interrumpir un embarazo, carga con un atributo negativo, una marca que puede ser interna o externa, marca que desvaloriza su feminidad. Ya que aunque las características de la feminidad son construidas dependiendo de la cultura y de la época, la mujer que aborta rompe con la supuesta naturaleza de las mujeres, aquella que establece que toda mujer es mujer porque puede y debe dar vida. Es por esto, que además aquellas mujeres que deciden interrumpir un embarazo, desafían completamente a las leyes “naturales”, afianzando la autonomía sobre sus vidas, cuerpos y decisiones reproductivas, de tal manera que amenaza directamente a los ideales de subordinación de las mujeres por sobre la comunidad.

Si realizamos una búsqueda en el tiempo, en cuanto a la aparición del estigma del aborto, no encontraríamos la raíz ni como este se produce, pero si encontramos en los relatos de las mujeres que transitan por un aborto, indicios de como este puede interferir en la vivencia de la práctica y el acceso a la información sobre la misma.

Sobre la producción de estigma del aborto en *Conceptualizando el estigma del aborto*, 2006, se aclara:

Si bien sus causas principales son múltiples, los activistas y los científicos sociales a menudo argumentan que el estigma del aborto se perpetúa por los sistemas de acceso desigual al poder y los recursos, roles de género estrechos y rígidos e intentos sistemáticos de controlar la sexualidad femenina (p.628).

La invisibilización de la práctica, la frecuencia con la que sucede y los múltiples motivos y situaciones que llevan a una mujer a decidir interrumpir el embarazo, habilita un entorno propicio para reproducir el estigma respecto al aborto, ya que al no ser hablado y tratado libremente, se genera un velo sobre la práctica (Kumara; Hessinia y Mitchell, 2009).

La imposibilidad de hablar sobre aborto como parte de la vida reproductiva de las mujeres, como práctica que las mujeres realizan y han realizado desde tiempos antiguos, habilita la producción de la categoría “mujeres que abortan”, categoría que excluye a las mujeres que abortan de la normativa de mujer, generando características indeseables, logrando homogeneizar la práctica y las mujeres que interrumpen un embarazo, etiquetándolas como desviadas de la norma, y estableciendo un estereotipo negativo en torno a ese grupo (Kumara, et al., 2009).

Una vez que se ha logrado la invisibilización de la práctica y establecido el estereotipo que clasifica a las mujeres que abortan, se establece el estigma de aborto a partir de las manifestaciones de estas generalizaciones a nivel interpersonal, es decir, se manifiesta explícitamente las creencias

generalizadas con respecto a la práctica y hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo (Kumara, et al., 2009).

Las manifestaciones del estigma promulgado en un nivel interpersonal puede incluir: denegación de asistencia médica precisa información, tarifas excesivas por servicios, abuso verbal o físico, expulsión de la escuela o empleo, vergüenza pública, poner en peligro a las perspectivas matrimoniales, comunidad ostracismo, mala calidad de los servicios o el uso de proveedores desentrenados en condiciones inseguras (Kumara et al., 2009, pág. 630).

El estigma se puede observar en diferentes niveles y formas de reproducción. Lo que es claro, es que el mismo tiene como base relaciones de poder estructurales, que van de la mano a los roles de género, como se construye la sexualidad femenina y construcciones con respecto a las maternidades.

El estigma de aborto, tiene una característica que impide la realización de estudios que verifiquen como este actúa y como influenciaría a las mujeres respecto a la práctica, característica asociada a las formas que tienen las mujeres de interrumpir un embarazo. En muchos casos, a nivel internacional y también a nivel nacional, en situaciones que la Ley N°18987 no contempla, las mujeres se ven obligadas a pasar al circuito clandestino para poder interrumpir un embarazo, situación que genera una mayor invisibilización de la práctica, y evita poder investigar sobre la temática, para poder generar herramientas que desmitifiquen el proceso, visibilicen las vivencias de las mujeres que transitan por un aborto, y se logre generar una aceptación del proceso tal y cual es. “En definitiva, el estigma del aborto sirve para borrar y disfrazar un procedimiento médico legítimo, desacreditar a quienes lo proporcionarían o lo adquirirían y socavar a quienes abogan por su legalidad y accesibilidad” (Kumara, et al., 2009).

En Febrero del 2017, la organización *Ibis Reproductive Health* ejecutó una investigación de estudios de caso en colaboración con la *Línea Aborto, Información Segura* en la cual se realizaron 6 entrevistas en profundidad a mujeres que, en busca ya sea de información, acompañamiento o escucha,

utilizaron la Línea Aborto, Información Segura. De la misma se desprende que aunque algunas mujeres informaron que el acceso al aborto era relativamente fácil en Uruguay, todas experimentaron diferentes manifestaciones del estigma durante el proceso de aborto.

Cinco de las seis participantes experimentaron estigmatización por parte de los profesionales médicos que participaron en el proceso de aborto. Este estigma, potencialmente institucional, se puede percibir en forma de gestos faciales, comentarios verbales en busca de avergonzar a las mujeres, brindando información inadecuada, negando la atención, y en algunos casos hasta solicitando explícitamente explicaciones. En sus palabras:

“desde el momento que vos decís IVE o lo que sea ya te tratan de otra manera” (30 años) (...) “no me trataron como deberían, yo me tenía que haber sentido segura desde el primer día, y me sentí como, rechazada, como juzgada, señalada, me sentí más mala persona de lo que me sentía cuando tome la decisión” (34 años) (Blanchard *et al.*, 2017, p.19).

Por otro lado en el estudio se observa que las mujeres experimentaron estigma internalizado. En este sentido, las mujeres a veces sentían la necesidad de dar explicaciones en cuanto a su decisión de interrumpir, de manera de justificarse. Informaron que sintieron mucha culpa, vergüenza y hasta se sintieron egoístas. “Sí me sentí mala persona...ya te digo me anoté en otras actividades para no pensar tanto porque viste que la mente te juega un poco, pero bueno tá, me sentí mala persona” (23 años) (Blanchard, *et al.*, 2017, p.20).

El estigma experimentado por las mujeres interviene en como las mismas puedan transitar el aborto y los sentimientos posteriores asociados a la práctica. Es por esto, que resulta necesario comenzar a categorizar la violencia que sufren las mujeres cuando deciden interrumpir un embarazo, ya que la invisibilización de la misma, habilita a la producción y reproducción de violencias. En busca de esto, es que realizaremos un acercamiento a la violencia obstétrica, su definición y legislación en nuestro país.

c. Violencia Obstétrica

(...) en la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia (Federici, 2016).

La construcción de la maternidad, su vivencia y las maneras que tienen las mujeres de transitar por el embarazo, parto y puerperio, está dada por los cambios sociales como forma de regular y construir que es lo necesario frente a este momento vital en cada época. Y así mediante diferentes mecanismos de poder, definir qué es lo correcto y por el contrario que procedimientos deben ser evitados (Belli, 2013).

Si centramos la mirada a partir de mediados del S. XIX, con el auge de la medicina y las políticas higienistas abaladas por los Estados, comienza un nuevo paradigma. Las mujeres ya no transitaban por el parto en su hogar acompañada por otras mujeres que ya habían pasado por esa situación, sino que comienzan a hacerlo dentro de la institución de salud. Pasando a ser un momento regulado por los profesionales de la misma, que en su mayoría eran hombres, ya que eran los hombres quienes accedían a la educación universitaria médica.

Este corrimiento no solo corre a la mujer del rol protagonista ante este momento vital, sino que anula la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo (Arguedas, 2014). Habilitando a otro avalado por el poder médico quien resuelve sobre el cuerpo de la mujer, decidiendo, como, cuando, donde y de qué manera la mujer debe transitar por la maternidad, es decir: “se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda” (Arguedas, 2014, p. 163).

Una vez estructurada esta forma de transitar la maternidad regulada por el poder médico y dentro de la institución de salud, la mujer pasa a un lugar de subordinación y desigualdad, relación que en sus bases produce y reproduce violencia. Violencia invisibilizada y regulada por el poder médico, que con la habilitación del Estado, interviene disciplinando y regulando el cuerpo y libertad de las mujeres. El saber médico como el único con conocimiento autorizado produce la generalización de aquellos cuerpos necesitados de cuidado médico, asumiendo que el parto es un evento médico, y como tal, debe ser monitorizado e intervenido por el profesional (Bellón, 2015).

La intervención médica en el proceso de embarazo, parto y puerperio no derivaría en un acto violento. Es la aplicación de prácticas generalizadas, rutinarias, injustificadas, medicalizadas y mecanicistas, que habilitan el carácter negativo de la intervención médica, derivando en situaciones de violencia hacia las mujeres (Belli, 2013).

Prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural y en la falta de reconocimiento del carácter de sujetas morales y titulares de derechos que tienen las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud, se traducen en actos concretos que violentan el derecho a la integridad personal de las mujeres (Villanueva, 2016, p. 11).

Mediante estas prácticas la violación de los derechos humanos de las mujeres al goce libre de la salud se manifiesta de varias formas, ante esto es que se genera la necesidad de clasificación de esta violencia, para su posterior estudio y visibilizarían.

La violencia obstétrica es definida como:

Una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto

de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (GIRE, s/f., p. 120).

Esta clase de violencia se expresa a través de un trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, manipulación de la información, insultos, burlas, exposición, humillación, negación de atención frente a reclamos, invalidación, desinformación de los procesos, utilización de mujer como objeto de práctica, (GIRE, s/f) entre otras manifestaciones violentas.

Ya que es difícil explicitar todas las formas en que se expresa la violencia, utilizaremos dos clasificaciones, que permiten dar una noción global: por un lado, la violencia obstétrica física, dada por el suministro de medicación injustificada, prácticas invasivas y/o cuando no se respeta el tiempo necesario frente a la posibilidad de parto biológico. Y por otro, la violencia obstétrica psicológica que incluye discriminación, humillación y omisión de información en todo el transcurso del embarazo, parto y puerperio (Medina, 2009).

En cuanto a la legislación sobre violencia obstétrica en nuestro país, contamos con dos leyes que introducen esta problemática: La Ley N° 18426 *Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva* y la Ley N° 19580 *Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género*.

En la Ley N° 18426 *Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*, el Estado garantizara las condiciones necesaria para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población, promoviendo políticas y programas nacionales de salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008).

Si bien, en esta Ley, no se introduce la violencia obstétrica como tal, en sus artículos plantea acciones que evitarían el maltrato dentro de las instituciones de salud hacia las mujeres en el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, asegurando el respeto de los mismos de las personas institucionalizadas, previniendo la morbilidad materna y sus causas, promoviendo y garantizando un parto humanizado con foco en la intimidad y privacidad de la mujer, posicionándola en un rol protagónico respetando su

tiempo biológico y psicológico, evitando así la medicalización innecesaria y prácticas invasivas (Uruguay, 2008).

Por su parte, la Ley N° 19580, *Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género*, tiene como objetivo brindar a las mujeres el efectivo goce del derecho a una vida libre de violencia basada en género (Ley N° 19580, 2017). Para esto, en su Artículo 4 define a la violencia de género, como: “(...) una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres” (Uruguay, 2018).

Y luego aclara:

Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres (Uruguay, 2018).

En su Artículo 6, realiza un punteo y define las manifestaciones de violencia basada en género, entre ellas: Violencia física, psicológica o emocional, sexual, por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género, económica, patrimonial, simbólica, obstétrica, laboral, en el ámbito educativo, acoso sexual callejero, política, mediática, femicida, domestica, comunitaria, institucional, y étnica racial. Siendo estas no excluyentes entre sí, ni ante otras que no se hayan explicitado en este artículo (Uruguay, 2008).

Centrándonos en dos de las manifestaciones previstas por la ley, vemos que la Violencia Institucional es definida cómo:

Toda acción u omisión de cualquier autoridad , funcionario o personal del ámbito público o de instituciones privadas, que discrimine a las mujeres o tenga como fin menoscabar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las mismas, así como la que obstaculice el acceso de las mujeres a las políticas y servicios destinados

a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres previstas en la presente ley (Uruguay, 2018).

Por su parte, Violencia Obstétrica es definida como: “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Uruguay, 2018).

La introducción de la violencia obstétrica e institucional como expresión de la violencia de género, habilita a la reflexión de como la estructura patriarcal de subordinación de la mujer se sustenta también, gracias a la reproducción de intervenciones injustificadas en el cuerpo de la mujer durante el proceso reproductivo, privándola de autonomía dentro de los servicios de salud.

Reflexiones finales

En este capítulo, se intentará unificar lo elaborado en los tres capítulos precedentes en busca de dimensionar y responder la pregunta inicial: ¿se podría identificar como violencia obstétrica la violencia que sufren las mujeres en el proceso de interrupción del embarazo?

Como hemos evidenciado en los capítulos anteriores, la construcción identitaria en cuanto al ser mujer, es dada por estereotipos de género (Saletti, 2008). La libertad de expresión en cuanto a la toma de decisiones en su ciclo vital, y por ende, en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, esta coartada estructuralmente desde el comienzo de su vida.

La construcción social de la corporalidad de la mujer como cuerpo envase, habilita a la apropiación del mismo en cuanto a que lo que realmente importa es el producto de su gestación. De manera que, si una mujer decide activamente transitar por la maternidad, y por ende, el embarazo, parto y puerperio, las acciones y herramientas que se utilizaran en ese proceso, pondrán el foco en el producto de esa gestación, no teniendo en cuenta o ni siquiera cuestionando como esto afecta a la mujer que está gestando (Soto-Toussaint, 2016).

Por otro lado en el caso de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, recae también en ellas y en los mecanismos que tienen para realizar la interrupción, el peso de la mujer como cuerpo envase, cuerpo para la reproducción. La importancia de la gestación y esa posible vida humana, pesa más que la salud de la mujer que la está gestando. Ejemplo de esto son los relatos de las mujeres que han interrumpido un embarazo y al ingresar a su servicio de salud, se le ha demorado la asistencia, o se le ha juzgado por sus actos (Blanchard *et al.*, 2017,).

De modo que esas acciones finalizan en complicaciones reales de salud para esa mujer teniendo en cuenta que la realización de abortos dentro del sistema de salud es legal hasta las 12 semanas de gestación, las demoras se presentan como real barrera de acceso, ya que una demora en el tiempo de la

atención o para brindar fecha, puede llevar a las mujeres a la realización de abortos clandestinos y no seguros. Estos casos son sostenidos por diferentes manifestaciones ante la obligación de brindar servicios de aborto, entre ellas, los profesionales que han objetado conciencia para la realización de abortos. Esto significa que si no hay personal que realice el procedimiento (firma de receta médica), las mujeres deberán esperar para obtener una cita con un profesional que si lo realice (Blanchard *et al.*, 2017).

En cuanto a situaciones explícitas de violencia que se enfrentan las mujeres dentro de los servicios de salud, encontramos: “Que el médico salga a la sala de espera y pregunte a los gritos quién va para interrumpir su embarazo, que te muestren la pantalla mientras te hacen la ecografía o que te hagan escuchar latidos” (De Masi, 2018, párr. 2).

La construcción de la violencia que sufren las mujeres en cualquier momento de su ciclo reproductivo, tiene la misma base estructural, ya sea si se decide continuar ese ciclo o finalizarlo. Son las construcciones estereotipadas de género que se encargan de definir y construir generalizaciones con respecto a lo que es correcto para la vida de las mujeres, basándose solo en su capacidad reproductiva y no en su autonomía y diversidad.

Generalizaciones que al no ser desmitificadas y re-elaboradas desde una perspectiva de derechos y con el foco en la libertad de decisión sobre el cuerpo de las mujeres, continuaran produciendo y reproduciendo estigma. Estigma que actúa directamente como barrera para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

No incluir a las mujeres que interrumpen un embarazo como parte de las afectadas por violencia obstétrica habilita también la exclusión. Tal exclusión también violenta, ya que se jerarquiza la continuación completa del ciclo, como si esta fuera la única posibilidad frente a la gestación, y no comprende que en el ciclo reproductivo las mujeres se enfrentan a impactos que trascienden a su individualidad y se habilitan gracias a la generalización. Por esto, es importante comenzar a dar el debate de la violencia que sufren las mujeres en estos casos, ya que “de acuerdo a como se conciba la violencia, se diseñaran las

formas de abordarla, la forma de registrarla y medirla, los programas para detectarla y prevenirla y las políticas para erradicarlas” (Carril, 2014, p.6).

Como nos decía Alejandra López (2013) en cuanto a los retos que enfrenta nuestra disciplina frente a la salud sexual y reproductiva:

Uno de los retos fundamentales para el proyecto universitario en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, es precisamente contribuir a fortalecer teórica y metodológicamente la idea principal de que los sujetos, sus circunstancias y sus derechos, deben estar en el centro del mapa conceptual y practico de la salud sexual y reproductiva (pág. 10).

La psicología como disciplina, ha participado y apoyado desde su rol a la consolidación de diversos derechos en cuanto a la salud sexual y reproductiva que permiten hoy poder reflexionar libremente y con bases legales sobre estos temas. Aun así, es necesario realizar conexiones entre las diferentes perspectivas, para poder garantizar el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos de todas las mujeres.

Es real, que a nivel nacional tenemos un contexto progresista que en comparación con otros países de la región es de avanzada. No obstante, la incorporación de temas como el aborto y la violencia obstétrica a la legislación y así como también a la opinión pública, habilita un contexto de visibilización y apertura, por lo que es importante continuar acompañando estos procesos y comenzar a aportar herramientas para identificar barreras aún existentes y generar en unión con saberes de otras disciplinas, políticas que permitan el transito libre, seguro y autónomo de las mujeres por sus diferentes momentos vitales.

Bibliografía

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(1), pp. 145-169.
- Arvelo, L. (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras Miradas*, 4 (2), pp. 92-98
- Becerra, M. (2001). Ciudadanía Femenina y Maternidad en los Inicios del Siglo XX: las Dos Caras de la Moneda. *Revista Nomadías*. CONICET/Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género-Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires, Nº 14, 59 - 77.
- Bellí, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34.
- Bellón, S. (2015) La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata, Universidad de Granada*, 7(18), 93-111.
- Blanchard, K; Gerdtz, C; Reyes, Y; Fix, L; Tejada, C, (2017). Estudio para comprender el avance hacia el acceso seguro al aborto en América Latina. Informe final de estudio de investigación. Ibis Reproductive Health.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo, Uruguay: Sindicato Médico del Uruguay.
- Butler, J. (2007) *El género en disputa*. Paidós. Buenos Aires.
- Carril, E. (2014). *Violencia de género. Diálogos entre Estado, Academia y Sociedad Civil*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitarios.
- Carril, E. y López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor*. Montevideo, Uruguay: Trilce.
- De Masi, V. (2018). Aborto testimonio: "Sólo una mujer puede entenderte". *Clarín Viva*. Recuperado de: https://www.clarin.com/viva/solo-mujer-puede-entenderte_0_BJW7goQVQ.html
- Federici, S. (2016). *Caliban y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 3º edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.
- Fondo de población de las Naciones Unidas (2014), Salud sexual y Reproductiva. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y->

reproductiva

- Goffman, E, (1963/2006) Estigma. La Identidad deteriorada. Recuperado de [:https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf](https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf)
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (s/f). Capítulo 4: *Violencia Obstétrica*. Recuperado de: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- Guerra, N. (2016). *Percepciones de las adolescentes en torno al aborto*. Tesis de grado. Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/version_final_monica_guerra_ultimo.pdf
- Johnson, N; Sapriza, G; López, A; Pallas, C; Castro, A; Sarlo, O; Moreira, C; Andreoli, M, (2011). *(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Comisión Sectorial de la Investigación Científica. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/7619/1/Despenalizacion%20del%20aborto%20en%20Uruguay.pdf>
- Kumara, A, Hessini, L, Mitchell, E, (2009), *Conceptualising abortion stigma*, Taylor & Francis, North Carolina, USA, ISSN 1369-1058 print/ISSN 1464-5351 online
- Lamas, M. (1994). *Cuerpo: diferencia sexual y género. Debate feminista n°10*. México.
- Londoño, A. (S/F), *Feminismo, autoconciencia y derechos sexuales y Reproductivos* (versión editada), “Más allá del Cairo y Beijing: fortaleciendo las habilidades de las ONG’s en América Latina”, Chinauta, Cundinamarca.
- López, A. (2013). *Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay*. Conferencia inaugural Académica 2013. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: <http://psico.edu.uy/sites/default/files/filesftp/libros/conferencia-2013.pdf>
- Medina, Graciela, (2009) “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4. Disponible en: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>

- Ministerio de Salud Pública (2004). Ordenanza N° 369/04, *Asesoramiento para una maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay, 4 de agosto de. Recuperado de: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/13-Uruguay-Measures-of-protection-against-unsafe-abortion.pdf>
- Onu (1948). Declaración universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. Revista La Ventana, 22, 35-67. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>
- Rostagnol, S. (2014). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).
- Saletti, L. (2008). *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*. Programa de Doctorado Salud, Antropología e Historia de la Universidad de Granada.
- Soto-Toussaint, (2016). Violencia Obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 39 (1): 55-60.
- Uruguay (2008). Ley N° 18426. *Defensa del derecho a la salud sexual y Reproductiva*. Poder Legislativo. Montevideo, Uruguay, 10 de diciembre de 2008. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay (2012). Ley N° 18987 *Interrupción voluntaria del embarazo*. Poder Legislativo. Montevideo, Uruguay, 30 de octubre de 2012. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- Uruguay (2018). Ley N° 19580. *Violencia hacia las mujeres basada en género*. Poder Legislativo. Montevideo, Uruguay, 09 de Enero de 2018. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Vargas, M. (2003), *Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos*. Escuela Andaluza de Salud Pública Granada.
- Villanueva, L. (2016) Violencia obstétrica, *Revista CONAMED* / 21 (1), México.