

bibliotecaplural

Profesionales de la salud y aborto en Uruguay

Transiciones y disputas
en el camino a su legalización
(2000-2012)

Alejandra López Gómez



PROFESIONALES DE LA SALUD
Y ABORTO EN URUGUAY

Transiciones y disputas
en el camino a su legalización
(2000-2012)

Alejandra López Gómez

PROFESIONALES DE LA SALUD
Y ABORTO EN URUGUAY

Transiciones y disputas
en el camino a su legalización
(2000-2012)



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

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

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Mónica Lladó, Luis Bértola, Carlos Demasi, Cristina Mazzella, Sergio Martínez, Carlos Carmona y Aníbal Parodi ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2016.

© Alejandra López Gómez, 2016
© Universidad de la República, 2018

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

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/>

ISBN: 978-9974-0-1583-8

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
PRESENTACIÓN, <i>Alejandra López Gómez</i>	11
INTRODUCCIÓN. Investigar sobre aborto: la acción profesional en el foco.....	15

PARTE 1. EL CONTEXTO COMO TEXTO

Proceso histórico y claves sociopolíticas del aborto en Uruguay

UN PAÍS «SUAVEMENTE ONDULADO».....	23
LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	33
Período 1996-2004: el ingreso de la salud sexual y reproductiva y el aborto inseguro como asuntos de la política pública.....	36
Período 2005-2009: el reconocimiento jurídico de la salud sexual y reproductiva como derecho humano.....	40
Período 2010-2012: el camino hacia el aborto legal.....	43
LAS DIMENSIONES DEL ABORTO: ELEMENTOS HISTÓRICOS Y CONTEMPORÁNEOS.....	49
Mortalidad y morbilidad materna en Uruguay: la emergencia de un grave problema social.....	50
El aborto clandestino: aspectos sociales, psicológicos y sanitarios.....	55
EL SISTEMA DE SALUD FRENTE AL ABORTO CLANDESTINO E INSEGURO.....	59
Atención institucional del aborto.....	60
Atención pre y posaborto.....	62
Aborto y políticas públicas, algunas consideraciones.....	66

PARTE 2. PROFESIONALES DE LA SALUD Y ABORTO

Las prácticas profesionales interpeladas

PROFESIONALES Y ABORTO: EL ESTUDIO DE UNA RELACIÓN COMPLEJA.....	71
LA INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE PROFESIONALES Y ABORTO.....	77
Los médicos y el aborto.....	77
Enfermeros/as y psicólogos/as frente al aborto.....	83
HACER INVESTIGACIÓN DESDE EL FEMINISMO.....	87

GÉNERO: CERTEZAS, RUPTURAS E INESTABILIDADES.....	91
FEMINISMO, CUERPO Y SALUD.....	107
CAMPO PROFESIONAL Y SALUD: LA RELACIÓN ENTRE MORAL Y TÉCNICA.....	113
DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL CENTRO DE LA ESCENA.....	121
SERVICIOS DE SALUD Y MUJERES QUE ABORTAN: INTERVENIR «EN EL BORDE»	127
Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en la incorporación de la política.....	127
El consultorio, una caja poco transparente.....	136
EL ABORTO COMO OBJETO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	149
El constructo naturaleza-cultura en el discurso profesional sobre aborto	150
Las mujeres que abortan: de «patología reproductiva» a «patología social-provocada».....	155
El aborto como evento traumático.....	163
LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL COMO CONSTRUCTO.....	169
Articulación persona-rol profesional en la atención de mujeres en situación de aborto.....	172
La <i>excusa tecnológica</i> : el estigma del aborto en el horizonte	181
TRANSFORMAR EL ESPACIO DE LA SALUD: EL ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES	193
El derecho a decidir de las mujeres	194
Los/as profesionales frente a la práctica legal del aborto: una «transición de conciencia».....	199
Una puesta a punto sobre el actual marco legal.....	205
CONCLUSIONES EN CLAVE DE APERTURA	209

PARTE 3. NOTAS TÉCNICAS

MÉTODO PARA UN ABORDAJE HERMENÉUTICO	221
EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	225
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	231
REFERENCIAS	235
DE LA AUTORA.....	256

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

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

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

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

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

Por ello es necesario:

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

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

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

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

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

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Agradecimientos

A los y las profesionales de la salud que brindaron su tiempo para participar de entrevistas y grupos focales. Gracias a sus aportes esta investigación ha sido posible.

Al colectivo docente del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología y muy especialmente a mis compañeros y compañeras del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades, con quienes compartimos afectos, proyectos, sueños y muchas horas de trabajo diario, en el mejor clima de confianza y apoyo mutuo que se pueda pedir.

A mis estudiantes de grado y posgrado, quienes sin proponérselo ayudaron y mucho con sus ideas y preguntas en la elaboración de esta publicación.

A la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, que apoyó la realización de todos los estudios sobre aborto que hemos realizado desde la Facultad de Psicología en estos 15 años de investigación en el tema. Sin ese apoyo no hubiera sido posible generar un corpus de evidencias sobre sus distintas facetas y dimensiones, con el cual contribuimos al debate social y político sobre el tema.

Agradezco muy especialmente a Susana Checa, por su generosidad y su sabiduría. Porque en su compromiso con los derechos de las mujeres, se funda lo mejor de un pensamiento situado y de una acción feminista implicada.

Al equipo de MYSU, al de ayer y al de hoy, por su compromiso con los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay y por el incansable trabajo en visibilizar y generar conocimiento sobre las experiencias de aborto de las mujeres.

Finalmente, a Luis y a mi familia, y a todas y todos quienes de distintas maneras y desde lugares diversos formaron parte de esta aventura del conocimiento.

Presentación

El trabajo que aquí presento es la base de la tesis que elaboré entre los años 2010 y 2014 para acceder al título de doctora en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires, tesis que defendí en mayo de 2015.¹ Pero es, fundamentalmente, producto de un largo recorrido de investigación sistemática sobre distintas dimensiones del aborto voluntario, de la cual he formado parte así como de un proceso de reflexión y acción social y política para transformar las condiciones que limitan el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las mujeres, en particular, de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. En definitiva, es la síntesis de una relación entre pensamiento y acción social transformadora que ha guiado una forma de hacer investigación, de producir conocimiento: situado, comprometido, implicado.

Este proceso, que se inició hacia los años noventa, se sostuvo en el análisis crítico y robusto que se genera en el diálogo con otros actores. Así, en 1996, un grupo de activistas y profesionales de la salud fundamos Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), una organización social feminista abocada a la promoción y defensa del derecho a la salud y los derechos sexuales y los reproductivos en Uruguay. Desde allí hemos vivido intensamente y hemos protagonizado el escenario de la lucha política y social por el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, sus vidas sexuales y la autodeterminación reproductiva. Aprendimos de nuestros aciertos y de nuestros errores, recreamos estrategias, construimos argumentos, generamos evidencias. Hemos sufrido reveses y celebramos logros.

Casi en paralelo, pero profundamente enlazado con el trabajo de incidencia social, un grupo de docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República propusimos a su Consejo la creación de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género,² proyecto que se concretó en 1999. Desde ese espacio académico desarrollamos una agenda de investigación en género, salud y derechos sexuales y reproductivos con énfasis en asuntos relevantes para la sociedad uruguaya, entre ellos, el aborto inducido. En ese contexto, y con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC, Universidad de la República), hemos podido consolidar una línea de investigación sobre subjetividad y aborto, a través de la realización de varios proyectos de investigación I+D. El primero, «Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización» (2004-2006), se centró en el estudio de la experiencia subjetiva de las mujeres que transitaban por la decisión y la práctica del aborto en

1 La tesis llevó por nombre *Profesionales de la Salud y derechos reproductivos. Transiciones y disputas en la atención a mujeres en situación de aborto en Uruguay* (2000-2012).

2 Desde 2011, se denomina Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades, ubicado en el Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología.

la clandestinidad y en condiciones de inseguridad sanitaria y jurídica, analizando las marcas de esta experiencia en la subjetividad. El segundo, «Varones y aborto: significados y opiniones en varones uruguayos de distintas edades y niveles educativos» (2006-2008), se propuso conocer el repertorio de significados de los hombres sobre la experiencia del aborto y el derecho a decidir de las mujeres así como sus opiniones sobre la despenalización. Posteriormente, implementamos el proyecto «(Des)penalización del aborto en Uruguay. Actores y Discursos. Abordajes interdisciplinarios» (2009-2011), junto con investigadores/as de distintas facultades. La experiencia de diálogo interdisciplinario resultó clave para comprender en profundidad las distintas facetas y dimensiones implicadas en el aborto en cuanto constelación de asuntos relacionados con lo social, el cuerpo, las sexualidades, la (no) maternidad, la subjetividad y los derechos. Finalmente, la saga se completó con «Servicios de salud y aborto voluntario. Significados y opiniones en profesionales de la salud» (2009-2011), el cual constituye la base empírica del trabajo que aquí presento.

Durante este proceso, desde los años noventa hasta ahora, hemos recorrido un camino no exento de controversias, desánimos y esperanzas. El estudio sobre aborto inducido en la región de América Latina ha ganado densidad y rigor en estos años, se ha desplegado un amplio repertorio de problemas de investigación, se han robustecido y amplificado los resultados obtenidos así como se complejizaron los marcos interpretativos para comprender las barreras que enfrentan las mujeres para acceder al aborto seguro y legal en la gran mayoría de los países. Hoy disponemos de una agenda de investigación sobre aborto a nivel regional que produce información sostenida, de calidad y útil para diversos actores (Ramos, 2015).

El estudio que comparto aquí con ustedes se centra en un período clave para Uruguay entre los años 2000 y 2012, en el que tuvieron lugar importantes debates y transformaciones políticas y sociales respecto al aborto, que condujeron a su legalización. El aborto inseguro se transformó en un objeto de política pública y ello impactó en los servicios de salud y en la relación entre profesionales y mujeres en situación de aborto voluntario. De allí que hayamos decidido colocar el foco del estudio empírico en ese nivel.

En este período, en el país y en la región tuvieron lugar intensos debates públicos sobre los marcos normativos respecto al aborto y sobre sus efectos en términos de salud, bienestar, calidad de vida y acceso a oportunidades y derechos. Las prácticas de aborto cambiaron y el uso de medicamentos se transformó en la principal modalidad de gestión del aborto voluntario para las mujeres. La incorporación del misoprostol, aún en la clandestinidad, contribuyó a disminuir el aborto inseguro, la morbilidad y la mortalidad materna por esta causa. También impactó en la relación de los/as profesionales de la salud con el aborto, en particular, porque re-centró el protagonismo de las mujeres con relación a su cuerpo, iniciando un proceso que alienta posibilidades de desmedicalización de la práctica.

En Uruguay se produjeron cambios importantes en la respuesta del sector salud frente al aborto, en un contexto más amplio de implementación de políticas y programas en salud sexual y reproductiva. En este período, es crecientemente visible el reconocimiento social y político de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, proceso atravesado por intensas disputas y debates. Al igual que sucedió en otros países latinoamericanos, la salud sexual y reproductiva comenzó a legitimarse en marcos legales y en medidas programáticas de las políticas de salud. La agenda feminista se fue traduciendo en demandas ciudadanas por ampliación de derechos y el derecho al aborto voluntario dejó de ser un asunto íntimo y personal para ubicarse claramente en el terreno más amplio de la disputa social y simbólica sobre el reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres. No se trata de procesos lineales y los avances que se pueden registrar son plausibles de sufrir reveses. Para minimizar esta eventualidad, hay que saber dónde están los nudos críticos y dónde, las mayores fortalezas.

Hacia fines del período que abarca este estudio, en octubre de 2012, Uruguay aprobó una ley de interrupción voluntaria del embarazo, Ley n.º 18.987, la cual se puso en marcha en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en enero de 2013.³ Los resultados que aquí compartimos respecto a cómo los/as profesionales de la salud se posicionaban ante el aborto voluntario en la antesala de ese cambio legal, y cómo construyeron —desde las acciones técnico-profesionales— su relación con las mujeres en situación de aborto, permiten comprender el complejo proceso de incorporación de los derechos sexuales y los reproductivos en el campo sanitario.

Desde estas páginas pretendo ofrecer insumos para analizar la relación entre profesionales de la salud y aborto, desde un enfoque que articula teoría social, feminismo y salud. Los servicios de salud y en particular los/as profesionales juegan un papel fundamental en el acceso efectivo al aborto seguro. Allí radica la relevancia de colocar la mirada en este campo, porque desde el lugar del poder-saber sobre los cuerpos y la subjetividad de las mujeres, se reproducen y perpetúan desigualdades de género y múltiples discriminaciones. En la medida de su transformación, que alientan los debates sociales y los cambios normativos, es posible generar condiciones para hacer del espacio de la salud un escenario de ejercicio de la ciudadanía para todas las mujeres.

Alejandra López Gómez
Montevideo, julio de 2016

3 Desde inicios de 2015, en el marco de la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, estamos investigando sobre la implementación de los servicios legales de aborto que se brindan en el Sistema Nacional Integrado de Salud y las barreras de acceso que experimentan las mujeres. Algunos de los resultados han sido publicados en libros y revistas científicas a nivel regional e internacional.

Introducción

Investigar sobre aborto: la acción profesional en el foco

Este trabajo analiza las tensiones que produjo, en el ámbito de las prácticas de profesionales de la salud, la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en Uruguay, en el contexto legal restrictivo sobre aborto voluntario, en el período 2000-2012. Se trató de un tiempo histórico marcado por importantes transiciones en el campo de la definición e implementación de políticas, en particular respecto a la prevención del aborto inseguro y su atención institucional.

La salud y los derechos sexuales y los reproductivos son un campo en disputa moral, ideológica, política, religiosa, simbólica y económica, y a la vez de creciente legitimación y reconocimiento a nivel social. El aborto voluntario como componente de la salud sexual y reproductiva permite analizar una constelación de asuntos vinculados a la vida afectivo-sexual, la (no) reproducción, la autonomía de las mujeres —las principales involucradas—, cuestiones que remiten, en definitiva, a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, lo laico y lo confesional, la subordinación y la dominación, los cuales se expresan en la atención de los servicios de salud y en el contrato entre profesionales y mujeres usuarias.

El modelo médico hegemónico (Menéndez, 1980; 1984), caracterizado por el biologicismo, la neutralidad, el centro en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, la ahistoricidad, el paternalismo y la concentración del saber-poder en la figura del profesional —en el marco de una cultura patriarcal y los condicionamientos de género que construyen/reproducen las prácticas profesionales—, ha sido base fundamental para el surgimiento y desarrollo del paradigma materno-infantil. Este modelo opera de manera eficiente no solo en la organización de los servicios y sus prestaciones tradicionales, sino en las prácticas profesionales, en sus posicionamientos subjetivos y en su formación técnico-profesional. El paradigma materno-infantil basado en este modelo y sostenido en la ecuación mujer = madre (y en el binomio madre-hijo) ha regido históricamente la definición de las políticas, los programas y la organización de los servicios de salud hacia las mujeres en Uruguay. La postulación de otro enfoque, el de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos —que coloca a las personas en el centro de la atención de la salud— interpela, entre otros niveles, al de las prácticas profesionales.

Se pueden identificar tres planos interrelacionados en el campo de la atención sanitaria: el de la definición de la política pública, el de la planificación y gestión en los servicios de salud y el de las prácticas profesionales. Estos planos, según Schraiber (2010), deberían articularse de manera virtuosa para cumplir

con el propósito de la atención integral cuando lo que se busca es garantizar derechos. Una política pública puede reconocer los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, pero si esta no se traduce en modos de gestión y organización de los servicios de salud y si los derechos no son incorporados en las prácticas profesionales, no se habrán generado las condiciones para su efectiva protección. Este modelo figurado como un triángulo puede ser cuestionado por su «carácter endogámico» o «intrasistémico», si se considera que los sistemas de salud se tensan especialmente al ser colocados frente a las demandas ciudadanas y su exigibilidad de derechos.

Para analizar nuestro campo de trabajo, en un primer momento, realicé un relevamiento documental sobre el surgimiento y desarrollo de la política pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en el país, con especial foco en la respuesta institucional del sector de la salud frente a la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto entre los años 2000 y 2012. Estos resultados se presentan en la primera parte de esta publicación, en clave de escenario sociohistórico y contextual en el cual se han producido y desarrollado las prácticas profesionales. En la segunda parte, se presentan los resultados del estudio empírico basado en una metodología cualitativa, para conocer cómo se organizan las prácticas profesionales de médicos/as, enfermeras, parteras y psicólogos/as, cuando se desempeñan en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en un contexto legal y jurídico restrictivo en materia de aborto, pero que reconocía parcialmente los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Se trataba de un escenario normativo que tipificaba el aborto como delito y establecía causales atenuantes y eximentes de la pena a través de la Ley n.º 9763, del año 1938. Al mismo tiempo, mediante la Ley n.º 18.426, del año 2008, se estableció la responsabilidad del Estado uruguayo de proteger, promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población en tanto los reconoce como derechos humanos, aunque, como veremos, lo hace de manera limitada.

La delimitación temporal del período 2000-2012 se justifica ampliamente. En ese tiempo se concentraron en el país los avances más significativos en la visibilidad y tratamiento público del aborto clandestino e inseguro y sus efectos sociales, sanitarios y políticos. A su vez, se avanzó en la definición e implementación de políticas y servicios en salud sexual y reproductiva, producto de la profundización del debate social y político sobre la despenalización/legalización del aborto que finalmente culminó con la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), aprobada a fines del año 2012. Se tomó en cuenta el escenario de cambios normativos y la coexistencia de marcos jurídicos contradictorios, las transformaciones que comenzó a transitar el sistema nacional de salud en términos del modelo de atención⁴ y los procesos de cambio sociocultural

4 En diciembre de 2007 se aprobó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley n.º 18.211, con modificaciones y agregados de las leyes n.ºs 18.731 y

relacionados con un creciente reconocimiento social de las mujeres como sujetos con derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

Desde 1938 y hasta fines del 2012, el aborto fue considerado delito en nuestro país, tipificado por la Ley n.º 9763. Entre 1934 y 1938, el aborto estuvo despenalizado. La temprana transición demográfica procesada a comienzos del siglo XX y el reconocimiento de la práctica extendida del aborto como método de planificación familiar fueron los elementos centrales del telón de fondo que produjo el cambio en la norma durante ese corto período. Según Sapriza (1996), un factor que explicaría este acontecimiento fue el impacto a nivel nacional de la presencia de corrientes eugenésicas de fuerte peso en Europa, en especial considerando que el contexto político en el cual tuvo lugar la despenalización fue a inicios de la dictadura militar del Dr. Gabriel Terra. Hacia 1938, luego de un intenso debate en el Parlamento nacional, se llegó a una «negociación» entre los diversos sectores en pugna y el aborto fue nuevamente considerado delito, resultando un «remiendo católico en un tejido liberal», como lo calificó —en ese momento— el reconocido médico Augusto Turenne (Sapriza, 1996, 2011; Bidegain, 2007).

La Ley n.º 9763 definió causas atenuantes y eximentes de la pena del delito mediante intervención de juez, siempre y cuando el aborto hubiera sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, con consentimiento de la mujer y mediando circunstancias especiales. Este marco normativo restrictivo no impidió, sin embargo, que las mujeres acudieran a la práctica del aborto voluntario en la clandestinidad, en condiciones de inseguridad y riesgo. En los años de vigencia de la ley, quedó demostrada su ineficacia jurídica en la medida que el aborto fue una práctica extendida en el país, la condena penal fue escasamente aplicada y la opinión pública uruguaya fue procesando una postura favorable a su despenalización (Bottinelli y Buquet, 2010).

Durante casi medio siglo (1938-1985), un manto de silencio se extendió sobre el tema, poco o nada se decía públicamente, excepto cuando la muerte de una mujer por aborto de riesgo era registrada en alguna crónica policial de los medios de comunicación. Pero en los ámbitos familiares, laborales o comunitarios circulaba información sobre acceso a aborto «seguro», dónde acudir, costos económicos o sobre prácticas desaconsejadas por riesgosas. El aborto era un asunto que se dirimía en el ámbito de lo íntimo-privado. Así definido, las mujeres debían resolver el problema en función de sus recursos materiales, cognitivos, afectivos y sociales.

El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva, estuvo planteado a partir de la recuperación democrática en el año 1985, luego de 12 años de dictadura militar (1973-1985). Lo estuvo más intensamente en el inicio del nuevo milenio, en particular debido al incremento de la muerte de

18.732, del año 2011. El SNIS postuló un cambio en el modelo de gestión, de financiamiento y de atención con prioridad en el primer nivel de atención.

mujeres por aborto inseguro, el cual tuvo una repercusión mediática y social sin precedentes. Las feministas y el movimiento amplio de mujeres fueron actores centrales para que —en el marco del nuevo escenario democrático— fuera posible tejer alianzas entre distintos sectores sociales, académicos, profesionales, políticos y sindicales, que permitieran construir una demanda ciudadana robusta sobre la necesidad de despenalizar la práctica, como asunto relevante para la vida democrática, la justicia social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades en el país (Abracinskas y López Gómez, 2007; Briozzo, 2007a; Johnson, López Gómez y Schenck, 2011). Desde entonces, en cada legislatura, tuvo lugar la presentación de una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto entre el marco normativo y la práctica social del aborto. Finalmente, luego de más de veinte años de debate social y político, en octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y, posteriormente, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir de enero de 2013. La aprobación de esta nueva ley debe ubicarse también en el proceso más amplio de reconocimiento y legitimación de la salud sexual y reproductiva en el país iniciado hacia mediados de la década de los noventa en el escenario del debate internacional sobre las políticas de población y desarrollo y los derechos de las mujeres. En particular, merece destacarse el impacto en el escenario nacional de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995 (CCMM).

Las políticas en salud sexual y reproductiva basadas en un enfoque de género y derechos humanos adquirieron rango de ley en el año 2008 con la promulgación de la Ley n.º 18.426, de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La existencia de esta ley marco como soporte de la política nacional implicó —a pesar de sus limitaciones jurídicas— nuevos retos en las prestaciones de los servicios de salud y para las prácticas de los/as profesionales que en ellos se desempeñaban (López Gómez y Abracinskas, 2009). Sin duda, significó un avance normativo y político muy importante, a pesar de que ese instrumento no logró modificar —en ese momento— el estatuto jurídico del aborto, a razón del veto interpuesto a los capítulos referidos a su despenalización, por el entonces presidente Dr. Tabaré Vázquez (Banfi *et al.*, 2010; Andreoli, 2011).

A pesar de sus limitaciones, la existencia de este marco normativo permitió ampliar el proceso de apertura del sistema institucional de la salud a la realidad del aborto voluntario con el objetivo de prevenir su práctica insegura mediante dispositivos de asesoramiento e información a mujeres en situación de embarazo no deseado. La ley estableció que los/as profesionales estaban habilitados a intervenir en el antes y en el después del aborto, pero no en su realización (no podían prescribir la medicación ni intervenir quirúrgicamente para realizar un aborto voluntario). Esta limitación jurídica generó una serie de tensiones en las

prácticas de los/as profesionales de la salud que se expresaron —particularmente, aunque no solo— en los modos de intervención profesional y en sus prácticas clínicas. Estas tensiones fueron también desencadenadas por el proceso de transformación institucional que implicaba el cambio de modelo de atención impulsado por la política pública, desde uno de corte materno-infantil hacia otro integral en salud sexual y reproductiva.

La pregunta principal que se buscó responder a través del estudio empírico fue cuáles son y cómo operan, en los servicios de salud, las tensiones que genera el cambio desde un enfoque materno-infantil hacia otro centrado en la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, que postulan las políticas de salud en Uruguay desarrolladas entre los años 2000 y 2012. Para responderla, nos concentramos a nivel micro, en el análisis de las *prácticas de los/as profesionales* que asisten a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Montevideo. Tuvo como objetivos analizar cómo se expresan las tensiones observadas en el nivel de las políticas públicas en la atención que brindaban los/as profesionales a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en los servicios de salud; identificar los significados sobre aborto voluntario de los/as profesionales y analizar cómo estos se ponían en juego en la atención brindada; analizar cómo se expresaba la relación entre acción técnica y acción moral en las apreciaciones que los/as profesionales tenían sobre su quehacer y analizar la incorporación de un enfoque basado en derechos sexuales y reproductivos que postula la política pública, en los discursos y prácticas de los/as profesionales.

Para ello, se realizó una investigación cualitativa de tipo descriptiva, exploratoria y analítica basada en un enfoque interpretativo. Para la recolección de la información se utilizaron las técnicas de entrevista semiestructurada en profundidad y de grupo focal. Se diseñó una muestra intencional teórica que incluyó a profesionales mujeres y hombres, de distintas disciplinas vinculados a la atención en salud sexual y reproductiva, que se desempeñaban de manera rutinaria y remunerada en servicios de públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Montevideo. Entre 2009 y 2011, se realizaron 28 entrevistas a profesionales de la salud y se organizaron cinco grupos focales por tipo de profesión (enfermeros/as, médicos ginecólogos/as, obstetras parteras, psicólogos/as), en los cuales asistieron 39 profesionales. En total se contó con la participación de 67 profesionales entre grupos focales y entrevistas. Se realizó un análisis de contenido de tipo hermenéutico-dialéctico (De Souza Minayo, 2009) para lo cual previamente se elaboró una lista de códigos basada en los instrumentos diseñados. A partir de sucesivas lecturas del material y su codificación, se construyeron categorías operacionales o empíricas que fueron confrontadas con las categorías analíticas previamente definidas.

Se buscó aportar nuevo conocimiento al identificar y analizar las bases ontológicas, ideológicas y políticas en las que se sustenta el entrelazamiento de juicios técnicos y juicios morales que los/as profesionales de la salud ponen en

juego en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto, a través de los dispositivos de asesoramiento. La coexistencia de marcos normativos contradictorios y el proceso de creciente reconocimiento de estos derechos en la sociedad uruguaya interpelaron las modalidades de intervención de los/as profesionales de la salud de corte fundamentalmente biomédico.

Desde esta perspectiva, las prácticas profesionales pueden ser consideradas un analizador de las disputas morales e ideológicas que se registran a nivel social e institucional sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre su (no) reproducción. Por analizador se entiende una *situación* que realiza de manera implícita el análisis. Refiere a aquello que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar. Se trata de un *acting out* institucional que exige la mediación de individuos particulares a los que su situación dentro de la organización lleva a la singularidad de provocadores (Lourau, 1994). En este sentido, los/as profesionales enuncian un conflicto social, aquel que refiere a las tensiones que implica atender a mujeres que deciden abortar en escenarios que, al mismo tiempo que penalizan esta práctica, habilitan la intervención profesional en el antes y el después del aborto.

La investigación permitió obtener resultados sobre los esquemas de percepción y apreciaciones respecto a los alcances y límites de la intervención profesional desde la perspectiva de los/as propios actores; sobre las prácticas de estos profesionales, las cuales cabalgan entre lo técnico y lo moral cuando se trata de asesorar en asuntos relacionados con el aborto; sobre los supuestos ontológicos e ideológicos relacionados con el género y el cuerpo de las mujeres y los dispositivos de control, y sobre la relación entre derechos de las mujeres y prácticas profesionales.

Dado que la estrategia sanitaria basada en la prevención y la reducción de los daños del aborto realizado en condiciones de riesgo (conocida como «atención pre y posaborto») ha sido impulsada en otros países de la región donde el aborto voluntario es ilegal, este estudio aporta elementos para comprender los nudos críticos implicados en el papel de los/as profesionales así como para, eventualmente, desarrollar acciones que permitan anticipar barreras, resistencias y dificultades en otros contextos.

PARTE I

EL CONTEXTO COMO TEXTO

Proceso histórico y claves sociopolíticas
del aborto en Uruguay

Un país «suavemente ondulado»

Uruguay es un país pequeño (176 215 kilómetros cuadrados), ubicado al sur de América del Sur, con una población total de 3 386 314 habitantes, la cual se ha caracterizado históricamente por algunas ventajas comparativas en relación con la mayoría de los países del contexto latinoamericano.

Según datos del último Censo de Población y Vivienda (INE, 2011), la distribución espacial de la población es altamente urbanizada (94,68 %) y se concentra en Montevideo, capital del país (42 %). Las mujeres constituyen algo más de la mitad de la población global (52 %), siendo 107 el índice de feminidad total para el país. Su pirámide demográfica da cuenta de una población envejecida, 19 % tiene 60 o más años y 7 % es menor de 5 años. Respecto a la distribución étnico-racial, 94 % cree tener ascendencia blanca, 8 %, ascendencia afro o negra y 5 %, ascendencia indígena. El 2 % de la población de 10 años o más no sabe leer o escribir y la tasa de analfabetismo de los mayores de 10 años se ubica en 2 % en hombres y 1 % en mujeres. El 12 % de la población vive en hogares unipersonales, 12 % forma hogares nucleares sin hijos, 44 % forma hogares nucleares con hijos y 11 %, hogares nucleares monoparentales. Casi un tercio de las personas de 12 años o más están casadas (32 %) y una quinta parte (20 %) vive en unión libre.

Como señalan los textos escolares de Geografía, su territorio es una *penillanura suavemente ondulada*. Este dato es más que un rasgo del escenario natural, ha tenido un efecto poderoso en la producción de un imaginario social de corte igualitarista, de una sociedad homogénea, integrada y sin grandes brechas entre los sectores sociales. Un país de cercanías, como lo definiera Real de Azúa.

Es considerado un país de desarrollo humano alto (lugar 51, IDH 2013) y de renta alta, según la reciente clasificación del Banco Mundial. Presenta una expectativa de vida al nacer alta para la región (77,2 años en 2012) y 8,5 años de educación formal promedio. Se considera que posee una de las sociedades más desarrolladas de América Latina y la evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH), entre los años 2005 y 2011, fue significativa luego de la crisis económica que atravesó el país en el umbral del siglo XXI. Sin embargo, el Índice de Desarrollo de Género es llamativamente inferior a lo esperado dados los indicadores generales, ocupando el lugar 69 en 148 países (Naciones Unidas, 2013).

La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico, con una legislación social de avanzada, se inició a comienzos del Novecientos: legislación laboral sobre la jornada de ocho horas, licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, ley de divorcio por la sola voluntad de la mujer, educación laica, gratuita y obligatoria en el nivel de la enseñanza primaria y secundaria. Se propició el acceso a la educación terciaria de las mujeres y su temprana incorporación al mercado de trabajo. La extensión de

la educación pública se configuró en la principal institución de socialización y factor de movilidad social. Uruguay supo consagrar —tempranamente— en materia de derechos sociales, económicos y políticos, una plataforma de avanzada, a nivel regional e incluso mundial.

Según la politóloga Moreira (2011), a través del Estado batllista,⁵ el país desarrolló una política capaz de «ser más moderna que su propia sociedad», sancionando legislaciones sociales audaces para la época:

La temprana separación entre el Estado y la Iglesia se inscribe en esta política vanguardista que se forjó durante el primer batllismo y se reafirmó en el segundo. Una de las claves para entender los mitos de «la Suiza de América» reposa entonces en el éxito del batllismo de adelantarse a su propio período histórico, impulsando políticas públicas antes de que estas siquiera se demandaran desde el seno de la sociedad civil. En su momento, ello significó enfrentar fuertes conflictos con la Iglesia católica (así como con los militares y los estancieros, entre otros grupos de poder), porque ser de avanzada inexorablemente lleva al conflicto (¿qué legado histórico se obtuvo sin enfrentamientos?). Mas en el campo de las leyes sociales, el batllismo ganó la pulseada, logrando que por larga data el laico Estado uruguayo estuviera siempre unos pasos delante de la sociedad, oficiando como «escudo de los débiles», aun cuando aquella, en un estadio más retrasado, todavía no lo reclamara (2011: 230).

El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió configurar en las primeras tres décadas del siglo XX tasas de mortalidad y de fecundidad similares a las experimentadas por los países industrializados, reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1935 en 60 %. Según la historiadora y demógrafa Adela Pellegrino (2008):

El desempeño «moderno» de la población uruguaya, que precede en muchas décadas a la de otros países latinoamericanos (excluyendo algunas regiones de Argentina), tiene causas múltiples. Uruguay se integró rápidamente al circuito del comercio internacional, incorporó inversiones externas y, paralelamente, también recibió inmigración de ultramar. Estos factores fueron asociados a otros fenómenos sociales y culturales que integraron a la sociedad uruguaya mentalidades y comportamientos «modernos», reflejados a su vez en el cambio de la familia, la relación entre los sexos y las actitudes frente a la reproducción. Por otro lado, las inversiones públicas en infraestructura urbana y las medidas de salud pública adoptadas desde fines del siglo XIX contribuyeron a reducir la mortalidad por enfermedades infecciosas y determinaron que el país alcanzara niveles elevados de esperanza de vida al nacer desde inicios del siglo XX. La conjunción de estos procesos condujo a un inicio precoz de la transición demográfica, contemporánea a la que ocurría en Europa del Sur, de donde provenía la mayoría de los inmigrantes. Uruguay anticipó en al menos treinta años al resto de los países latinoamericanos y procesó ese gran cambio demográfico de una manera dilatada en el tiempo (2008: 13-14).

5 José Batlle y Ordóñez, presidente de la República entre 1903 y 1907 y entre 1911 y 1915.

Por su parte, la historiadora feminista Graciela Sapriza (1996) incorpora un elemento clave para ubicar el lugar del aborto en los procesos de transformación moderna de la sociedad uruguaya de comienzos del siglo XX:

Las transformaciones en el orden de lo privado se relacionaron estrechamente con los cambios demográficos que se procesaban en el país. Al «antiguo régimen demográfico» con una alta natalidad y también alta mortalidad —sobre todo infantil— le sucede un descenso de los dos índices, iniciando una precoz transición, en términos comparativos con el resto de los países de América Latina. [...] Una de las formas de reducir el número de nacimientos fue propiciar el matrimonio tardío, como había sucedido en Europa anteriormente, aunque no la única. [...] El aborto aparece como el principal regulador de los nacimientos. La escasez o lo limitado de los métodos anticonceptivos conocidos colaboraron para que la interrupción del embarazo —una medida que hoy consideramos contracepcional— se convirtiera en el recurso más difundido en la época (1996: 116-121).

Un estudio realizado en 1934 por el médico Hermógenes Álvarez estimó que ese año se habían producido 50 abortos por cada 100 partos. Por su parte, Augusto Turenne estudió la evolución del aborto provocado entre 1899 y 1925; con base en el análisis de datos obtenidos de las memorias clínicas del Hospital Maciel, el porcentaje de abortos llegó a ubicarse en 60 % de los partos. Y estimó que en ocho años se habían asistido en los hospitales públicos y privados de Montevideo un aproximado de nueve mil abortos. El propio Turenne (1944) señaló al respecto:

Estas cifras no son la expresión de la realidad porque los abortos que llegan a los hospitales son los que se descarrilan, los que se complican [...] los abortos impunes escapan a nuestra estadística y sólo alcanzamos una fracción de ellos tardíamente, cuando, después de varios meses, tenemos ocasión de tratar sus secuelas o sus estragos. [...] Las víctimas de esos abortos, cuando no mueren de las consecuencias directas de la intervención, cosa nada rara, arrastran algunos años una vida infeliz y mueren a una edad muy inferior a la que lógicamente debieran alcanzar. [...] En el momento actual no menos de 60 % de nuestra natalidad se malogra por obra del aborto voluntario. Así pues el problema del aborto voluntario existe en el Uruguay con carácter alarmante para el médico, para el sociólogo y para los jueces (Turenne, 1944: 472).

Al respecto, López Gómez *et al.* (2011), mediante un análisis de las estimaciones disponibles en Uruguay, señalaron que:

La principal fortaleza de la metodología utilizada por Turenne radicó en haber sido una estimación basada en registros y no en supuestos, lo que para la época en la cual tuvo lugar puede considerarse una virtud. Entre sus debilidades se puede señalar que estas estimaciones se basaron en abortos asistidos en hospitales, los cuales (como el propio autor comenta) eran solo aquellos que presentaban complicaciones de hemorragia o infecciones. La estimación realizada dejó por fuera los abortos que requerían de servicios médicos en los domicilios (especialmente los producidos en las clases más acomodadas) o aquellos que no requirieron de esta asistencia. Los partos considerados en estos registros

fueron solo los institucionales, dejando por fuera los partos domiciliarios que en aquel entonces significaban un porcentaje muy elevado del total de partos. A su vez, el autor no diferenció abortos complicados espontáneos de abortos provocados por lo cual se hace imposible establecer el peso porcentual de cada uno de ellos en el total de la estimación. Por último, no se puede descartar que haya existido una mejoría de los registros médicos con el pasar de los años, lo cual podría introducir un sesgo en los resultados (2011: 87).

Si bien estas estimaciones podrían ser objetadas por sus limitaciones metodológicas, tienen el valor histórico de mostrar el interés que existía en aquel entonces por documentar y conocer la incidencia de la práctica, la cual era considerada de alto impacto en las pautas de reproducción de las mujeres uruguayas en cuanto era utilizada como práctica anticonceptiva. Los/as historiadores coinciden en afirmar que la difusión de los métodos anticonceptivos en Uruguay se generalizó cuando la anticoncepción estaba ya incorporada en las prácticas sexuales de las parejas. Sus efectos no se tradujeron en cambios notables a nivel de la fecundidad (la cual pasó de 3 en 1963 a 2,3 en 1985), sino que particularmente incidió en la reducción del número de abortos y en la liberalización de la vida sexual. Los cambios en las actitudes de las parejas hacia la sexualidad y la reproducción habrían antecedido a la incorporación de los métodos anticonceptivos eficientes (Barrán, 2008), puesto que el aborto provocado fue utilizado ampliamente como método para regular la fecundidad junto con el *coitus interruptus* y el preservativo.

Este escenario de cambios que se procesaron en el Novecientos generó —y fue producto de— importantes transformaciones en la sensibilidad de la población uruguaya. La nueva sensibilidad, denominada *civilizada* por el notable historiador uruguayo José Pedro Barrán, «disciplinó a la sociedad, impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, ocultó la muerte...» (1993: 11). La figura del médico, junto con la del cura, el padre, la Policía y el maestro tuvieron un papel preponderante en la difusión del puritanismo. Según este autor, los médicos fueron uno de los agentes más eficaces del disciplinamiento y la represión sexual pues «propagaron su sensibilidad civilizada con el ropaje del conocimiento con más prestigio en la época: la ciencia» (1993: 130). Así, los consultorios médicos se transformaron en los confesionarios laicos del Novecientos. Dice Barrán (1993):

El médico por su madurez y aplomo a veces, por su prestigio social otras, pero siempre por la autoridad que le confiere un saber no vulgar y del que depende la vida, oía y era oído. Oía los secretos de alcoba de las parejas, las intimidades del hombre y de la mujer solteros, la confesión de las cada día más frecuentes «histerias» femeninas y «neurastenias» masculinas, o la angustia avergonzada del adolescente temeroso de sus poluciones nocturnas. Pero allí también era oído, y al lado del diagnóstico, el tratamiento y la receta, se vertía el consejo. Consejo y tratamiento formaban parte de una maraña donde se confundían, al grado de ya no poderse diferenciar la cultura científica y el juicio moral, la

prevención de las enfermedades venéreas, por ejemplo, y la condena a los «excesos» de la juventud, todo dentro de un gran alerta ante la pasión (1993: 130).

El contrato social entre medicina y sociedad cimentado a comienzos del siglo XX comenzó a trastocarse hacia el inicio del nuevo milenio en un proceso que podría relacionarse con las transformaciones sociales vinculadas a la creciente ciudadanización de amplios sectores de la población (Díaz Berenguer, 2004). Sin embargo, la poderosa investidura que le confiere a la figura del médico, poder sobre los cuerpos, la sexualidad y la reproducción es una huella social que persiste en la subjetividad de los/as profesionales de la salud y de las mujeres usuarias, tal como lo reportan algunos estudios disponibles a los cuales haremos referencia más adelante. Estos elementos son claves para comprender los procesos de construcción social de la sexualidad (la de las mujeres en particular), la construcción profesional del aborto como objeto de intervención y disciplinamiento así como el silencio impuesto a las decisiones privadas relacionadas con la (no) reproducción y el placer sexual.

En las últimas décadas, en Uruguay se han procesado cambios vertiginosos en las familias y el país avanza, rápidamente, en lo que se ha dado en llamar la Segunda Transición Demográfica. Algunos elementos de esta segunda transición son el aumento de divorcios; la caída de la nupcialidad y de los nacimientos dentro de las uniones legales; los cambios en la formación y disolución de las parejas; la diversificación de los arreglos familiares y la caída de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (Calvo y Mieres, 2008; Cabella, 2009, 2012). Según Solsona, esta segunda transición trata de forma explícita los cambios en las relaciones de género vinculados a los cambios demográficos y familiares, subrayando que «detrás de cada decisión de tener o no tener hijos, existe un proceso de negociación sujeto a la propia relación y a las expectativas personales y profesionales de cada miembro, en el que la capacidad negociadora de los dos, es fundamental» (1996: 19).

De acuerdo con los últimos cuatro períodos censales, se pueden destacar tres cuestiones. En primer lugar, las adolescentes entre 10 y 19 años incrementan de forma sostenida su aporte a la fecundidad total; a su vez, las jóvenes lo disminuyen (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años), y, finalmente, las mujeres adultas (de 30 a 34 años) tienden a aumentarlo levemente. En 2004, la tasa global de fecundidad (TGF)⁶ se ubicó en el valor de 2,08 hijos por mujer, y descendió en el año 2010 a 1,98, sin alcanzar la tasa de reemplazo de la población⁷ (Varela, Fostik y Hernández, 2012; Pardo y Varela, 2013). Sin embargo, existen diferencias sociales y territoriales significativas en el comportamiento

6 Número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumpliera con dos condiciones: que durante su período fértil tenga sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y que no estuviera expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil.

7 Promedio de hijos por mujer necesario para que una generación pueda ser reemplazada numéricamente por la siguiente; se sitúa en una TGF igual a 2,1.

reproductivo, las cuales dan cuenta de la incidencia de las desigualdades socioeconómicas en las prácticas de sexualidad y pautas de reproducción así como en las condiciones y acceso a información, recursos y poder para la toma de decisiones. La población del norte del territorio es la que tiene la fecundidad más elevada además de registrar los porcentajes de pobreza más altos.

El incremento sostenido de embarazos y partos en mujeres adolescentes pertenecientes a los sectores más empobrecidos de la población es una de las problemáticas emergentes de mayor impacto en la sociedad uruguaya. Esta alcanzó su punto más elevado en 1996-1997 (72 nacimientos cada mil adolescentes) para comenzar a descender en los años siguientes hasta ubicarse en el nivel actual de 60 nacimientos cada mil adolescentes. Este nivel es muy superior al promedio de Europa (18 por mil) y algo superior al promedio mundial (55 por mil), pero se ubica cercano al promedio latinoamericano (70 por mil) (Varela y Fostik, 2011). Según estas autoras, las claves para interpretar este fenómeno deben ubicarse en las importantes desigualdades sociales, en particular, de género y socioeconómicas. La población de mujeres que realiza la transición a la maternidad en esta etapa del ciclo vital se concentra fundamentalmente en sectores sociales que viven en condiciones de privación social, con bajo nivel educativo y concentrada en determinados territorios (Varela, Lara y Tenenbaum, 2014).

Los datos aportados por el Censo de Población de 2011 permiten afirmar que el comportamiento reproductivo de la población uruguaya continúa mostrando importantes disparidades relacionadas con el lugar que ocupan las mujeres en la estratificación social. Según el Atlas Sociodemográfico de la Desigualdad de Uruguay (INE, 2014):

De hecho las diferencias son tales que remiten a estadios distintos de la (Primera) Transición Demográfica. En Uruguay existen subpoblaciones con comportamientos asimilables a los del inicio de esta transición (con parideces medias finales de casi cinco hijos por mujer), mientras que otras subpoblaciones reflejan valores propios de estadios más avanzados (entre 3,5 y 2,5 hijos por mujer) y las mujeres con más años de educación y ausencia de carencias críticas en sus hogares presentan una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo poblacional, asimilable al inicio de la llamada Segunda Transición Demográfica, que la mayoría de los países desarrollados se encuentran transitando desde 1970 (2014: 17).

Otro aspecto de la fecundidad uruguaya es la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva. Según un estudio realizado por Peri y Pardo (2008), a partir de los resultados obtenidos por el Proyecto Género y Generaciones,⁸ la insatisfacción con la fecundidad alcanzada se constata especialmente entre las mujeres con niveles educativos altos y en aquellas con niveles bajos. Mientras que al cabo de su vida reproductiva, las primeras declaran haber tenido menos hijos que los deseados (asociado a las dificultades o imposibilidad

8 *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya (2005-2006)*, realizado bajo la coordinación de UNFPA, MSP, Udelar, INE, MYSU.

de compatibilizar vida productiva y vida reproductiva, entre otros factores), las últimas manifiestan que el número de hijos alcanzado superó el número deseado (asociado a barreras para el acceso a métodos anticonceptivos, a limitaciones para la negociación sexual con sus parejas, entre otros factores).

Las transformaciones en las pautas reproductivas están relacionadas con los grupos sociales en función, entre otros factores, del nivel socioeconómico y educativo, pudiéndose identificar dos patrones de reproducción. Las mujeres con nivel socioeconómico y educativo bajo presentan un patrón reproductivo caracterizado por la edad temprana al nacimiento en el primer hijo y tasa de fecundidad más alta que la media nacional; mientras que aquellas con nivel educativo medio y alto presentan niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y un aplazamiento del calendario reproductivo (Varela, 2008; Varela, Fostik y Hernández, 2012; Cabella, 2012; Varela, Lara y Tenenbaum, 2014).

López y Mario (2009) señalan que en América Latina se cuenta con una importante producción de conocimiento orientado a analizar la desigual distribución de la fecundidad, acceso a métodos y significados de la maternidad en sectores de menores recursos, asociado a relaciones tradicionales de género, bajos niveles de educación, precaria inserción laboral, condiciones del hábitat, baja cobertura de salud y mortalidad infantil y materna más elevada. El modelo propio de los sectores con mayor educación y de fecundidad baja y tardía es resultado de diversos factores, entre los cuales se encuentra la conciliación o no entre mundo productivo y mundo reproductivo en las mujeres. El efecto de la educación en el retraso del inicio del calendario reproductivo está ampliamente documentado por diversas investigaciones. Específicamente, en el caso de las adolescentes se sabe que prolongar su estadía en el sistema educativo formal así como el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva son aspectos que favorecen la apertura de horizontes en los proyectos de vida, permitiendo que la maternidad sea una posibilidad en un repertorio más amplio de opciones (INE, 2014).

Desde el punto de vista de su sistema político, Uruguay se ha caracterizado por ser un país que la literatura política ha clasificado como un caso «exitoso de democracia» por su altísima participación electoral. Se extendió el sufragio masculino en 1916 y se habilitó el voto femenino en 1932. Se lo considera un país con una representación política efectiva vehiculizada a través del sistema de partidos políticos y con un control de la ciudadanía a los ejercicios de gobierno. Desde su constitución como Estado independiente en 1825 y desde su primera Constitución, de 1830, el país sufrió dos períodos dictatoriales: el primero de ellos fue entre los años 1934 y 1938, iniciado con el golpe de Estado del Dr. Terra, y el segundo fue la dictadura militar del período 1973-1985, con repercusiones profundas en todos los ámbitos de la sociedad. Durante ese lapso se produjo la persecución política, el encarcelamiento, la tortura y la desaparición forzada de miles de personas. Asimismo, tuvo lugar la emigración más importante de la historia contemporánea del país (exilio político y emigración económica). A partir de

1985, el país se vio enfrentado al desafío de reconstruir el sistema democrático y una sociedad devastada por años de oscurantismo y de violación sistemática de los derechos humanos.

Las mediciones de cultura política señalan que el país se ubica como uno de los más democráticos de América Latina, en función de la percepción y valoración que hacen los ciudadanos de la democracia y las instituciones políticas (Latinobarómetro 1996-2013). Tiene una tradición republicana que supuso la incorporación de una serie de mecanismos destinados a favorecer e incrementar la participación ciudadana en la vida política. El voto obligatorio y la consulta popular (plebiscitos y referéndums) son mecanismos específicos del sistema uruguayo que no solo existen, sino que han sido utilizados por parte de la ciudadanía en diversas oportunidades (por ejemplo, el plebiscito para evitar la privatización de las empresas públicas en 1993 en plena embestida neoliberal). Esto indica un alto involucramiento de los y las ciudadanos/as en la vida política del país y la existencia de una sociedad civil fuertemente organizada, que incluye un movimiento feminista y de mujeres con capacidad de incidencia política y social. Ello permite comprender el alto involucramiento ciudadano en el debate sobre despenalización/legalización del aborto en el país, el cual se robusteció particularmente entre los años 2000 y 2012.

Paradójicamente, a pesar de las acciones del movimiento feminista y su repercusión en la sociedad civil, la participación de las mujeres en los órganos de gobierno (Ejecutivo y Legislativo) es sorprendentemente baja y no se corresponde con la historia de un país pionero en la región en el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de las mujeres. Desde la recuperación democrática en 1985, las mujeres se han organizado tanto en el ámbito de las organizaciones sociales como político-partidarias para ampliar el escenario de la democracia. Según Celiberti y Johnson, las mujeres han ido «desmontando obstáculos y problemas que enfrentan para garantizar su participación política a la hora de encabezar una lista, ocupar un lugar de responsabilidad en el sistema político o desempeñar un cargo de gobierno, pero también para cambiar la agenda política y la definición de prioridades» (2010: 7).

El ritmo y los niveles de incorporación de las mujeres a los cargos electivos y no electivos que configuran el sistema político del Uruguay es al mismo tiempo retardado y llamativamente bajo. Ello provoca, entre otras cuestiones, que Uruguay tenga un mal desempeño en el índice de desarrollo de género, tal como se señaló anteriormente.

En el período posdictadura, las transformaciones económicas presentaron en Uruguay características propias. Una pauta gradualista y amortiguadora en la implementación de reformas estructurales hizo que, hasta fines de los años noventa, los efectos negativos de estas no alcanzaran la dimensión que caracterizó a sus pares en la región. Las macropolíticas económicas de corte neoliberal estuvieron mediatizadas, al menos en dos casos (empresas públicas y seguridad social), por la participación ciudadana mediante el ejercicio de la democracia

directa a través del mecanismo del referéndum. Ello explica, en parte, tanto el gradualismo como cierto mantenimiento de la inversión en el gasto social. Sin embargo, esto no impidió que las vulnerabilidades y los problemas que acompañaron ese proceso (estancamiento productivo y recesión) se empezaran a manifestar con crudeza, particularmente luego del importante impacto generado por la crisis brasileña, primero, y la posterior argentina, en la ya debilitada economía uruguaya de comienzos del siglo XXI.

El país experimentó una de las crisis socioeconómicas más profundas de su historia moderna, que lo colocó en situación similar a otros países de la región. Según datos oficiales para el año 2003, como consecuencia directa de la crisis, una de cada dos mujeres jefas de hogar en edad activa, con niños menores de 5 años a su cargo, eran pobres y uno de cada dos niños nacía en condiciones de pobreza. A estos fenómenos, se agregó el surgimiento de la indigencia con dos elementos asociados: las mujeres jefas de hogar con hijos y las adolescentes madres. La crisis tuvo un impacto notable en la mortalidad materna, la cual alcanzó niveles sin antecedentes (Abracinskas y López, 2004). En particular, la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo se ubicó como la primera causa independiente de muerte materna para el período 1996-2002 (Briozzo, 2003), lo cual produjo efectos importantes en el posicionamiento de amplios sectores de profesionales de la salud así como en la opinión pública, tal como observaremos más adelante.

A partir del año 2005, este panorama comienza a cambiar sensiblemente cuando, por primera vez en la historia del país, la coalición de izquierda Frente Amplio accede al gobierno nacional por elecciones libres, llevando a la Presidencia de la República al Dr. Tabaré Vázquez (2005-2009). A partir de entonces se han desarrollado políticas económicas y sociales tendientes a la equidad y la redistribución de la riqueza, que fueron favorecidas por un contexto internacional y regional más propicio. Se iniciaron importantes procesos de reformas, entre las que se destacan la reforma del sector de la salud, la fiscal y la educativa. En este período, bajo el impulso de la sociedad civil organizada, se avanzó en el marco normativo que reconoce la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y el Parlamento, con los votos de la bancada oficialista, logró aprobar una ley integral que incluía el acceso al aborto legal por la sola voluntad de la mujer, ley que fue vetada en sus capítulos de aborto por el presidente de la República. Como resultado, se promulgó la Ley n.º 18.426, de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, un marco normativo general que le otorgó un rango jurídico más consistente a un conjunto de normativas sanitarias y medidas programáticas que se desarrollaban en el país desde hacía unos años. Un segundo período de gobierno del Frente Amplio se inició en el año 2010, esta vez con la conducción del presidente Sr. José Mujica (2010-2014). Este gobierno se ha caracterizado, entre otras cuestiones, por avances importantes en la llamada «agenda de nuevos derechos» mediante la aprobación de leyes reivindicadas desde diversos

movimientos sociales: Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012), Ley de Matrimonio Igualitario (2013) y Ley de Regulación del Consumo y Venta de Cannabis (2013).⁹

El debate social y político por el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, y particularmente, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, fue sostenido e impulsado —aunque no solo— por un movimiento feminista que tuvo la capacidad política de generar alianzas con diferentes actores y, especialmente, mediante el desarrollo de estrategias de incidencia para la ampliación de la base social, contribuyó de manera significativa a consolidar una ciudadanía activa en la exigibilidad de estos derechos.

A pesar de los avances normativos, económicos y culturales que se pueden registrar en los últimos 10 años en las condiciones de vida de la población uruguaya, persisten desigualdades socioeconómicas, de género, étnico-raciales y etarias, con efectos que se evidencian en el acceso a la igualdad de oportunidades, al poder y a los recursos para el pleno goce de los derechos de mujeres y hombres. Estas desigualdades constituyen determinantes poderosos para el conocimiento, apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en particular de las/os adolescentes y de las mujeres en situación de vulnerabilidad social.

9 El proceso de genealogía y definición de políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos será analizado con mayor profundidad en el siguiente capítulo de esta sección.

Las políticas de salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva constituye en la actualidad un campo interdisciplinario con un amplio repertorio de objetos de estudio, abordajes y diseños de investigación, metodologías y técnicas de intervención profesional y de acción política. En ella se entrelazan aspectos políticos, científicos, sociales, éticos e ideológicos sobre el cuerpo, las sexualidades, la reproducción y la salud. La salud sexual y reproductiva tiene una expresión en los servicios de atención institucional de la salud con relación a la atención integral, oportuna y de calidad respecto a anticoncepción y métodos anticonceptivos asequibles y accesibles; la educación y la atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y al recién nacido; la prevención del aborto inseguro, la atención institucional del aborto legal y el tratamiento de las consecuencias de los abortos de riesgo; la prevención y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina; la prevención y tratamiento de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor; la información, atención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; la información, la educación para la sexualidad y la salud sexual basada en la promoción de la igualdad entre los sexos, el respeto mutuo y las paternidades y maternidades responsables; la prevención del embarazo en adolescentes; la prevención y atención de la violencia de género y, en particular, contra las mujeres y niñas, tales como la mutilación genital femenina u otras formas de violencia sexual. Pero la salud sexual y reproductiva no se limita a su atención institucional. Desde una perspectiva ecológica e integral de la salud, esta debe ser considerada en tanto proceso y producto ligado a las condiciones sociales, ambientales, políticas, económicas y culturales que determinan la vida cotidiana de las personas y los colectivos humanos, en un tiempo sociohistórico específico. Las decisiones, los acontecimientos y las condiciones sexuales y reproductivas de las personas están relacionadas con sus trayectorias biográficas y con los contextos interpersonales situados y producidos en ambientes socioeconómicos, culturales y políticos específicos que los producen y determinan (López Gómez, 2013).

La salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, derechos y diversidad se ha constituido como un campo de creciente desarrollo y legitimidad académica, social y política. Pero esto no siempre ha sido así. Ello es producto de un largo proceso de trabajo, desde distintos ámbitos y actores —y muy especialmente desde el movimiento feminista— para alumbrar un conjunto de asuntos complejos que históricamente habían sido confinados a la esfera de lo íntimo y privado, despojados de derechos y prerrogativas. El proceso para su delimitación como campo específico de conocimiento y de acción sociopolítica no ha estado (ni está) exento de contradicciones y tensiones. Es más, es un terreno de disputa moral, política, ideológica y económica. A modo de ejemplo, 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.

¿Por qué esto es así o, mejor dicho, por qué deviene así? Pues bien, porque en definitiva la salud sexual y reproductiva remite a temas y problemas que tienen que ver con el cuerpo, la subjetividad y las relaciones sociales, los derechos humanos, las trayectorias y las decisiones sexuales y (no) reproductivas de las personas, sus formas de relacionamiento, sus deseos y anhelos, sus modos de vivir y significar los acontecimientos íntimos, que son, a la vez, políticos y sociales. Cuestiones todas relacionadas con el poder, los sistemas de valores, las creencias, las concepciones sobre el ser humano y la sociedad, sobre la vida, la salud y el bienestar.

En Uruguay, hacia fines de la década de los noventa, las evidencias sobre la inequidad social, la exclusión creciente y las desigualdades entre hombres y mujeres cuestionaron el núcleo duro de un imaginario social que se sostenía sobre la creencia de un país de sociedad igualitaria y homogénea, y *sin problemas de población*. Este es uno de los factores que podrían explicar las razones por las que el Estado uruguayo, recién hacia el año 1996, comienza tímidamente a implementar acciones en salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos. El cambio en la orientación de la política pública se explica, en parte, por el impacto conceptual y político que las conferencias internacionales de Naciones Unidas de la década de los noventa, en particular CIPD (1994) y CCMM (1995), generaron a nivel de los organismos gubernamentales y por el sostenido trabajo de incidencia política que desarrollaban las organizaciones feministas y de mujeres en el campo de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país.

El temprano desarrollo institucional del Uruguay con referencia a la salud, la educación pública, la protección del niño, el reconocimiento a derechos explícitos de la mujer, entre otros, contribuyeron a que el país experimentara una evolución demográfica que se anticipó en varias décadas a la mayoría de los países de América Latina. Esta peculiar situación sirvió para que, en el ámbito interno y en los escenarios internacionales, se considerara —en razón de la tasa de crecimiento demográfico— *un país sin problemas de población*.¹⁰ Esta catalogación errónea ha sobrevivido hasta el presente, con considerables desventajas para la sociedad uruguaya. Sin embargo, estudios y datos recientes muestran que más allá de la resultante que significa la tasa de crecimiento, el país enfrenta desde hace décadas problemas demográficos específicos, algunos de los cuales tienden a acentuarse (Ministerio Relaciones Exteriores, *Informe Nacional de Población-Uruguay*, CIPD, 1994; referido en López Gómez, Abracinskas y Furtado, 2009).

10 Resultado nuestro.

Los antecedentes de la incorporación de la salud sexual y reproductiva en el país se pueden ubicar hacia mediados del siglo XX, cuando se comenzaron a instrumentar políticas en salud materno-infantil, mediante las cuales se buscó controlar los indicadores de mortalidad materna y de mortalidad neonatal a través de la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo de atención de corte materno-infantil sustentado en el «binomio madre-hijo», en la visión hegemónica del papel de las mujeres en cuanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-progenitor-padre y su participación en los procesos reproductivos, trajo aparejadas dificultades para deconstruir y revisar los supuestos en los que se basaba este modelo. Este es otro de los elementos que explica la tardía definición desde el Estado uruguayo de políticas y programas de abordaje integral de la salud sexual y reproductiva. A su vez, generó una actitud pasiva del sistema de salud frente a las complicaciones en el puerperio y a aquellas derivadas de los abortos provocados en condiciones de riesgo, ambas situaciones directamente relacionadas con la mortalidad materna (López Gómez *et al.*, 2003).

Las prestaciones en planificación familiar se brindaban en el país a través de una organización privada, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), fundada en 1967 y miembro de International Planned Parenthood Federation (IPPF). La planificación familiar no era considerada una prioridad de la política pública, dada la baja tasa global de fecundidad. En consonancia con esta perspectiva y como estrategia de baja intensidad, el Ministerio de Salud Pública (MSP) acordó con la AUPFIRH la incorporación de un servicio de atención en el seno de la principal maternidad pública del país, el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), gestionado por la referida organización. Los suministros anticonceptivos ingresaban al país con carácter de donación y AUPFIRH, operando dentro de las instalaciones de los servicios públicos, suministraba métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según la capacidad de pago de las usuarias. A su vez, las mujeres uruguayas podían acceder sin receta médica en las farmacias del mercado a métodos anticonceptivos orales, incluida la anticoncepción hormonal de emergencia, ya que estos insumos eran (y lo son hoy) de venta libre (López Gómez *et al.*, 2003; López Gómez y Abracinskas, 2009). Esta situación sostenida por años se «naturalizó» a tal punto que, muchos/as usuarias, profesionales de la salud pública e incluso autoridades nacionales estaban convencidos/as de que estos servicios los brindaba el Estado a través del propio MSP (López Gómez *et al.*, 2003).

La definición y puesta en marcha de políticas públicas en salud sexual y reproductiva en sintonía con los lineamientos políticos y conceptuales de la CIPD se comienzan a instrumentar a partir de 1996. En estos casi veinte años de desarrollo se pueden ubicar tres períodos definidos a partir de los hitos que marcaron los avances más significativos del proceso de desarrollo e implementación de estas políticas a nivel nacional: a) entre 1996 y 2004; b) entre 2005 y 2009, y

c) entre 2010 y 2012. La salud sexual y reproductiva y los derechos a ella vinculados son un campo de disputas políticas, ideológicas, morales y económicas. Ello se ve reflejado en el complejo proceso de reconocimiento y legitimación política que se puede observar cuando se analiza la genealogía y trayectoria de la política pública. Los tres períodos que hemos ubicado temporalmente están relacionados, a su vez, con otras dimensiones del desarrollo de las políticas en distintos campos del quehacer nacional. No es posible considerar estos procesos de manera desarraigada o desde un análisis incapaz de situarse en un escenario más amplio de debate en torno a modelos de desarrollo de país.

Período 1996-2004: el ingreso de la salud sexual y reproductiva y el aborto inseguro como asuntos de la política pública

Este período inaugural ubicado entre los años 1996 y 2004 se caracterizó por ser el punto de partida en la incorporación de medidas gubernamentales en el campo de la salud sexual y reproductiva a nivel del sistema de salud. Se sucedieron dos gobiernos nacionales, ambos liderados por el Partido Colorado, partido histórico de corte liberal. El primer gobierno, entre los años 1995 y 1999, fue liderado por el Dr. Julio María Sanguinetti y el segundo, entre 2000 y 2004, por el Dr. Jorge Batlle. Por su parte, el gobierno de Montevideo era conducido, desde el año 1989, por la coalición de izquierda Frente Amplio. En este período, se comenzaron a instrumentar programas específicos, uno a nivel del MSP y otro a nivel del gobierno de Montevideo. Los documentos de creación de ambas iniciativas reflejan que los programas se formularon desde la perspectiva del cambio de paradigma que introdujo la CIPD y se fundamentaron en la necesidad de avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de la población.

En el MSP, se creó el Área de Salud de la Mujer y el Comité de la Mujer, cuya acta fundacional se basó en los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en la CIPD. Si bien sus objetivos se relacionaban con el diseño e implementación de políticas de salud de la mujer con perspectiva de género, no se realizaron acciones sostenidas, sus grados operativos de coordinación intrainstitucional e intersectorial fueron escasos y no dispusieron de recursos (humanos y financieros) para su sustentabilidad. En 1999, se creó por convocatoria ministerial la Comisión Honoraria Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, coordinada por representantes del MSP y con integrantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el entonces Instituto de la Familia y la Mujer del Ministerio de Educación y Cultura, la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y representantes de las organizaciones no gubernamentales de mujeres. Tuvo como cometido la elaboración de normas en salud sexual y reproductiva. Si bien su creación constituyó un avance, su implementación tuvo limitaciones importantes y su funcionamiento se extendió hasta el año 2001 (CNS, 1999; MSP, 1999).

En el ámbito de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se inició, en 1996, el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), el cual se desarrolló en los 20 centros de salud del primer nivel de atención, a través de tres subprogramas: Maternidad Informada y Voluntaria; Control del Embarazo y Puerperio, y Detección Oportuna del Cáncer Genitomamario. El PAIM se integró progresivamente como parte de las políticas sociales e incorporó a las tradicionales prestaciones de control de embarazo y puerperio, la detección oportuna del cáncer genitomamario y servicios de anticoncepción mediante métodos hormonales orales e inyectables, DIU, preservativos masculinos y anticoncepción de emergencia. Si bien se trató de un programa pionero y cuya fundamentación se basaba en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, no incluyó ninguna acción relacionada con la prevención del aborto de riesgo.

Poco después, en 1997, también con el apoyo de UNFPA, el MSP inauguró el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, que se inició como proyecto de fortalecimiento del Área Materno-Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza. Fue definido, por decreto ministerial, como un programa prioritario de salud. Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizada la cooperación internacional. Instaló servicios de planificación familiar, en los 10 centros de salud en Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del interior del país. La meta definida por este programa fue contribuir a mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo, de mortalidad infantil, embarazos no deseados y abortos. Entre sus propósitos figuraba el de contribuir a que las parejas (incluida la población adolescente) pudieran decidir libremente sobre su salud sexual y reproductiva, en equidad, sin discriminación de ningún tipo y con acceso universal a educación y servicios integrados, y con calidad. Los resultados esperados incluyeron que más personas alcanzasen un buen nivel de autocuidado en salud, con acceso a servicios; la comprensión y uso del concepto integral de salud sexual y reproductiva a nivel institucional; mejoras en la capacitación y en las prestaciones de los centros públicos de salud. Si bien tenía proyección nacional, logró un mayor desarrollo en el departamento de Montevideo. Por primera vez, a través de un programa gubernamental se comenzó a incorporar una canasta de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud, sin costo para los usuarios (MSP, 1999; CNS, 1999; López Gómez y Rostagnol, 1998).

El Programa Maternidad y Paternidad Elegida fue un programa vertical no integrado en la estructura de servicios del MSP, coordinado desde la Dirección General de la Salud (DIGESA) y con escasa articulación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), instancia responsable de la gestión de los servicios de salud del MSP, en ese entonces. Esta situación dificultó severamente su

desarrollo, junto con el tímido compromiso de las autoridades del momento sobre la importancia de las políticas en salud sexual y reproductiva, las cuales eran vistas más como un privilegio que como un derecho. Ya habían pasado casi cinco años de la CIPD y, si bien se registraban avances en las políticas, estas no estaban a la altura de los retos que el país necesitaba enfrentar en esta materia.

A los efectos de asegurar cobertura y ampliar el acceso a la anticoncepción, la Dirección General de la Salud del MSP le encomendó a ASSE establecer prestaciones de anticoncepción en las unidades efectoras del primer nivel de atención en Montevideo. Se resolvió finalizar la implementación del Programa de Maternidad y Paternidad Elegida e incorporar las prestaciones en anticoncepción mediante la creación de un nuevo programa denominado Salud Integral de la Mujer (SIM), con la articulación de un conjunto de acciones: captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Se propuso, además, promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y la formación de grupos de mujeres como estrategia socioeducativa y preventiva (López Gómez *et al.*, 2003). Este programa significó un punto de inflexión en el proceso de incorporación de prestaciones en los servicios públicos de salud, en la medida que los propios efectores participaron directamente en la definición de la estrategia. A su vez, cuando el país atravesaba la crisis socioeconómica más importante de las últimas décadas, el MSP decide reforzar las acciones en salud sexual y reproductiva, mediante una estrategia de prestaciones integrales en el primer nivel de atención de los servicios públicos. De todas formas, el programa no incluyó acciones específicas dirigidas a reducir los riesgos del aborto provocado en la clandestinidad (López Gómez, Abracinskas y Furtado, 2009).

Entre los años 2001 y 2003, el aborto provocado en condiciones de riesgo se transformó en un tema relevante de salud pública al ubicarse como la primera causa independiente de mortalidad materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Briozzo, 2003). Ello generó la denuncia pública de la situación por parte de los/as profesionales de ginecología nucleados en la cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. En 2001, se concretó la creación de iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, espacio que nucleó a profesionales de la salud, desde el cual, en diálogo con organizaciones feministas, se elaboraron e impulsaron las «Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo», que fueron reconocidas como normativa sanitaria por el MSP, mediante la Ordenanza ministerial n.º 369, en agosto de 2004 (Briozzo, 2007a; Abracinskas y López Gómez, 2004).

Las medidas propuestas por este colectivo de profesionales se basaron en una estrategia sanitaria a partir de un modelo de reducción de riesgos y daños, buscando dotar a los servicios de salud de una herramienta preventiva de las complicaciones del aborto inseguro. Mediante esta estrategia, se buscaba

que los servicios de salud pudieran intervenir «en el antes y en el después» del aborto, brindando información, orientación y contención a las mujeres que se enfrentaban a un embarazo no esperado o no deseado. Su adopción por parte del MSP como normativa sanitaria alentó expectativas de su inclusión en todos los servicios del sistema de salud, lo cual —como veremos más adelante— generó diversas tensiones entre los/as profesionales de la salud, dejando en evidencia las contradicciones y dificultades que implicaba transitar por este camino.

Ese mismo año, 2004, se instaló en la órbita del MSP la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva,¹¹ de carácter intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y academia. La comisión se creó en el marco de los cometidos definidos por la Comisión Intergubernamental Mercosur en Salud Sexual y Reproductiva, creada en 2003, en un contexto regional e internacional de evaluación de los avances y retos a 10 años de la CIPD. Su instalación significó una herramienta de gran relevancia en el proceso nacional para la ratificación de la vigencia de la CIPD y fue el primer mecanismo institucionalizado de diálogo Estado-sociedad civil para el monitoreo de las políticas nacionales en la materia (Abracinskas y López Gómez (2004); CNS, 2005, 2006).

Más allá de la voluntad de los gobernantes y de los actores políticos, importa enfatizar que estos avances fueron posibles debido al trabajo de incidencia política desarrollada fundamentalmente por el movimiento feminista. Así como por el surgimiento en el escenario del debate, sobre finales de este período, de un nuevo actor: los profesionales de la salud, en particular, los médicos ginecólogos/as, quienes, a partir de entonces, se constituirán en protagonistas del proceso.

A nivel parlamentario, en este período tuvo lugar la discusión sobre el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva, el primer proyecto que propuso la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación y que logró ser debatido en ambas cámaras del Poder Legislativo. Con anterioridad, desde 1985, en cada legislatura, se habían presentado iniciativas parlamentarias tendientes a regular la práctica voluntaria del aborto: en el año 1985 (proyecto de despenalización del aborto, iniciativa Lamas y Vaillant); en el año 1993 (proyecto sobre la interrupción voluntaria de la gravidez, iniciativa Sanseviero, que obtuvo unanimidad en Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados), y en el año 1998 (proyecto sobre despenalización del aborto, iniciativa Barreiro, que no fue considerado). Ninguna de ellas había logrado ingresar a la discusión de las plenarios de las cámaras.

Este proyecto ubicaba al Estado como garante para el pleno ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mediante el desarrollo de estrategias de educación sexual, la promoción de maternidades y paternidades elegidas, el acceso universal a servicios de anticoncepción y el reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria de un embarazo

11 Ministerio de Salud Pública, Ordenanza n.º 147 (24/3/2004).

hasta las 12 semanas de gestación y, luego de ese plazo, en determinadas circunstancias. El proyecto fue aprobado por la plenaria de la Cámara de Diputados, el 10 de diciembre de 2002, en una fecha emblemática por celebrarse el Día de los Derechos Humanos. Sin embargo, no obtuvo los votos necesarios en la Cámara de Senadores, donde —por una votación ajustada— fue desestimado en mayo de 2004. Fueron dos años de intensos debates sociales y políticos que permitieron evidenciar, entre otras cuestiones, el activo involucramiento de la ciudadanía en la discusión pública y el creciente papel del cuerpo médico en el debate. Las encuestas de opinión de la época registraron que la amplia mayoría de la población acordaba con la aprobación del proyecto (entre 55 % y 63 %), dando cuenta de una posición sostenida y consolidada a favor de la despenalización (Selios, 2007). Desde este momento, el aborto ingresó a la gran agenda pública con el respaldo de amplios sectores de la población y con el impulso de una articulación nutrida y diversa de actores sociales, académicos, sindicales, profesionales y políticos que abogaron por la aprobación de un marco normativo acorde a los nuevos acuerdos sociales (Abracinskas y López Gómez, 2007).

Período 2005-2009: el reconocimiento jurídico de la salud sexual y reproductiva como derecho humano

Este período concuerda con el cambio de administración del gobierno nacional, con la asunción del Frente Amplio y el Dr. Tabaré Vázquez a la presidencia de la República (2005-2009). El país había atravesado una crisis socioeconómica de gran magnitud y la prioridad del nuevo gobierno fue impulsar una serie de reformas estructurales que permitieran revertir los impactos sociales de la crisis y proyectar el país hacia un modelo de desarrollo sostenible. Por primera vez, la izquierda era gobierno nacional y las expectativas eran altas tanto a nivel nacional como regional e internacional. Entre las reformas prioritarias se ubicó la del sector de la salud. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)¹² —con la integración de efectores públicos a través de ASSE y efectores del sector mutual— se basó en tres pilares: cambio del modelo de atención, cambio del modelo de financiamiento y cambio del modelo de gestión. El objetivo principal del SNIS fue universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. Se propuso cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegiara la atención integral y jerarquizara la promoción y la prevención. Esta modificación buscó que el primer nivel de atención se convirtiera en el foco de los principales cambios y escenario donde debía recaer la responsabilidad de que los/as usuarios/as del sistema redujeran la necesidad del

12 SNIS fue creado por la Ley n.º 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y se elaboraron leyes ampliatorias en 2011. La puesta en marcha de la reforma de salud se inició, de manera gradual, en el año 2008.

uso de los servicios en los demás niveles. Esto implicó fortalecer necesariamente los servicios de la red del primer nivel, en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura. También implicó reorganizar la integración de los equipos de salud incluyendo otros perfiles de profesionales, de modo de responder a un paradigma de integralidad desmarcado del modelo biomédico tradicional. El modelo de financiamiento implicó una transformación en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). El sistema prevé el pago a los efectores con base en cápita en función del número y perfil de usuarios/as y del cumplimiento de las metas prestacionales de observancia obligatoria (MSP, 2009b). La incorporación de la salud sexual y reproductiva como parte de las prestaciones de observancia obligatoria del SNIS ha sido un proceso gradual y que aún hoy está pendiente de ser completado.

En materia programática, desde 2005, el MSP definió entre sus prioridades el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, el cual incluía un área específica en salud sexual y reproductiva. Esto supuso un avance en materia de definición programática en políticas de salud y, en particular, implicó la apertura de la salud pública a una agenda históricamente no priorizada. Sin embargo, la escasa dotación de recursos humanos y presupuestales y la baja participación e incidencia de los programas prioritarios en las reformas estructurales de la salud pusieron en cuestionamiento su capacidad para incidir y transversalizar el enfoque de género, derechos y equidad en la política sanitaria nacional (CNS, 2006).

El documento de creación incluyó escasas referencias a acciones específicas sobre la prevención del aborto de riesgo, si bien esta normativa ya se había aprobado en el período anterior y tenía plena vigencia (MSP, 2006).

A instancias del programa, el país avanzó en la elaboración de nuevas normas y guías clínicas así como en la actualización de otras, preexistentes. Se pueden destacar las guías clínicas sobre anticoncepción reversible, sobre diversidad sexual, embarazo y parto, adolescencia y violencia doméstica y sexual. A su vez, impulsó la creación de la Comisión Asesora sobre la Interrupción de la Gestación¹³ que dejó sin efecto el Comando de Lucha contra el Aborto Criminal, que había sido creado en el año 1992. La ordenanza no definió explícitamente sus cometidos, alcances y marco de intervención. Esta comisión es la única estrategia definida por esta administración para la atención de abortos institucionales en el marco de la ley vigente (Ley n.º 9763, de 1938). No se dispone de documentación sobre la actuación de la comisión, si bien esta funcionó durante todo el período (CNS, 2006, 2008). A su vez, también se creó la Comisión Nacional para el Monitoreo y la Reducción de la Muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, aborto y cesárea, en el año 2006, a punto de partida de la preocupación por el subregistro de muerte materna en el país.¹⁴

13 Ministerio de Salud Pública, Ordenanza n.º 890 (17/10/2005).

14 Ministerio de Salud Pública, Ordenanza n.º 751 (20/11/2006).

La comisión presentó, en 2009, un informe sobre mortalidad materna para el período 1999-2009, el único que elaboró (MSP, 2009a).

Ese mismo año, el MSP autorizó el uso intrahospitalario del misoprostol con fines obstétricos. Desde entonces, este medicamento se puede utilizar en los centros hospitalarios para la inducción del parto, tratamiento de hemorragia posparto, feto muerto y retenido (aborto incompleto), utilizando los esquemas recomendados por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Se autorizó su venta en farmacias, bajo receta médica de gastroenterólogo, para el tratamiento de úlceras duodenales. Desde el año 2002, se vendía misoprostol en el mercado informal a precios lucrativos: cuatro pastillas, es decir, 800 microgramos, costaban alrededor de trescientos dólares americanos. La práctica del aborto con medicamento como un método eficaz, más seguro y ambulatorio, mediante el uso de misoprostol, había modificado las prácticas de aborto provocado desplazando a las clínicas clandestinas y al aborto quirúrgico.

En este período se retoma el trabajo de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, ratificada por decreto ministerial. La comisión contó con nuevas instituciones que se sumaron a las que habían participado desde su inauguración en el año 2004. A pesar de las expectativas que generó su reinstalación, la comisión tuvo escasa incidencia en el desarrollo de las políticas en salud sexual y reproductiva del MSP. Incluso tuvo un bajo grado de integración con otros mecanismos y comisiones existentes, reproduciéndose en estos mecanismos la misma falencia que se podía señalar de los programas prioritarios: su verticalidad y la atomización de las acciones.

Las prestaciones que se ofrecían en los servicios de salud, públicos y privados, básicamente incluían la planificación familiar (en los servicios públicos), prevención y tratamiento de ITS-sida y de cáncer genitomamario, atención de embarazo y parto, y detección de violencia doméstica. Solamente en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell y en algunos centros públicos de atención primaria de Montevideo y del interior del país, se ofrecía asesoramiento pre y posaborto, tal como establecía la normativa sanitaria vigente. Los informes de monitoreo de los servicios y prestaciones realizados por el Observatorio en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU para los años 2008 y 2009 daban cuenta de las dificultades que se observaban en los servicios para ofrecer integralidad en las prestaciones, así como para modificar pautas de intervención basadas en un modelo tradicional biomédico de atención. El país contaba con normativas y guías clínicas en varios componentes de la salud sexual y reproductiva, sin embargo su grado de implementación en los servicios era bajo y la población usuaria las desconocía o las demandaba también en baja medida (MYSU, 2008, 2009).

Desde el punto de vista parlamentario, el país atravesó el debate más intenso en materia de derechos sexuales y reproductivos, y despenalización/legalización del aborto. En la Cámara de Senadores fue presentado un nuevo proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Este proyecto tenía una

matriz de contenidos similar al que se había presentado en la legislatura anterior, aunque incorporaba en su artículo primero —de manera detallada— las obligaciones del Estado de brindar garantías a los derechos sexuales y reproductivos e instaba al desarrollo de acciones en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva. De esta forma, el conjunto de normativas sanitarias en la materia aprobadas por el MSP en los últimos años eran incorporadas explícitamente en el texto de la ley, «blindándolas» y otorgándoles, desde el punto de vista jurídico, un rango superior (López Gómez y Abracinskas, 2009).

El proyecto fue tratado por ambas cámaras del Parlamento nacional en un proceso que duró aproximadamente dos años y que culminó en noviembre de 2008 con su aprobación integral. Sin embargo, fue vetado parcialmente por el presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, en los capítulos específicos relativos a la despenalización del aborto. Los fundamentos utilizados en el veto han sido analizados desde distintos ángulos y perspectivas, generando amplia repercusión a nivel internacional (Banfi *et al.*, 2010; Andreoli, 2011).

Como resultado se promulgó la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva,¹⁵ un instrumento marco que reconoce parcialmente los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y define las responsabilidades del Estado como garante de estos a través de políticas de salud y educativas. La ley ubica, entre otros componentes de la salud sexual y reproductiva, el asesoramiento y la atención a las mujeres en situación de embarazo no deseado para la prevención de abortos de riesgo, mediante la incorporación en su artículo cuarto a la Ordenanza n.º 369/2004. Pero, debido al veto interpuesto, no modificó el estatuto jurídico del aborto-delito, dejando en plena vigencia la ley de 1938.

Período 2010-2012: el camino hacia el aborto legal

Este período se caracteriza por avances importantes en materia de consolidación de las normativas y la implementación de servicios en salud sexual y reproductiva así como por los cambios legislativos en la regulación de la práctica del aborto voluntario. En marzo de 2010, asume el gobierno nacional el Sr. José Mujica, electo presidente de la República en noviembre de 2009. El Frente Amplio inicia así un segundo mandato en el gobierno y esto abre posibilidades de continuidad y profundización de las políticas iniciadas en la administración anterior, así como la oportunidad de un nuevo debate parlamentario sobre aborto. El país había superado la crisis de 2002, se había logrado implementar políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social, y se había encaminado algunas de las reformas estructurales promovidas desde el programa del Frente Amplio. En el campo de la salud sexual y reproductiva, el gobierno tenía la tarea de reglamentar e implementar la Ley n.º 18.426. Ello implicaba asegurar su

15 Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>>.

puesta en marcha en los servicios del SNIS, fortaleciendo las acciones que ya se desarrollaban desde hacía algunos años, incorporar nuevas prestaciones y, fundamentalmente, universalizar en todo el sistema el acceso de la población usuaria al conjunto de estas.

Se realizaron cambios en la estructura del MSP mediante la creación de la Dirección de Programas Estratégicos de Salud y, concretamente, la instalación en su órbita del Área de Salud Sexual y Reproductiva.¹⁶ Desde esta instancia se elaboró el decreto reglamentario n.º 293/010 de la Ley n.º 18.426 y la guía de servicios de salud sexual y reproductiva¹⁷ (MSP, 2010), que establecieron la creación de servicios específicos en este campo en todo el SNIS. Cada institución de salud pública y privada-mutual, integrante del SNIS, debía contar con un servicio de salud sexual y reproductiva coordinado por un Equipo Coordinador de Referencia (ECR) e integrado por todos aquellos profesionales de la salud cuyo perfil sea requerido para garantizar la atención. El ECR fue establecido por ley y su integración se definió con la participación de un/a médico ginecólogo/a, psicólogo/a y obstetra partera. Este ECR tiene funciones asistenciales y es responsable de la organización y gestión del servicio incluyendo la planificación de acciones de difusión a la población usuaria y capacitación al personal técnico y no técnico de la institución. Este fue uno de los puntos de disenso en la Comisión Asesora en SSR —instancia en la cual se discutió el documento borrador del decreto—. Se entendió que la función del ECR debía limitarse a la coordinación y gestión del servicio y que no se le debían asignar, a su vez, funciones asistenciales directas. Ello redundaría, según opinión de la comisión, en crear equipos especializados, de tipo vertical que corrían el riesgo de recibir derivaciones de «casos difíciles», considerados así por los profesionales de los servicios de salud, en particular el asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto o la esterilización. El relato de los/as propios profesionales evidencia que, mediante este procedimiento, se habilitó un mecanismo que permitía a los/as profesionales ejercer una suerte de objeción de conciencia implícita ante situaciones que les resultaban «incómodas» o «inaceptables» para ser atendidas por ellos mismos. La ley se puso en marcha en los servicios del SNIS en enero de 2011 y desde entonces se dispone de escasa información oficial de acceso público sobre el proceso de su implementación y resultados obtenidos. Este es un déficit muy importante para el monitoreo y evaluación de la política pública, que dificulta el control y la veeduría social que se realiza desde las organizaciones de la sociedad civil así como lo es también para el avance en la agenda de investigación sobre políticas y servicios de salud sexual y reproductiva.

16 El Área de Salud Sexual y Reproductiva incluye entre sus líneas programáticas: Salud de la Mujer, Salud del Varón, VIH-Sida e ITS, Violencia y Salud. La creación del área implicó la derogación del Programa de Salud de la Mujer y Género, creado en la administración anterior.

17 El MSP elaboró las *Guías para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*, Montevideo, 2010.

Uno de los datos disponibles son las metas asistenciales de observancia obligatoria gestionadas desde la Junta Nacional de Salud (JUNASA).¹⁸ Este organismo define las metas que deben implementar todos los efectores de salud que forman parte del SNIS. Las metas constituyen una política de pago por desempeño, dependiendo del cumplimiento de una serie de indicadores estipulados por la JUNASA. Se han definido cuatro metas asistenciales y una de ellas refiere a la salud del niño y de la mujer.¹⁹ Esta incluye acciones relacionadas con el control de los niños en los primeros tres años de vida, el control de las mujeres durante el embarazo y la pesquisa de situaciones de violencia doméstica. En concreto, exige un mínimo de cinco consultas durante el embarazo, atención odontológica, análisis de VIH y VDRL, acciones con relación a la captación precoz del embarazo y el correcto llenado de la hoja del Sistema Informático Perinatal (SIP). Para las mujeres mayores de 15 años, se debe aplicar la pesquisa de violencia doméstica. Como puede observarse, las metas relacionadas con la salud de la mujer se reducen básicamente a su atención durante el embarazo y a la detección de violencia doméstica. Desde esta perspectiva, la atención a la salud sexual y reproductiva se reduce a un componente tradicional de la salud materna, sin haberse incorporado ninguno de los lineamientos que se definen a partir de la Ley n.º 18.426. Según el informe de gestión de JUNASA para el año 2012,²⁰ existe un desempeño aceptable de los prestadores públicos y privados, con un cumplimiento de meta que en algunos indicadores alcanza el 100 % (JUNASA, 2012). De todas formas, esta información no permite analizar la implementación de los servicios de salud sexual y reproductiva, sino dar observancia al cumplimiento de algunas metas definidas por el sistema.

En este período, los principales avances en salud sexual y reproductiva, y derechos se pueden ubicar en el escenario del tratamiento legislativo. Luego de intensos debates, en octubre de 2012 se aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley n.º 18.987). Uruguay ingresó así a la lista corta de países de la región que cuentan con legislaciones que habilitan el aborto legal. En noviembre de 2011, el proyecto de ley fue presentado en la Cámara de Senadores con el objeto de despenalizar el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación, retomando así el proceso que había sido truncado mediante el veto presidencial en el año 2008. El proyecto fue aprobado en diciembre de ese mismo año en la plenaria de la cámara por 17 votos a favor y 14 votos en contra, habilitando así el pasaje a su tratamiento en la Cámara de Diputados. La bancada oficialista, al saber que no contaba con los votos necesarios para la aprobación del proyecto

18 Este organismo fue creado por la Ley n.º 18.211 y tiene la responsabilidad de velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS, así como administrar el Seguro Nacional de Salud.

19 La segunda meta refiere al médico de referencia, la tercera meta, al adulto mayor y la cuarta meta, a recursos humanos.

20 Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/REND%20CTAS%20JUNASA%202012-%20FINAL%20%28Con%20anexos%29.pdf>. Consultado el 10/2/2014.

enviado por la Cámara de Senadores, negoció cambios en el texto del proyecto original con el Partido Independiente, y se elaboró una nueva propuesta. El proyecto logró los votos necesarios en la Cámara de Diputados y el nuevo texto fue ratificado por la Cámara de Senadores el 22 de octubre de 2012. Finalmente, el Poder Ejecutivo, en el mes de noviembre de ese año, promulgó la ley para su reglamentación por el MSP. La ley habilita la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación (aborto por decisión de la mujer) o fuera de ese plazo ante situaciones de riesgo de vida y salud grave de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida extrauterina y violación (para esta última, el plazo se extiende a 14 semanas). Las mujeres que cursan un embarazo no deseado deberán solicitar, en su servicio de salud, consulta con un/a profesional de la medicina a quien deberán comunicarle su situación de embarazo y sus motivos para interrumpirlo. El profesional procederá a derivarla a una entrevista con un equipo multiprofesional integrado por un/a ginecólogo, un/a profesional de la «salud psíquica» y un/a trabajador social. Este equipo tiene la tarea de brindar información a la mujer sobre distintas alternativas ante un embarazo no deseado. A partir de allí, esta dispondrá de un mínimo de cinco días para «reflexionar sobre la decisión a tomar» (sic). Si mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo, deberá volver a consulta con su médico y comunicarle su decisión definitiva. Finalmente, a partir de allí se habilita el proceso de interrupción legal en el marco del servicio de salud. Todo ello antes de las 12 semanas de gestación y, si las condiciones se cumplen, ello deja sin efecto la pena establecida en el Código Penal. Todo lo que no se ajuste a lo antes mencionado configura una situación fuera de la ley, por lo tanto es considerado delito.

La ley aprobada recibió críticas desde distintos sectores y perspectivas. Quienes históricamente abogaron en contra de cualquier cambio en el marco normativo la consideraron un retroceso e iniciaron un proceso para su derogación por parte de la población, mediante el mecanismo constitucional de consulta ciudadana, que apenas contó con el concurso de 9 % de los habilitados para votar.²¹ Para quienes habían trabajado arduamente por la despenalización del aborto y el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos reproductivos, en particular las organizaciones feministas y de mujeres, el resultado generó fuertes controversias y disconformidad con los actores políticos. Las principales críticas desde la mirada feminista son que la ley promulgada no destipifica el delito de aborto, sino que suspende la pena establecida en el Código Penal vigente (1938), siempre y cuando se cumplan con ciertas condiciones y requisitos. Entre ellas, se observa que la ruta crítica que las mujeres deben transitar dentro del servicio de salud para acceder al aborto legal responde más a un modelo de tutelaje profesional que a un enfoque de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida reproductiva. Estos cuestionamientos son

21 La consulta tuvo lugar el 23 de junio de 2013. Para habilitar el plebiscito, la consulta ciudadana debía convocar a las urnas, por lo menos, a 25 % de los ciudadanos habilitados para votar. Apenas alcanzó un 9 %. Ello dejó sin efecto la posibilidad de que la ley fuera revocada.

relevantes tanto desde el punto de vista de las limitaciones jurídicas de la ley como respecto a su legado simbólico. De todas formas, la ley generó un escenario novedoso y desafiante, en términos del desarrollo de estrategias para su implementación en el SNIS a partir de enero de 2013.

Para finalizar, entre 1996 y 2012, Uruguay avanzó de manera significativa en el reconocimiento social y político de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, consagrando en su legislación un marco normativo que los reconoce como derechos humanos universales y que ubica al Estado como su garante. Sin embargo, mantuvo el delito de aborto en toda circunstancia hasta octubre de 2012, cuando tuvo lugar la aprobación de la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo.²² En materia programática, se definieron una serie de estrategias para la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en el SNIS, con base en criterios de integralidad de las prestaciones y equidad en el acceso. En este sentido, adoptó las medidas para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo como estrategia sanitaria de reducción de riesgos y daños en un contexto legal restrictivo. En el proceso de incorporación de la salud sexual y reproductiva, incluida la atención pre y posaborto, se ha identificado una serie de obstáculos fundamentalmente relacionados con barreras funcionales, organizativas, culturales y económicas que dificultan el cambio de modelo de atención, desde uno de corte tradicional materno-infantil hacia otro integral basado en los derechos sexuales y reproductivos (MYSU, 2008, 2009, 2010; López Gómez y Carril, 2010b). Estas barreras son analizadores de los complejos procesos de transformación institucional y cultural que se requieren para reconocer a las mujeres como sujetos de derechos reproductivos, en particular, de aquellas que se enfrentan a un embarazo que no esperaban y no desean continuar, a pesar de la ley que las condena penalmente. Las acciones técnicas que desarrollan los/as profesionales de la salud se produjeron en un escenario normativo contradictorio como el que hemos reseñado; en un sistema de salud que buscó instrumentar una estrategia paliativa frente a la ley restrictiva de aborto que regía en el país y en una sociedad involucrada en el debate público y con una posición favorable a su despenalización.

22 Cuya implementación se inició en enero de 2013, razón por la cual no fue considerada en el estudio cuyos resultados se presentan en la segunda parte de esta publicación, el cual fue realizado para el período 2000-2012.

Las dimensiones del aborto: elementos históricos y contemporáneos

Uruguay, al igual que la mayoría de los países de la región, formó parte de la larga lista de países con legislación restrictiva sobre aborto hasta noviembre de 2012, cuando se aprobó la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Durante más de setenta años, el aborto fue considerado un delito, siempre por la ley n.º 9763, de 1938. La pena podía ser atenuada o eximida por el juez ante determinadas causales, siempre y cuando el aborto hubiera sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer, donde el plazo era mayor. La ley establecía cuatro eximentes de pena: violación, honor de la familia, angustia económica y riesgo de vida y salud grave de la mujer. Entre las agravantes, definía la realización del aborto contra la voluntad de la mujer o que se realizara fuera de los plazos y condiciones establecidos por la ley. Esta demostró su ineficacia en reducir o eliminar la práctica del aborto. Por un lado, porque el aborto voluntario ha sido una práctica extendida entre las mujeres uruguayas de distintas condiciones y edades (Sanseviero, 2003; López Gómez *et al.*, 2011; Sapriza, 2011). Por otro, porque desde su vigencia se registraron pocos procesamientos por el delito de aborto en comparación con las estimaciones disponibles, y los casos de procesamiento existentes remiten casi exclusivamente a las situaciones de lesión grave o muerte de las mujeres involucradas (Castro, A., 2011; Malet, 2009). A su vez, nunca se implementaron las condiciones institucionales para habilitar que los servicios de salud pudieran atender los abortos según las causales eximidas de pena que establecía la ley. Según Dufau (1989), la tipificación del aborto como delito *siempre*, y la ambigüedad y el conservadurismo para habilitar los atenuantes y eximentes de la pena hicieron que fuera inimplementable. La criminalización del aborto, lejos de prevenir el aborto voluntario, buscó generar un clima de condena afianzado en una doble moral mediante la culpabilización y el juzgamiento social de las mujeres que se lo practicaban. Como resultado, condenó a las mujeres al aborto clandestino, con impactos para su salud, su bienestar y su calidad de vida.

La persistencia del problema social de la práctica insegura del aborto con sus consecuencias en riesgos de vida y de salud, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que imponía la clandestinidad fueron asuntos que progresivamente adquirieron visibilidad y consideración pública. El aborto salió del ámbito privado para colocarse como un asunto relevante de equidad y justicia social, salud pública y derechos humanos, que requería el tratamiento y debate político y social sobre el significado y las consecuencias del marco legal restrictivo para las mujeres y la convivencia democrática

(Carril y López Gómez, 2008; Sansevierio, 2003; 2008; Briozzo, 2003, 2007a; Abracinskas y López Gómez, 2004, 2006, 2007).

Los contextos legales restrictivos, las censuras sociales que condenan embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquellas que no tienen pareja formal; el estigma social, la falta de acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; el no reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos son factores que favorecen la práctica del aborto inseguro. Este es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa a nivel regional y mundial en la muerte de mujeres en edad reproductiva y en la morbilidad severa (OMS, 2003, 2012; WHO, 2011). En los contextos de ilegalidad y penalización, las prácticas de aborto voluntario son consideradas inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que lo practica, cuando interviene (Pinotti y Faúndes, 1989). Sin embargo, importa subrayar que los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones en las que se realiza no son adecuadas, cuando las mujeres carecen de apoyo social o familiar, cuando no disponen de información confiable y de calidad, y cuando no cuentan con recursos simbólicos, cognitivos y materiales para la toma de la decisión.

Mortalidad y morbilidad materna en Uruguay: la emergencia de un grave problema social

La muerte materna, definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (OPS-OMS, 1995), se calcula considerando el número de muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Cuando una mujer muere es una tragedia no solo por lo que implica como pérdida de vida humana, sino también para sus hijos y su familia. Entre las consecuencias de la muerte materna se señalan la desintegración de las familias, el aumento de la mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los niños y niñas en el mercado laboral (Sloan *et al.*, 2002). En la mayoría de los casos, se trata de muertes evitables y, por ello, representan un evento trazador de las limitaciones de los servicios de salud, incluida la calidad de atención y las barreras de acceso; así como del impacto en la salud de las desigualdades sociales, en particular, las de género y clase social. Las intervenciones para prevenir la muerte materna están probadas, disponibles y la relación costo-efectividad es ampliamente favorable. Entre ellas, se incluye la accesibilidad a programas de planificación familiar, el manejo apropiado del embarazo de alto riesgo, el uso de evidencias científicas disponibles para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, la provisión de abortos seguros a nivel institucional, el tratamiento integral de sus complicaciones cuando el aborto fue provocado en condiciones de riesgo y la vigilancia de la muerte materna como política pública

activa que permita detectar no solamente el subregistro, sino también las causas asociadas (López Gómez *et al.*, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo ocurren, en promedio, 650 000 muertes maternas por año, lo cual representa una muerte materna por minuto, y la amplia mayoría de ellas tiene lugar en países subdesarrollados (OMS, 2012). El informe sobre tendencias en mortalidad materna a nivel global entre 1990 y 2013 elaborado por la OMS, el UNFPA, la Unicef, el Banco Mundial y la División Población de las Naciones Unidas (WHO *et al.*, 2014) fue recientemente difundido. Según el informe, en América Latina, la mortalidad materna se redujo 40 % y en el Caribe, 35 %, menos que el promedio mundial (45 %) y muy por debajo de la meta de 75 % fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar esa meta, sería necesario una reducción anual de 5,5 %, sin embargo, el promedio del período 2000-2013 fue una reducción global de 1,5 %. La razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, lo que se considera «baja» entre las regiones en desarrollo. Los cinco países con razón de mortalidad materna más baja de la región son Uruguay (14 por 100 000), Puerto Rico (20), Chile (22) y Estados Unidos (28), mientras que con la razón más alta se encuentran Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140), Honduras (120) y Surinam (130). Por su parte, Cuba, Guyana, Surinam y Venezuela fueron los únicos países de la región donde la mortalidad materna aumentó desde 1990.

Otro estudio elaborado por la OMS y publicado en *The Lancet* concluye que el riesgo de una mujer de morir en algún momento de su vida por una causa materna en América Latina es de 1 en 570 y, en el Caribe, 1 de cada 220. Aunque estos datos son mejores que los que presentan otras regiones subdesarrolladas, continúan siendo considerablemente más elevados que el riesgo que se registra en Estados Unidos (1 en 1800) o en Canadá (1 en 5200) (Say, Chou, Gemmill, Tunçalp, Moller, Daniels, Gülmezoglu, Temmerman y Alkema, 2014). En países donde el aborto está penalizado, una de las causas más importantes de mortalidad materna es el aborto inseguro. La diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que practican aborto en un contexto de legalidad y en un contexto donde es ilegal es por demás significativa. Mientras que, en el primer caso, se registra en promedio 1 muerte por cada 100 000 abortos; en contextos donde el aborto es ilegal se producen 1000 muertes por cada 100 000 abortos (Tietze, 1990).

Nuestra región registra el porcentaje estimado más alto de aborto inseguro en el mundo. En total, 22 % de los embarazos terminan en aborto, entre ellos, 24 % en América del Sur, 17 % en América Central y 23 % en países del Caribe (Singh, Darroch, Ashford, Vlassoff, 2009). De los 4,4 millones de abortos que se produjeron en el año 2008 en la región, 95 % fueron bajo circunstancias inseguras. O sea, 31 abortos inseguros por cada 1000 mujeres de edad reproductiva (Shah y Ahman, 2010). Ello representó 12 % de las muertes maternas y un millón de hospitalizaciones debidas a la práctica insegura del aborto. Cada

año 2000 mujeres mueren por complicaciones del aborto, de las cuales 45 % son menores de 24 años (IPAS, 2010). Por su parte, se estima que entre 10 % y 20 % de todas las mujeres que abortan no reciben asistencia médica necesaria para el tratamiento de las complicaciones (Sedgh *et al.*, 2012).

A comienzos del siglo XXI, se produce un cambio importante en las prácticas de aborto con la difusión de la técnica basada en medicamentos, en particular, por el uso extendido del misoprostol y la mifepristona. Ello modificó la práctica clandestina del aborto en muchos de los países de la región, donde estos insumos comenzaron a estar disponibles en el mercado informal (en particular, el misoprostol). Según el reporte de Guttmacher Institute, el mayor uso del aborto por medicamento probablemente haya incidido en el descenso de la morbilidad severa y la muerte por abortos practicados en condiciones de riesgo en la región. Según datos del mismo instituto, la disminución —desde 2003— de la muerte materna por aborto inseguro en un escenario de incremento de la incidencia del aborto inseguro parecería indicar que los riesgos asociados con los procedimientos clandestinos podrían estar disminuyendo (Guttmacher Institute, 2012).

Ello puede deberse a las diversas estrategias que se han implementado en distintos países de la región para reducir la incidencia de las consecuencias del aborto inseguro. Estas han sido impulsadas tanto desde el campo de las políticas públicas como desde prácticas sociales diversas. Entre otras, se pueden destacar los servicios de planificación familiar, la atención de las complicaciones posaborto en los servicios de salud (en particular, mediante la inclusión de la aspiración manual endouterina y la orientación en anticoncepción posaborto); la difusión social y comunitaria de información sobre acceso y uso del misoprostol a través de redes de apoyo; la implementación de aborto no punible en los servicios de salud en algunos países, y la puesta en marcha de la estrategia de reducción de riesgos y daños de aborto inseguro, originalmente desarrollada en Uruguay (Romero y Ramos, 2009).

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de baja mortalidad materna, entre otras razones debido a las características históricas de su sistema de salud de amplia cobertura, el acceso universal a la educación pública y el desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que promovieron la atención temprana del embarazo y el parto institucional. Sin embargo, el retraso en impulsar políticas integrales hacia la salud de las mujeres y, en particular, en salud sexual y reproductiva, provocó que se invisibilizara en el sistema de salud la realidad del aborto inseguro así como las complicaciones surgidas durante el puerperio, ambas situaciones con impacto directo en la mortalidad y morbilidad materna en el país. Según el único informe oficial disponible a nivel nacional sobre muerte materna, para el quinquenio 1995-1999 las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro causaron el 27,4 % del total de las muertes maternas en el país (MSP, 2009a). En este quinquenio, el porcentaje de muertes maternas por aborto inseguro que se produjeron en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell (CHPR) —principal maternidad pública del país— se ubicó en 47 %. Si se analizan las

causas de muerte materna desde el año 1999 hasta el año 2009, se puede observar que la muerte materna a causa de aborto inseguro tuvo oscilaciones, con un pico ascendente entre 2001 y 2003 y luego una estabilización a la baja en el resto del período (MSP, 2009a). Para el año 2001, la muerte por aborto inseguro en el CHPR representó el 80 % de las muertes (Briozzo, 2003).

La comisión formuló algunas hipótesis explicativas sobre la evolución de la mortalidad materna para ese período. Según se señala en el informe:

Surge la pregunta del motivo por el cual la razón de mortalidad materna comienza a disminuir a partir del año 2003 pese a que la crisis económica se profundiza en los años posteriores y se mantiene por algunos años más. Las explicaciones de este hecho son especulativas, pero es importante tener en cuenta que esta disminución es principalmente debido al descenso de la mortalidad secundaria por aborto provocado en condiciones de riesgo. Desde esta perspectiva, creemos que al menos existen dos factores que podrían haber tenido incidencia en la disminución de muertes por aborto provocado. Uno de los factores podría ser la aparición en el mercado de la droga misoprostol y la popularización de su uso. [...] El segundo factor es más discutible, pero creemos que ha habido un cambio en los equipos de salud, los cuales cada vez son más receptivos y comprensivos ante la mujer en situación de embarazo no deseado. El cambio de actitud ha motivado que estas mujeres sean incluidas en el sistema en vez de ser excluidas (MSP, 2009: 16).

La comisión no tomó en cuenta, en su marco interpretativo, el impacto que podría haber tenido el debate social y político sobre la despenalización del aborto en la actitud de mujeres y profesionales. Este permitió su inclusión en la agenda pública de manera sostenida durante un largo período, impactando en el proceso de reconocimiento social de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y, probablemente, incidiendo en la construcción de la decisión de abortar de la mujer como un acto legítimo.

En el informe también se señaló que el total de muertes maternas se incrementó en el año 2007 y que ello podría deberse al mejor sistema de vigilancia establecido con la creación de la comisión. Se concluye que «podría existir un subregistro importante en el número de muertes de los años precedentes. Este subregistro ha mejorado a partir del año 2005, es moderado desde el año 2001 y podría ser muy importante con anterioridad a este año» (MSP: 2009a, 15). Según OPS, la mortalidad materna en Uruguay bajó de un promedio estable en la década del noventa de 2,3 cada 10 000 embarazos, que equivalían a 13 muertes anuales, a 1,5 cada 10 000 en 2008, igual a siete decesos, una tasa similar a la que muestran Estados Unidos y algunos países de Europa occidental. Los especialistas alertan, empero, por lo ocurrido en 2009, cuando los fallecimientos subieron a 16 debido a la gripe A/H1N1, responsable de la mitad de ellos (OPS, 2010). No se dispone de información oficial de acceso público sobre mortalidad materna a partir del año 2010. La comisión culminó su trabajo en el año 2009 y, desde entonces, no se conocen documentos oficiales que reporten y analicen los casos de mortalidad materna.

Respecto a morbilidad materna severa por consecuencia de aborto inseguro, los estudios disponibles en Uruguay son parciales y anteriores al período 2000-2012, como, por ejemplo, los realizados por Correa (1980, 2000) y por Giampietro (1980). Esto puede deberse a diversos factores, en especial, a la ilegalidad del aborto, que generó dificultades para registrar la información. No todas las mujeres que sufren complicaciones durante el aborto acuden a los servicios de salud. Muchas de las complicaciones menores, en general se resuelven automedicándose, a través del apoyo de redes familiares o sociales, o realizando una consulta en el ámbito privado con un profesional. Incluso, entre las pacientes que ingresan al hospital, no todas son registradas como complicaciones de aborto y esto también ocurre entre los ingresos a CTI. Todos estos factores contribuyen a que sea muy difícil conocer el impacto de la morbilidad severa y no severa (López Gómez *et al.*, 2011).

El registro de la morbilidad y letalidad por causa de aborto provocado en países de la región presenta dificultades importantes debido a la existencia de sistemas de información en salud débiles, discontinuos o insuficientes, a contextos legales más o menos restrictivos sobre aborto que obstruyen el registro de las complicaciones y a que la información disponible se limita, en varios países, solo a los servicios públicos.

Ha sido demostrado en diversas publicaciones latinoamericanas que las posibilidades de complicación dependen de varios factores: condición socioeconómica, lugar de residencia, tipo de proveedor al que se recurra, los métodos empleados y la capacitación de quienes los practiquen. Por ejemplo, el riesgo global de complicación es de 30 %, pero aumenta a 44 % si la mujer proviene de áreas rurales pobres, 27 %, de áreas urbanas pobres y varía entre 5 y 24 % en las mujeres de zonas urbanas no pobres. Mientras tanto la hospitalización global es de 14 %, siendo de 18,5 % para las mujeres pobres rurales, 16,6 % pobres suburbanas, 9,4 % no pobres rurales y 1,5 % en las no pobres urbanas (Ferrando, 2002). Estos mismos hechos se constatan cuando se analiza a las mujeres que no reciben atención médica posaborto: 39 % de las mujeres pobres provenientes de áreas rurales frente a 28 % de las residentes en áreas urbanas y, en mujeres no pobres, 21 % de las provenientes de las zonas rurales contra 12 % de las zonas urbanas. Se ha estimado que el 50 % de los abortos realizados por las propias mujeres o por personal no calificado tienen complicaciones (Prada, Singh, Kestler y Sten, 2005).

Por otra parte, algunos estudios reportan que cuando los abortos clandestinos son realizados con medicación adecuada, en condiciones sanitarias seguras y por personal capacitado, es bajo el porcentaje de mujeres que sufre complicaciones (3 %) y estas son de menor gravedad, como, por ejemplo, sangrado profuso pero controlable, dolor pélvico, reacción vaginal o irregularidad menstrual subsiguiente. Se reporta también culpa, malestar emocional, ansiedad o depresión. Dichas complicaciones requieren de atención médica o psicológica, pero no constituyen una amenaza para la vida de las mujeres. El 2 % presenta

complicaciones severas, como inflamación pélvica, hemorragias, retención de restos ovulares, fiebre y sospecha de perforación uterina (Strickler, Heimburger y Rodríguez, 2001).

El aborto clandestino: aspectos sociales, psicológicos y sanitarios

Los estudios sobre estimación de la magnitud del aborto voluntario realizados en Uruguay durante el período 2000-2012 son insuficientes. Un estudio realizado por Sanseviero y colaboradores/as para el año 2000, promediando los cálculos realizados para el período 1999-2001, señaló que en el país se producía una cifra base de 33 000 abortos. Según los autores, aproximadamente, habrían tenido lugar cuatro abortos por cada 10 embarazos, con un estimado de 90 abortos diarios. En un texto posterior, Sanseviero señaló que:

Para el año estudiado, esa magnitud implicaría una tasa de aborto (proporción de número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos) de 38,5 %. Considerando los nacimientos producidos en el año 2005 (47 000) y asumiendo —en forma conservadora— la misma cantidad de abortos voluntarios, la tasa de aborto ascendería a 41,5 %. Tal valor situaría a Uruguay, de acuerdo con estimaciones internacionales, en el décimo lugar sobre 99 países considerados (Johnson, 2005). Resulta relevante considerar que ese lugar se comparte con países que tienen legalizado el aborto desde hace décadas y simultáneamente significativos déficits en materia de políticas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Sanseviero, 2007: 180).

Esta estimación fue realizada con base en un modelo que combinó el estudio de los certificados de nacidos vivos, egresos hospitalarios por causas relacionadas con el embarazo y datos aportados por cinco clínicas clandestinas y el estimado sobre otras tres más. Según señaló Sanseviero (2003):

De las clínicas proviene información que establece un número base de 27 000 abortos anuales producidos en ese ámbito. De esos 27 000, en el año 2000, 16 000 se practicaron en clínicas montevideanas y 11 000 en las del interior del país. Sin embargo, el compromiso de mujeres que abortaron según áreas geográficas puede aproximarse (en las clínicas) a alrededor de 10 000 montevideanas y 17 000 residentes en el interior. Asimismo, la estimación de abortos (producida a partir de la expansión del número oficial de «embarazos terminados en aborto» brindado por el MSP para los centros departamentales del interior del país sobre el total de nacimientos en esos centros) situaría el número de abortos provocados —y que no figurarían en el registro de las clínicas— en 1717 para Montevideo y 4287 en el interior (Sanseviero, 2003: 39).

El estudio tuvo amplia repercusión mediática y permeó el debate parlamentario y social. Luego de décadas, por primera vez, se disponía en el país de una estimación cuya metodología de cálculo era explicitada y permitía una aproximación confiable al dato. Se debe considerar que Uruguay no había participado

en estudios internacionales sobre Prevalencia de Métodos Anticonceptivos o en la Encuesta sobre Demografía y Salud (DHS) y que la última encuesta de fecundidad disponible en esa fecha era del año 1986. Este escenario era poco favorable para realizar estudios que permitieran estimar la incidencia del aborto voluntario y ello se refleja en la escasa literatura disponible sobre este punto. Las estimaciones previas al referido estudio fueron realizadas por Pienovi en 1980 y en 1986. La cifra aportada por Sanseviero (2003) corresponde a un momento histórico previo a la aprobación y puesta en marcha en Uruguay de la Ordenanza 369/04, denominada «Asesoramiento para una maternidad segura: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo» (MSP, 2004), así como al ingreso en el mercado clandestino de la venta del misoprostol. Estos aspectos, como ya hemos señalado, introdujeron cambios en las prácticas de aborto y —posiblemente— impactaron en el vínculo entre las mujeres, los/as profesionales y los servicios de salud; debido a ello no pueden ser obviados.

La evidencia empírica sobre aspectos sociales y psicológicos de la práctica clandestina del aborto en Uruguay, publicada entre 2000 y 2012, es un poco más robusta. Una investigación conducida por Carril y López Gómez (2008) sobre aspectos psicológicos puso en evidencia que existe una relación directa entre cómo se vive la experiencia en el antes, el durante y el después del aborto, así como entre los significados asociados al aborto y las condiciones en las que se procesa la decisión. A través del relato de mujeres que vivieron esta experiencia en la clandestinidad, se pudo analizar el *proceso de aborto* desde el origen del embarazo, la toma de decisión sobre su interrupción, la búsqueda de información, la disponibilidad de recursos de apoyo social y familiar y de recursos materiales, el tipo de procedimiento utilizado y la atención sanitaria recibida en el antes y el después. Todos estos aspectos impactaron directamente en los sentimientos que emergieron en las mujeres luego de haber transitado por la experiencia. Las autoras señalaron que la falta o escasa disponibilidad de información sobre sexualidad y reproducción, las débiles condiciones sociales para el ejercicio de los derechos reproductivos, la fantasía sobre la invulnerabilidad personal que se traduciría en la frase «no me va a pasar a mí» y el contexto de ilegalidad son factores determinantes que impactan en la experiencia subjetiva y en cómo esta se procesa psíquicamente (López Gómez y Carril, 2010a).

Las más recientes revisiones sistemáticas realizadas a nivel internacional por Major y coautores ofrecen sólidas reflexiones sobre la vinculación entre aborto y salud mental (Major *et al.*, 2009), actualizando el reporte llevado a cabo por la American Psychological Association-Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA), efectuadas en 2008 (APA, 2008). La mayoría de los estudios rechazan la existencia de efectos traumáticos o la presencia de un síndrome traumático posaborto (APA, 2008; Knowles, 2007; Fielding y Schaff, 2004; Amuschástegui y Rivas, 2002). La existencia de factores psicológicos predisponentes (Reardon *et al.*, 2003; Major *et al.*, 2000, 2009; Stotland, 2003;

Coleman *et al.*, 2005), la relación entre depresión y contexto sociolegal en el que tiene lugar la práctica (Lee y Gilchrist, 1997), la exposición a la sanción social (Lacerda y Ribeiro, 2000), la ausencia o debilidad de apoyo social y familiar (Lee y Gilchrist, 1997; Reardon *et al.*, 2003), la presión ejercida por personas significativas para la mujer (Lacerda y Ribeiro, 2000), el lugar de la pareja (o el cogenitor) en la toma de decisión (Adler *et al.*, 1990; Adler, 2000; Cohen, 2006; Pope, Adler y Taschann, 2001; Broen *et al.*, 2005a, 2005b) son algunos de los elementos señalados. Al igual que investigaciones efectuadas en diversos contextos, el estudio de Carril y López Gómez evidenció que la realización de un aborto no es causa suficiente para la posterior aparición de efectos psicológicos traumáticos o problemas en la salud mental de las mujeres uruguayas. Se señaló, en cambio, que el contexto restrictivo que produce la práctica del aborto en la clandestinidad y con riesgo de condena penal es un elemento central que determina el padecimiento subjetivo que reportaron las mujeres, a pesar de que sea el alivio el sentimiento predominante luego de haber abortado (Rostagnol, 2005; Carril y López Gómez, 2008; López Gómez y Carril, 2010a). A partir de la experiencia profesional en el servicio de asesoramiento pre y posaborto del CHPR, Leus y Stapff (2007) sostienen que los factores éticos, ideológicos, culturales y religiosos sobre la maternidad y la reproducción condicionan la manera en que las mujeres procesan subjetivamente la experiencia. Las autoras señalan que la personalidad de cada mujer es un aspecto clave, en la medida que el aborto implica necesariamente un proceso de duelo y, para la mayoría de las mujeres, es una experiencia muy perturbadora que prefieren no repetir.

Por su parte, Rostagnol y Viera (2006), en un estudio realizado en el mismo servicio del CHPR y desde un enfoque socioantropológico, señalan algunas características sociales que rodean a la maternidad y la interrupción del embarazo. El aborto puede ser definido, según las autoras, como un hecho social complejo y denso. Las condiciones de silenciamiento y soledad en que se producen los abortos, como consecuencia de la penalización, la subordinación social de las mujeres y la censura social sobre la práctica, constituyen elementos relevantes para el análisis. En otro estudio, Rostagnol (2007) plantea que las mujeres, al tomar la decisión de continuar o interrumpir un embarazo, lo hacen con base en esquemas de percepciones, representaciones y pensamientos que obedecen a un orden social signado por la dominación masculina. Según la autora, cuanto mayor es la motivación que tiene la mujer para interrumpir el embarazo, menor dificultad le plantea la toma de decisión y, en todos los casos, se trata de experiencias dolorosas que la mayoría de las mujeres prefieren olvidar. Otro estudio coordinado por Sanseviero (2008) identificó barreras que obstaculizan o dificultan el acceso al aborto voluntario y seguro en contextos como el uruguayo. En la investigación se sostiene que la maternidad forzada es producto de las posibilidades limitadas para decidir que tienen las mujeres. La ausencia de condiciones materiales y simbólicas socialmente legitimadas para que las mujeres puedan abortar voluntariamente en forma digna constituye el núcleo fundacional del

sistema de restricciones al derecho a decidir. Entre ellas, operan las representaciones sociales sobre las mujeres que abortan y el papel de las políticas públicas en amplificar y reproducir estas representaciones.

Entre las investigaciones empíricas, se destacan aquellas que versaron sobre el papel de los varones y el aborto voluntario (Carril y López Gómez, 2012), otras que analizaron la dimensión sanitaria (Briozzo, 2003; Briozzo *et al.*, 2006, 2007; Abracinskas y López Gómez, 2004; Berro y Rodríguez, 2007; Rodríguez, 2007; Vidiella, 2007), otras que estudiaron la opinión pública y de las elites sobre la despenalización del aborto (Bottinelli y Buquet, 2010; Selios, 2007; Rossi y Triunfo, 2010), otras se focalizaron en el papel de los actores y movimientos sociales (Johnson, López Gómez y Schenck, 2011; Abracinskas y López Gómez, 2006, 2007; Weller, Romero y Ramos, 2007); un conjunto de ensayos y resultados de investigación están vinculados al debate parlamentario (Moreira, 2011; Johnson, 2011; Bidegain, 2007; Jones, 2007; González, 2007) y, finalmente, otros tratan de los aspectos jurídicos y éticos (Castro, A., 2011; Sarlo, 2011; Malet, 2009; Meza, 2009; Andreoli, 2011). Todos estos estudios aportaron información consistente con los hallazgos generados en otros países de la región de similares contextos restrictivos. A su vez, tuvieron el valor diferencial de producir evidencias empíricas a escala nacional que alimentaron los debates parlamentarios que se desarrollaron en ese período, así como las estrategias de incidencia social y política desarrolladas desde las organizaciones de la sociedad civil.

El sistema de salud frente al aborto clandestino e inseguro

En el período que nos compete (2000-2012), se pueden identificar algunas medidas instrumentadas desde la autoridad sanitaria con el objetivo de atender las consecuencias del aborto de riesgo y prevenir su incidencia en el país. La más destacada fue la adopción por el MSP de las Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, consagradas en el año 2004 a través de la Ordenanza n.º 369 y posteriormente incluidas en la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Otra medida fue la creación, en la órbita del MSP, de la Comisión para la Interrupción de la Gestación (Ordenanza n.º 890, de 2005), la cual sustituyó al Comando de Lucha contra el Aborto Criminal (Ordenanza n.º 5, de 1991). La diferencia entre una y otra instancia, además del cambio de nominación, pareció radicar solamente en su integración. El cometido principal de ambas fue «autorizar» los abortos realizados por médicos en el ámbito de la salud, y que estos se ajustaran a las causales establecidas por la Ley n.º 9763. No se dispone de documentos de acceso público que recojan información sobre su actuación de casi 18 años de trayectoria. Como ya se ha referido en el apartado anterior, se creó también la Comisión nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto (Ordenanza n.º 751²³, de 2006), de la cual solo se dispone de un informe técnico, el cual ya ha sido referido. Finalmente, en el año 2006, el MSP aprobó la Ordenanza n.º 158, sobre el uso obstétrico intrahospitalario del misoprostol. Este acto administrativo debe interpretarse en el contexto del uso extendido del misoprostol como método autogestionado de las mujeres para el aborto voluntario en el contexto restrictivo de la ley. La resolución coincidió en el tiempo con una iniciativa impulsada por algunos ginecólogos de liberalizar el uso del misoprostol, dado que su acceso restringido era contradictorio con los lineamientos de las normas de atención pre y posaborto. Como respuesta, el MSP dictó esta ordenanza que expresamente prohibió el uso del misoprostol para fines obstétricos fuera del ámbito hospitalario.

El conjunto de estas medidas gubernamentales a las que hemos hecho referencia fueron coherentes con el marco legal vigente sobre aborto en el país. No se buscó viabilizar abortos institucionales y la estrategia más novedosa adoptada administrativamente —pero como veremos poco estimulada en su implementación— fue prevenir el aborto inseguro mediante las normas de atención pre y posaborto. Tampoco se buscó incidir en el cambio del marco jurídico y, desde las autoridades del MSP, no se hizo declaración alguna sobre la relevancia del aborto clandestino e inseguro como un problema de salud pública.

23 Disponible en <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ordenanza%20MSP%20751-2006%20Creacion%20de%20la%20Comision%20Nacional%20para%20el%20Monitoreo%20y%20Reduccion%20de%20Muerte%20materna.pdf>

Atención institucional del aborto

La atención institucional del aborto inducido según las causales establecidas por la ley no tuvo un marco interpretativo de consenso que orientara su implementación. La Ley n.º 9763 nunca fue reglamentada y la interpretación prevaleciente de la tipificación del aborto inducido como delito en toda circunstancia la tornaron inimplementable en el sistema de salud. Se entendía que la ley no incluía la posibilidad de practicar abortos no punibles, sino que atenuaba o eximía de pena. La ambigüedad del texto de la ley favoreció una lectura altamente restrictiva que impidió viabilizar o limitó en gran medida la posibilidad de implementar abortos por causales en el sistema de salud.

A su vez, se entendía que —en todo caso— primero los/as profesionales médicos debían proceder a realizar el aborto y luego el juez podía actuar, una vez consumado el hecho, dado que el derecho penal no actúa preventivamente. El comando, primero, y la comisión, después, fueron mecanismos creados para que los servicios de salud reportaran al msp los abortos institucionales que se realizaban de acuerdo con las causales que establecía la ley. En algunas ocasiones, estas instancias respaldaban (o no) el informe técnico elevado por el servicio de salud, y «autorizaban o denegaban» la realización del aborto. Alicia Castro (2011) señaló que:

Para procesar médicos la ley impone al juez una exigencia especial, debe pedir un informe al Ministerio de Salud Pública. Esa exigencia se justifica porque antes de practicar un aborto los médicos deben comunicarlo a ese ministerio para que dictamine si es lícito. Por lo que podría ocurrir que el médico imputado hubiera contado con la opinión del ministerio, que no obliga al juez, pero puede ser tenida en cuenta en un eventual proceso. En la práctica, esa exigencia previa de información carece de sentido porque ningún médico comunica nada al ministerio, este no lleva ningún registro de comunicaciones y cuando recibe el pedido judicial no indaga y la respuesta administrativa no llega jamás. Por lo que los jueces optan por mandar el pedido con plazo perentorio avisando que al vencer procesarán, o bien citan al juzgado a un representante del ministerio para pedirle información fijándole plazo para volver con la respuesta. Aunque se sostiene que es un requisito de procedibilidad, ningún tribunal revoca un procesamiento por falta de este requisito y solo un entrevistado relató que dejó de procesar por faltarle ese informe (Castro, A., 2011: 147).

Desde otras perspectivas, se entendió que el comando/comisión no tenía potestades jurídicas para «autorizar o denegar» la realización de un aborto institucional, sino que solamente debía registrar el hecho ya que la ley establecía que era el servicio de salud el que debía reportar su realización al msp. En este sentido, Sanseviero (2008) observa que a través de las funciones atribuidas al comando/comisión, el Poder Ejecutivo se instituyó como instancia *previa* allí donde la ley le asignó un lugar de vigilante epidemiológico y de asesor del Poder Judicial. Por su parte, Castro (2011) entiende que la lectura que los médicos han realizado de esta ley se basó en la desinformación, al mismo tiempo que en

el temor a resultar perjudicados. Según esta autora, «jueces y fiscales lamentan que los médicos carezcan de la información necesaria sobre la ley penal porque hay veces —violaciones, razones de salud, angustia económica— en que podrían ayudar a una mujer a interrumpir un embarazo sin ningún riesgo porque el aborto no es punible, pero no lo hacen...» (2011: 146).

Ubicados entre interpretaciones discordantes respecto al alcance de la ley y con temor a la sanción penal y al estigma social, los/as médicos se enfrentaban a un escenario de incertidumbre jurídica y normativa para intervenir en la realización de abortos institucionales. En este escenario, en general, se «desentendieron» de realizar abortos institucionales, salvo en situaciones muy excepcionales, como riesgo de vida o riesgo grave de salud para la mujer.²⁴ El aborto quedó confinado así a las reglas del circuito clandestino y los/as médicos que lo realizaban fueron estigmatizados y descalificados por sus colegas.

En el año 2006, surgió una iniciativa —desde el campo de la medicina legal— que propuso criterios para viabilizar los abortos institucionales con base en una interpretación de la ley en clave de aborto no punible para las causales. Esta propuesta fue impulsada por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y respaldada por el Sindicato Médico del Uruguay (Rodríguez y Berro, 2006). Posteriormente, en el año 2009, elaboraron una versión revisada, luego de la aprobación de la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Según los autores, la propuesta se fundamentó en la necesidad de acordar pautas para la realización de abortos institucionales por indicación médico-legal con base en los parámetros que establecía la ley, tomando en cuenta que:

[...] el manejo práctico de las situaciones clínicas en las que existe indicación de interrupción del embarazo no está bien incorporado a la práctica médica corriente, lo que determina una sensación de inseguridad jurídica para el equipo de salud y las instituciones asistenciales públicas y privadas que se enfrentan a la necesidad de practicar un aborto. Esta situación se traduce en trabas a la realización institucional de estos abortos que, de hecho, determinan que las mujeres terminen recurriendo al circuito clandestino y al aborto inseguro aun en los casos contemplados por la ley (Rodríguez, Rodríguez y Berro, 2009: 231).

A su vez, se argumentó que la falta de pautas claras produce una medicina defensiva e ineficaz para resolver situaciones clínicas, con graves consecuencias desde el punto de vista sanitario, como son el riesgo de aborto inseguro y la pérdida de oportunidad terapéutica (Rodríguez, Rodríguez y Berro, 2009). La ruta conceptual que sostuvo la propuesta incluía que el aborto debía realizarse en una institución sanitaria habilitada por el MSP, debía ser realizado por un médico ginecólogo previa consulta obligatoria con un médico legista; el secreto médico debía regir el acto; se procedería a realizar la denuncia epidemiológica al MSP dentro de las 48 horas; se debía solicitar consentimiento informado a la usuaria y el acto

24 La Ley n.º 9763, de 1938, no estableció ninguna consideración respecto a la objeción de conciencia del personal médico.

médico debía constar en la historia clínica. Finalmente, se propuso la aplicación del derecho del personal médico a la objeción de conciencia. Los autores propusieron una tipología para los «abortos no punibles»: tipo 1, existencia de indicación médico-legal absoluta (para las causales de violación y aborto terapéutico); tipo 2, indicación médico-legal relativa (refiere a la causal de angustia económica, la cual se considera de aplicación excepcional), y tipo 3, indicación dilemática (situaciones no pautadas claramente que encierran dilemas éticos o médico-legales).

Con esta propuesta se produjeron dos movimientos. Por un lado, el ingreso de la medicina legal y de los médicos legistas reforzaba el lugar de la medicina en la disputa por el control sobre la decisión de la mujer. Por otro, la intención de favorecer el «acceso» a los abortos institucionales en el marco de la ley que lo penalizaba cuestionaba la necesidad del cambio legal que se impulsaba —en ese momento— desde las organizaciones de mujeres y feministas, por considerar que se podía resolver el problema sin necesidad de apelar a una nueva ley. Según Abracinskas y López Gómez (2006), la amenaza del veto presidencial a la despenalización/legalización del aborto (amenaza que luego se concretaría) generó retracción en las acciones sanitarias definidas desde el MSP (Abracinskas y López Gómez, 2006).

A los efectos prácticos, las pautas de atención de aborto institucional no fueron adoptadas por el MSP ni tampoco permearon el quehacer de los profesionales ginecólogos en las instituciones de salud, para quienes, como veremos más adelante, la ley imponía limitaciones y generaba tensiones y dilemas en la intervención técnica.

Atención pre y posaborto

En este apartado, se presentarán los principales componentes de la normativa sanitaria n.º 369/2004 «Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo», así como algunos elementos sobre su implementación en el período que nos ocupa. La ausencia de información oficial es un enorme déficit que no permite disponer de una visión global para evaluar de manera integral y procesual su implementación en todo el sistema de salud. Para considerar este aspecto se han utilizado informes de monitoreo de política pública realizados desde organizaciones sociales así como algunos reportes de investigación disponibles.

La adopción de la Ordenanza n.º 369/2004 por el MSP tuvo lugar en un escenario político caracterizado por la votación negativa en el Senado de la República de un proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva que incluía la despenalización y regulación del aborto hasta las 12 semanas de la selección. Este proyecto había sido aprobado por la Cámara de Diputados y posteriormente, en mayo de 2004, fue rechazado por la otra cámara. Se cerraba así, por ese período legislativo, la posibilidad de cambio del marco legal. Ante esta situación, el MSP —a instancia de las clínicas de ginecología A y C de la Facultad de

Medicina, de la Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU) y el Sindicato Médico del Uruguay (SMU)— adoptó las normas de atención pre y posaborto, bajo el nombre «Asesoramiento para una maternidad segura: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo». La consagración de la normas como política pública se fundamentó en el incremento de la mortalidad materna por causa de aborto provocado en condiciones de riesgo que se registraba en el país. Desde el año 2003, ya se había iniciado la implementación de esta propuesta en la órbita del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), donde estaban radicadas las mencionadas cátedras médicas. Esa iniciativa se denominó Iniciativa Sanitaria contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR), la que luego conformó la organización de profesionales Iniciativas Sanitarias. La aprobación de la normativa permitía su extensión al conjunto del sistema de salud. Sin embargo, su implementación en otros servicios de salud fue un proceso complejo y gradual, sin lograr alcanzar a la totalidad de los efectores del sistema de salud hasta avanzado el período. La Ordenanza n.º 369 se robusteció cuando adquirió rango jurídico superior, al formar parte de la Ley n.º 18.426. Esta ley reconoció los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, los cuales —desde entonces— deben ser protegidos, garantizados y promovidos por el Estado uruguayo.

Entre las múltiples acciones que el Estado debe promover en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, la ley se refiere específicamente a garantizar la implementación —en todo el territorio nacional— de la Ordenanza n.º 369 (artículo 4.º, inc. b.2). También incluye, en materia de aborto, «promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria del embarazo y métodos utilizados para concretarla» (inc. b.4). Como ya se ha señalado, se trata de una ley marco en derechos sexuales y reproductivos, que los reconoce como derechos humanos y que incluye la prevención del aborto de riesgo, en un contexto legal que criminalizaba el aborto. Allí radicó una de las tensiones más importantes para los/as profesionales de la salud y para las propias mujeres. La coexistencia de marcos normativos contradictorios es un elemento a considerar en el análisis de la baja implementación de la Ordenanza n.º 369 en los servicios de salud, aun luego de la aprobación y puesta en marcha de esta ley en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La normativa sanitaria de prevención de aborto de riesgo (Ordenanza n.º 369) se propuso como objetivos:

1. Generar una instancia médica y psicosocial de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud, para que estas cuenten con toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a *disminuir la incidencia de abortos provocados*,²⁵ respetando la decisión informada de la usuaria.

25 Resaltado nuestro.

2. En los casos que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones inmediatas (MSP, 2004: 7).

Asimismo, establece que «el aborto como práctica ilegal no puede ser abordado por el médico, ni por el equipo de salud, ni por el sistema sanitario. Pero este hecho ilegal tiene un “antes” (desde la consideración de la posibilidad de recurrir a la práctica del aborto a la concreción del hecho) y un “después” (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer)» (MSP, 2004: 7). El centro de la normativa fue «desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir el daño inducido por el aborto provocado, actuando en el antes y después de su realización» (2004: 8). Básicamente, en términos de atención preaborto, establece entre sus objetivos: a) preservar y controlar el embarazo; b) informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño, y c) analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto. Por su parte, la atención posaborto incluye como objetivos: a) detección precoz y prevención de complicaciones; b) rehabilitación integral, y c) desarrollar medidas anticonceptivas inmediatas.

Las Guías Clínicas para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo fueron concebidas como una herramienta para la práctica clínica de los equipos de salud. Se trata de un marco práctico para el desarrollo de la consulta entre el equipo de salud y la usuaria que enfrenta un embarazo no deseado. Se basaron en el principio de autonomía como centro de la relación usuaria-equipo de salud (Briozzo *et al.*, 2007).

La iniciativa tuvo virtudes que merecen ser destacadas: ubicó el aborto inseguro como un problema de salud pública e interpeló el silencio histórico del sistema de salud ante este problema, torciendo la tendencia hegemónica ausentista que lo había caracterizado hasta entonces. Seguramente contribuyó, junto con otros factores, con la reducción de la mortalidad materna por esta causa, que se comenzó a registrar en el país desde 2008, pero de la que no hay estudios específicos. Desde el punto de vista pragmático, la normativa no logró permear en el corto plazo la práctica de los servicios de salud, en términos de que estos la incluyeran y la divulgaran. En este sentido, el CHPR a través de su policlínica de asesoramiento pre y posaborto²⁶ continuó, durante varios años, siendo el centro de referencia al cual el resto de los servicios de salud públicos —e incluso privados— derivaban a las usuarias que requerían asistencia. Algunos de los ginecólogos/as que se desempeñaban en servicios de salud atendían directamente a las mujeres, con base en el compromiso y motivación personal, pero no a instancia de una estrategia institucional impulsada por el propio servicio. Según un estudio conducido por MYSU sobre servicios de salud sexual y reproductiva realizado en el año 2008, el nivel de conocimiento sobre la normativa sanitaria de atención pre y posaborto era bajo, tanto por parte de los/as profesionales encuestados

26 Posteriormente denominado Servicio de Salud Sexual y Reproductiva.

como por las propias mujeres. Apenas 28 % de los/as profesionales y 25,7 % de las mujeres reportaron conocer su contenido. Sin embargo, preguntados los/as profesionales del sector público acerca de si habían recibido consultas de mujeres por este tema, casi 90 % respondió de forma afirmativa. Para los del sector privado, el porcentaje se ubicó en 68 %. La derivación a otro profesional fue la respuesta más frecuente y apenas 33 % manifestó haber brindado información sobre métodos seguros de aborto y otro tercio refirió haber estimulado a la usuaria a continuar con el embarazo. Los/as profesionales fueron consultados si habían recibido capacitación sobre atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto, y seis de cada 10 respondieron afirmativamente. El estudio concluye que la no aplicación de la normativa parecería responder a la debilidad de la política pública —tomando en cuenta que en ese momento la ordenanza no tenía rango de ley—, a factores relacionados con el estigma del aborto y al posicionamiento ideológico de los/as profesionales respecto al tema (MYSU, 2008).

Un estudio similar, realizado en 2009 en servicios públicos, mostró resultados un poco más alentadores en términos de conocimiento. Casi el 50 % de las mujeres reportó conocer el contenido de la normativa, pero la mayoría desconoce si el servicio de salud brinda el asesoramiento (70 %). Por su parte, casi el 60 % de los/as profesionales manifestó conocer mucho la ordenanza y al 30 % le resultaba más o menos conocida. Cerca del 70 % manifestó recibir consultas de mujeres, un porcentaje menor, 12 %, las deriva a otro profesional, el 23 % le brindó información sobre métodos seguros de aborto y el 16,8 % la estimuló a que continuara con el embarazo. Los resultados también reportan la baja implementación de la normativa en el primer nivel de atención. Se observó que los centros no desarrollaban estrategias de difusión ni disponían de material informativo y que, con excepción del personal médico, el resto de los/as profesionales manifestaron, en alta proporción, no haber participado de instancias de capacitación en el tema (MYSU, 2009). No se conocen investigaciones posteriores que permitan analizar el proceso de implementación de la normativa en el sistema de salud.

La respuesta del sector de la salud ante la realidad del aborto voluntario se basó principalmente en el desarrollo de una estrategia de reducción de riesgos y daños —instrumentada como una política vertical, en un inicio no integrada con las otras prestaciones que se ofrecían en salud sexual y reproductiva—, y en una política de baja intensidad sobre la instrumentación del aborto institucional, sin definir criterios unívocos que orientaran el proceder desde los servicios de salud, en un escenario donde se observaban controversias dentro del sector médico y entre este sector y los operadores jurídicos, sobre los alcances de la ley que criminalizaba el aborto.

Aborto y políticas públicas, algunas consideraciones

La génesis de una política pública supone la asunción de un problema social. El proceso de delimitación, definición o construcción del problema es parte del problema en sí mismo. Existen diversas teorías en las ciencias sociales de y para el análisis del proceso de las políticas públicas, es decir, desde la definición del problema e instalación en la agenda, formulación de la política, toma de decisiones, implementación y monitoreo, y evaluación (Parsons, 2007).

Los argumentos que sostuvieron la política de salud sobre aborto en Uruguay y la relación entre la definición de la política, su gestión en los servicios de salud y el nivel de las prácticas profesionales son asuntos que revisten una enorme complejidad en sus múltiples conexiones y facetas. El análisis de los argumentos plasmados en el debate parlamentario sobre despenalización del aborto, analizados por Jones (2007), permite identificar la incidencia de un conjunto de registros discursivos de diferente orden: médico-salud pública, biológico-genético, jurídico, ético-moral-religioso, político-demográfico-económico y el registro de género-clase social. Todos ellos pueden ser utilizados como categorías para analizar los discursos que se vehiculizan en la definición de las políticas y su instrumentación en los servicios. Es interesante observar de qué manera el aborto en la clandestinidad, definido como un problema social, se instala progresivamente en la agenda política como un problema de salud pública. Este discurso tuvo tal pregnancia entre los actores que intervenían a favor y en contra de la despenalización del aborto que colonizó el debate parlamentario. Fue la línea argumental de mayor peso —y el médico, la principal autoridad— a la hora de desplegar los fundamentos en uno u otro sentido.

Las políticas de salud respecto al aborto definidas desde el Estado e iniciadas hacia el comienzo del nuevo milenio se fundamentaron en el incremento de la mortalidad materna por aborto inseguro, el aborto como un acto médico ginecológico, los valores y la ética profesional y el derecho a la salud. Si se analiza el conjunto de las ordenanzas, normativas y actos administrativos aprobados con la finalidad de regular la relación médico-equipos de salud/usuario respecto al aborto, se observa un denominador común: una progresiva burocratización de los procedimientos y de las condiciones impuestas a las mujeres. Al mismo tiempo que estas medidas buscaron la apertura del sistema de salud a la realidad del aborto voluntario, tuvieron como móvil restituir al poder médico la regulación de su práctica, desde un discurso que combinaba los elementos tradicionales de la práctica médica y un discurso innovador de reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos. Pero de derechos limitados a la intervención profesional, encargada de velar por que la decisión adoptada por la mujer fuera aceptable desde la perspectiva técnica.

Las normas administrativas que se impulsaron parecieron tener como móvil la disputa por el monopolio del poder sobre la decisión de la mujer. Esta disputa se concentró fuertemente entre el poder médico, el poder político y el poder judicial,

a los cuales se sumaba el poder de la Iglesia católica, que a través de acciones concretas buscó obstruir estas iniciativas, en el entendido de que cualquier disposición institucional sobre aborto era inaceptable, porque el propio acto lo era. En este escenario, se buscó descentrar del debate al pensamiento y la acción feminista, que habían colocado en el centro del mapa conceptual de la discusión pública el derecho a decidir de las mujeres como asunto de derechos humanos, de autonomía y autodeterminación reproductiva, de justicia y de convivencia democrática. Sin desconocer el aborto inseguro y su impacto en la salud, el énfasis feminista fue el desarrollo de una estrategia de vindicación de las mujeres, redistributiva en términos de reconocimiento de su capacidad moral para la toma de decisiones.

El papel que jugó (y juega) la medicina en la construcción del problema del aborto no es novedad. Ello se inscribe en un proceso más amplio de medicalización de la sociedad que se inicia en el siglo XVIII y que tiene a la medicina como estrategia biopolítica de primer orden. Foucault ilustró magistralmente cómo el control social se impuso sobre los cuerpos concebidos como realidades biopolíticas a través de la medicina como práctica social, y cómo el proceso de medicalización que se inició con el surgimiento del capitalismo supuso la normalización de la medicina y de los médicos antes que de los pacientes (Foucault, 1983). La historia de los cuerpos no puede escribirse sin dejar de considerar la ubicación de estos en el campo político. Debemos abandonar, dice el autor, la visión tradicional (e ingenua) que sostiene que el conocimiento se puede desarrollar por fuera de los requerimientos, las demandas y los intereses de poder (Foucault, 1984). La construcción sociohistórica de la medicina moderna y de la profesión médica ha sido ampliamente estudiada desde las ciencias sociales, en particular, desde la sociología de la salud y la sociología de las profesiones. Al legado aportado por Foucault sobre el carácter social de la práctica médica se deben sumar, entre otros, los aportes de Canguilhem (1976), Boltanski (1974) e Illich (1975), quienes cuestionaron la visión tradicional de que la práctica médica se producía en relaciones e intercambios independientes de la vida social y que los desajustes y conflictos verificados en estas prácticas se debían a cuestiones externas de tipo socioeconómico. También ofrecieron herramientas conceptuales para cuestionar el enfoque que reduce la conexión entre medicina y sociedad a la presencia ocasional de problemas sociales en el ámbito de la medicina, como asuntos circunstanciales y marginales en el campo de la formación y la práctica médica. Los seminales estudios sobre la profesión médica de Freidson (1970a, 1970b), Zola (1999a, 1999b) y Turner (1999) son claves para analizar la relación entre medicina y sociedad, a través de la manera en que se configuran la profesión médica y las prácticas profesionales en salud. Por su parte, desde el pensamiento feminista se han realizado aportes fundamentales e ineludibles para un análisis crítico del papel de la medicina en el control y expropiación del cuerpo de las mujeres, en particular, de su autonomía reproductiva y su capacidad de goce sexual. Por ejemplo, Oakley (1984) analizó el proceso mediante el cual el embarazo y el parto dejaron de ser una conducta social para transformarse en actos médicos. Progresivamente, estos asuntos fueron definidos

como fenómenos biológicos y se los fue despojando de su condición de fenómenos sociológicos y, de esa forma, se crearon las condiciones para justificar el dominio médico en ese campo. Al decir de Rothman (1978), si las situaciones definidas como reales lo son en sus consecuencias, entonces, aquellos que definen controlan.

Barrán (1992), quien estudió el papel de la medicina en la transformación de la sociedad uruguaya de comienzos del siglo XX —la sociedad del Novecientos—, analizó cómo determinados asuntos sociales fueron progresivamente considerados como problemas médicos mediante el otorgamiento de cientificidad a una estrategia higienista sobre el cuerpo y los intercambios humanos. De esta forma, la medicina fue una de las principales fuentes ideológicas en la que se sostuvo la nueva sensibilidad civilizada. El poder político y el poder médico se enlazaron estratégicamente para construir una nueva cultura mediante el reconocimiento del monopolio médico sobre curar, medicar y certificar la normalidad mental. Esto implicó complejos procesos de producción de nuevas subjetividades subordinadas al saber-poder médico, con estrategias de clasificación de los/as pacientes en buenos o malos, puerilización y tutelaje. El saber convirtió al médico «en el único poder capaz de leer el cuerpo y el alma y, también, en el único capaz de legislar sobre la salud física y mental de los hombres, la más alta preocupación de cualquier política en la sociedad del Novecientos» (Barrán, 1992: 193).

Somos testigos de procesos de transformación de las sociedades hacia nuevas formas de organización social y producción de subjetividades: cambios en los patrones de reproducción biológica y social, en los arreglos familiares, en los lugares socialmente construidos para mujeres y varones, en el desdibujamiento del significado de lo público/privado moderno, en el surgimiento de nuevos sujetos sociales, de diversas identidades y expresiones de género y étnicas que buscan el reconocimiento cultural y político, al mismo tiempo que observamos la persistencia de desigualdades y exclusión social.

A pesar de la creciente complejidad de la medicina contemporánea, así como de la crisis que se puede observar en el contrato entre medicina y sociedad (Schraiber, 1998, 2008), la figura del médico continúa investida de un poder sobre los cuerpos y la vida de las personas, que se puede observar cotidianamente, por ejemplo, en las múltiples maneras que adopta la vulneración y violación de los derechos reproductivos de las mujeres en el ámbito de la salud (Castro, 2013; Chiarotti *et al.*, 2003). Al decir de Tamayo (2001), reconocer los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su goce sexual y su capacidad reproductiva implica «establecer límites a la acción patrimonialista» o, mejor aún, cuestionar, denunciar y erradicar cualquier intento de dominación sobre las mujeres que busca despojarlas de la titularidad de derechos.

En este escenario cambiante, los nuevos significados, discursos y posibilidades de ejercicio de las sexualidades cuestionan, disputan y transforman ciertos mandatos y consensos sociales históricamente construidos. Las fisuras en los antiguos vínculos contractuales entre mujeres y varones, así como nuevas prácticas y acuerdos en las prácticas sexuales y (no) reproductivas, son aspectos centrales en este proceso de transformación social, cultural y política.

PARTE 2

PROFESIONALES DE LA SALUD
Y ABORTO

Las prácticas profesionales interpeladas

Profesionales y aborto: el estudio de una relación compleja

Los/as profesionales juegan un rol central en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva desde la responsabilidad social que implica su que-hacer profesional. En ocasiones, la comunidad médica suele considerar, desde una racionalidad de cuño biomédico, que su función social se acota al ámbito de la consulta y que sus prácticas se restringen a la esfera técnica (procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos). De esta manera, la dimensión social, política y ética de su intervención se desdibuja o parecería quedar desligada. Sin embargo, los/as profesionales tienen el encargo institucional de cumplir con la función de mediación entre las necesidades y demandas de atención de la población usuaria y las políticas de salud definidas desde el Estado. Esta dimensión corre el riesgo de invisibilizarse tanto para los/as propios profesionales como para la población usuaria, en la medida que el espacio de la consulta se construye como una caja poco transparente y es percibido desprovisto de una dimensión política.

Como ya hemos señalado, el país fue construyendo respuestas institucionales progresivamente más robustas frente al problema de aborto inseguro e ilegal así como en el reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos. La baja implementación de la normativa sanitaria para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, desde su promulgación en el año 2004 para ser aplicada en servicios públicos y privados del sistema de salud, abrió una serie de interrogantes. Esta realidad podía responder a diversos factores de tipo institucional, social, ético, cultural y político, e incluso a consideraciones jurídicas sobre los límites de ese instrumento. El análisis de esta constatación empírica se puede enfocar considerando las complejidades de multinivel que se identifican en el proceso de definición de una política hasta el acceso efectivo de la población al derecho que se busca garantizar.

A los efectos del estudio empírico que realizamos, lo que interesó fue analizar el plano de las prácticas profesionales o, mejor dicho, de los esquemas de percepción y apreciación (Bourdieu, 2007) de los/as profesionales sobre sus prácticas de atención a las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario, en un contexto de transición normativa y de cambio en la política pública en salud. Los esquemas de percepción y apreciación son, según Bourdieu, producto del *habitus*, definido este como prácticas y representaciones sociales incorporadas en los sujetos mediante procesos de aprendizaje históricamente situados y que conforman los esquemas cognitivos desde los cuales se produce y reproduce el sentido de la acción, en este caso, de la acción profesional. Estos esquemas constitutivos del *habitus* responden a las divisiones en clases, es decir, a un sistema de clasificaciones que es común al conjunto de agentes

que intervienen en un campo específico, posibilitando la producción del sentido común. El campo —en nuestro caso el campo profesional de cuño predominantemente biomédico— estructura el *habitus*, haciendo que este sea significativo, otorgándole valor y sentido. Al decir de Bourdieu, «la representación que los agentes se hacen de su posición en el espacio social [...] es el producto de un sistema de esquemas de percepción y apreciación (*habitus*)» (2007: 187). En su capacidad generativa, el *habitus* funciona dentro de los límites y las posibilidades que ofrece la posición que se ocupa en el espacio social y en el campo específico. Según Bourdieu y Wacquant (2005):

Los agentes sociales determinarán activamente, sobre la base de categorías de percepción y apreciación social e históricamente constituida, la situación que los determina. Se podría decir incluso que los agentes sociales son determinados solo en la medida que se determinan a sí mismos. Pero las categorías de percepción y apreciación que proporciona el principio de esta (auto)determinación están a su vez ampliamente determinadas por las condiciones sociales y económicas de su constitución (2005: 177).

En este sentido, el plano de la acción profesional es un *locus* privilegiado de análisis de las condiciones de posibilidad del campo profesional para hacer del espacio de la salud un escenario real de ejercicio —o no— de la ciudadanía de las mujeres, en particular de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. A este nivel, una de las hipótesis refiere a que la baja implementación de la normativa de atención pre y posaborto podría deberse —aunque no solo— al conflicto que genera *in-corporar* (en el sentido de hacer cuerpo) un enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en el nivel de las prácticas profesionales. Siguiendo el pensamiento de Bourdieu, podría decirse que el marco ético de los derechos sexuales y los derechos reproductivos interpela el campo profesional trastocando el *habitus* que en este se genera, habilitando las condiciones de posibilidad de nuevos sentidos.

La inclusión en la muestra de profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y parteras que actúan en los servicios de salud —públicos y privados— buscó favorecer un acercamiento al problema de investigación desde la perspectiva de las distintas profesiones, que ocupan posiciones diferentes en el espacio social de la salud (y, por tanto, en el campo profesional). Más allá de la centralidad que tiene la medicina como profesión hegemónica y de mayor autonomía técnica en los servicios de salud, recuperar la palabra de otras profesiones que integran los servicios de salud y que tienen funciones asignadas en la normativa de atención pre y posaborto permitió un análisis de mayor complejidad acerca del papel que juegan las distintas profesiones en el campo sanitario ante estas situaciones.

Como ya hemos destacado, la definición de una política pública no es suficiente para garantizar el acceso a un derecho. El modelo teórico propuesto por Schraiber (2008, 2010) se puede graficar en la imagen de un triángulo que en uno de sus vértices tiene la definición de la política pública de salud, en

otro vértice, la organización y gestión de los servicios de salud y, en otro, las prácticas profesionales; todos estos planos están interconectados aunque no necesariamente en sintonía. Este modelo esclarece el análisis para afirmar que, junto con la necesaria definición de una política garantista de los derechos, se deben articular los planos de la adecuada planificación en los servicios y unas prácticas profesionales que respeten y protejan estos derechos. En este sentido, resultó de especial interés analizar cómo intervienen los/as profesionales de la salud ante un nuevo enfoque (el de la salud y los derechos sexuales y reproductivos) considerando que el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1980, 1984) operó de manera eficiente no solo en la organización de los servicios y sus prestaciones, sino también en los posicionamientos subjetivos, es decir, en los esquemas de percepción y apreciación, en los modelos mentales y en la formación de los/as profesionales de la salud —no solo de los/as médicos— (López Gómez *et al.*, 2003; López Gómez y Carril, 2010b).

El paradigma de la salud colectiva que postula la salud-enfermedad-atención como un complejo proceso social atravesado por múltiples niveles de determinación en los niveles macro, meso y micro ha puesto en evidencia el papel decisivo del modelo médico hegemónico no solo en los procesos de formación médico profesional, sino también en el modelo de prestaciones que estructura la respuesta institucional de la salud a las necesidades, requerimientos y demandas específicas en la atención de la salud de mujeres y hombres.

El pensamiento feminista ha propuesto el análisis del cuerpo de las mujeres como campo donde se anuda y anida el ejercicio de poder de género, en particular cuando se trata de las sexualidades y las decisiones reproductivas. Concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, deseante, sociocultural, histórico, político y en tanto ciudadanas (es decir, sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos) demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, así como en las propias prácticas de las profesiones involucradas.

La deconstrucción del modelo hegemónico institucional materno-infantil, desde el cual se impone un tipo de oferta de servicios de salud hacia las mujeres y se producen unos modos específicos de quehacer profesional, exige desandar la ecuación simbólica mujer = madre como un dato natural para incluir las representaciones del deseo y del no deseo de hijo, ambas como legítimas producciones subjetivas y sociales.

Las instituciones y los/as profesionales de la salud han sido —y continúan siendo— actores controvertidos en el debate sobre la despenalización del aborto, debate en el que, sin embargo, como sostienen Ramos *et al.* (2001), ocupan un lugar privilegiado al mediar en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya sea por actuar activamente o por omisión. La relación profesional de la salud-mujer usuaria es una pieza clave para las posibilidades reales de una mujer de ejercer su derecho a decidir. La calidez en el trato, la empatía, el respeto por la integridad física y moral, la valoración de la capacidad, autonomía y dignificación de la usuaria

y el fortalecimiento de su condición de sujeto de derechos son aspectos sustantivos para garantizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva que redunden en mejores resultados y en el encuentro entre la demanda de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto y la respuesta de los servicios de salud.

Existe insuficiente acumulación de investigación social que permita comprender cómo se procesan las tensiones que genera —en el nivel de las prácticas profesionales— la incorporación de un enfoque de derechos de las mujeres a decidir sobre la continuación o interrupción de un embarazo. Los estudios ofrecen indicios e incluso evidencias empíricas consistentes sobre algunas dimensiones de este problema, sin embargo, no se adentran de manera sustantiva en la interpretación de las resistencias que se observan en los/as profesionales de la salud para incorporar el enfoque de derechos reproductivos.

La pregunta principal que se buscó responder a través de esta investigación fue ¿cuáles son y cómo operan, en los servicios de salud, las tensiones que genera el cambio de un enfoque materno-infantil hacia otro centrado en la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos que postulan las políticas de salud en Uruguay desarrolladas entre los años 2000 y 2012? Para su tratamiento, el foco fue ubicado en el nivel micro, es decir, en el análisis de los esquemas de percepción y apreciación que los/as profesionales de la salud tienen sobre sus prácticas cuando asisten a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Montevideo, en un contexto caracterizado por la penalización del aborto al mismo tiempo que por políticas que reconocen parcialmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos y que promueven su inclusión en el ámbito institucional de la salud. En particular, interesó analizar la adopción de una política sanitaria sobre prevención del aborto inseguro, mediante la intervención profesional en el antes y en el después del aborto, política que se fundamentó en el reconocimiento del derecho a la salud y al acceso de las mujeres a información calificada, asesoramiento profesional y atención para la toma de la decisión frente a un embarazo no esperado/no deseado, independientemente del contexto jurídico-legal que consideraba el aborto voluntario como un delito.

Los objetivos específicos del estudio fueron analizar cómo se expresan las tensiones observadas a nivel de las políticas públicas en la relación que establecen los/as profesionales de la salud con las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario; identificar los significados sobre aborto voluntario y los esquemas de percepción y apreciación sobre las mujeres que abortan que construyen los/as profesionales y analizar cómo estos operan en las prácticas profesionales; explorar cómo se expresa la relación entre acción técnico-profesional y acción moral en las apreciaciones que los/as profesionales tienen sobre sus prácticas de atención a mujeres en situación de aborto voluntario; y analizar cómo opera la incorporación de un enfoque basado en salud y derechos sexuales y derechos reproductivos, que postula la política pública, en los discursos y las prácticas de los/as profesionales.

La delimitación temporal se justifica puesto que en ese período se concentraron en el país los avances más significativos en la visibilidad del problema del aborto clandestino y sus efectos sociales, sanitarios y políticos; en la implementación de políticas y servicios en salud sexual y reproductiva; así como en la ampliación y profundización del debate social y político sobre el reconocimiento al derecho a decidir de las mujeres sobre su vida reproductiva. Se tomó en cuenta el escenario de cambios normativos, las transformaciones que comenzó a transitar el sistema de salud en términos de modelos de atención, la coexistencia de marcos jurídicos contradictorios y los procesos de cambio cultural que implica reconocer a las mujeres como sujetos con derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

En total, participaron en el estudio 67 profesionales, 41 mujeres y 26 hombres. La distribución por tipo de profesión fue de 32 médicos/as, 12 parteras, 12 psicólogos/as y 11 enfermeras. Del análisis de la ficha sociodemográfica que completó cada profesional previo a la entrevista o grupo focal se desprende que el rango de edades de los/as participantes fue entre 26 y 64 años, con una media de 42 años. En términos de años de ejercicio, el 60 % tenía más de diez años de ejercicio profesional. La mitad de los/as profesionales se desempeñaban en el sector público y en el privado, mientras que cerca de un 30 % lo hacía solo en servicios públicos y 20 % solo en servicios privados. El 60 % tenía hijos al momento de la entrevista y la media de hijos fue de 2,5. La mayoría se definió como ateo/agnóstico y quienes se identificaron con alguna religión lo hicieron mayoritariamente como cristiano no católico. En términos de ideología política, la mayoría se ubicó en posiciones de centro-izquierda e izquierda.

Una de las hipótesis en las que se apoyó esta investigación fue que el proceso de cambio de paradigma y de modelo de atención que establecía la política pública en salud en Uruguay —y que buscaba impactar en la cultura institucional de los servicios de salud (y sus actores: profesionales, trabajadores no profesionales, usuarios/as)— generaba tensiones en distintos niveles, particularmente cuando en las prácticas de los/as profesionales de la salud se abordaban situaciones complejas como la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario. Estas tensiones podían expresarse en términos de limitaciones a la accesibilidad de las mujeres a una atención de calidad. Por ello, entendimos que era relevante conocer cómo los/as profesionales transitan el cambio del modelo de atención que establece la política pública hacia uno basado en los derechos sexuales y los derechos reproductivos, cómo *re-crean* sus modos de intervención y de qué manera operan sus esquemas de percepción y apreciaciones, sus sistemas de valores, su formación profesional y sus posicionamientos subjetivos sobre sexualidad, reproducción, aborto, derechos y salud a la hora de actuar profesionalmente.

Desde el punto de vista empírico, el tratamiento de este problema permite generar conocimiento de utilidad no solo para el caso uruguayo,²⁷ sino para otros países de la región en los que se han adoptado, por los ministerios de salud u otros actores, estrategias similares de reducción de riesgo y daño por aborto inseguro en contextos legales restrictivos. Y más allá de las particularidades locales, los resultados de este estudio pueden alumbrar algunas de las barreras y dificultades que se observan en la implementación de estas medidas en los servicios de salud públicos y privados.

El mapa teórico que orientó el tratamiento del problema de investigación se nutre de contribuciones conceptuales que provienen básicamente de dos vertientes: el pensamiento feminista —en particular, sus desarrollos en el campo de la salud, el cuerpo, los derechos y la reproducción— y los enfoques interpretativos sobre la experiencia subjetiva de la salud y sobre la práctica profesional. Se articulan también los principales elementos conceptuales que sustentan el enfoque de salud y derechos sexuales y derechos reproductivos, y su complejo proceso de reconocimiento social y político como derechos humanos en el campo institucional de atención de la salud.

Para el campo de las ciencias sociales, el abordaje de este problema permite generar nuevas categorías de análisis a partir del material empírico, que fortalezcan el diálogo necesario y fecundo entre la perspectiva feminista y los enfoques interpretativos en salud para el estudio de la compleja relación entre profesionales de la salud y derechos reproductivos de las mujeres.

27 En el que actualmente se observan resistencias de los/as profesionales médicos a la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que se comenzó a instrumentar en Uruguay en enero de 2013 en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La investigación social sobre profesionales y aborto

Existe un acumulado de evidencia empírica importante tanto a nivel regional como internacional sobre servicios de salud y mujeres en situación de aborto inducido²⁸ que abordan distintas dimensiones de esta compleja relación. Entre ellos, se encuentra una nutrida y creciente agenda de investigación que recoge y analiza las opiniones, actitudes, esquemas de percepción y significados de los/as profesionales de la salud. Pocos de ellos se centran en analizar cómo se procesan las tensiones que genera —en el nivel de las prácticas profesionales— la incorporación de un enfoque de derechos de las mujeres a decidir sobre la continuación o interrupción de un embarazo. La revisión de la literatura científica generada en los últimos veinte años con base en estudios empíricos y ensayos publicados en revistas indexadas así como en libros y compendios permite constatar que existe un amplio y creciente repertorio de estudios exploratorios y descriptivos que tratan, con diferentes estrategias metodológicas, de la relación entre proveedores y aborto inducido en contextos sociales, políticos y legales diversos. La gran mayoría se centra en la figura del médico y son muy escasas las investigaciones que incluyen o que focalizan otros perfiles profesionales (Cacique, Junior y Duarte Osis, 2013). La producción disponible es auspiciosa pero aún insuficientemente robusta para explicar los conflictos, las tensiones y las resistencias que se registran en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto inducido, que incluyen desde maltratos más o menos «leves» a la violación sistemática de derechos de las mujeres en el ámbito institucional de atención de la salud.

Los médicos y el aborto

Varios estudios se han centrado en explorar la relación entre práctica médica y marco legal del aborto. González de León (1994) y González de León y Salinas (1995), en estudios realizados en México, encontraron que a pesar de que el aborto era visualizado como un importante problema social y de salud pública, la mayoría de los/as médicos e instituciones de la salud mantenían una posición conservadora, distante y reservada ante el tema. Según las autoras, los contextos legales restrictivos que criminalizan el aborto y la formación de los/as médicos constituyen los principales determinantes de sus actitudes ante el problema. Los estudios reportan mayoritariamente actitudes negativas de los/as médicos frente al aborto (González de León y Billings, 2001), si bien también se observan disensos frente a los discursos dominantes (Rodríguez y Strickler, 1999).

28 Hago uso de la expresión *aborto inducido* ya que la literatura no solo refiere al aborto voluntario, sino también a prácticas en las que se provoca el aborto, incluyendo, por ejemplo, los abortos terapéuticos.

En un estudio desarrollado por Faúndes *et al.* (2007) sobre ginecólogos en Brasil, se observó un pobre conocimiento sobre los requerimientos para realizar un aborto en el marco de la ley que lo habilita y, según los autores, esto sería el principal factor responsable de la falta de acceso a servicios de aborto legal. En ese sentido, un estudio realizado en México reportó que a mayor conocimiento del marco legal en los/as médicos, existe mayor predisposición a la prestación de los servicios de aborto (García, Lara y Goldman, 2003). A pesar de ello, Díaz Olavarrieta *et al.* (2012), en un estudio sobre personal de salud que brinda los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, encontraron que existen opiniones ambivalentes sobre el derecho de las mujeres a decidir la interrupción de un embarazo, a pesar del marco legal que lo habilita.

En un estudio realizado en Brasil, Soares (2003) identificó el conflicto entre actuar dentro de los lineamientos programáticos de la política pública y la presión externa de las influencias religiosas que viven los/as profesionales de la salud frente a la realización de los abortos permitidos por la ley. Según la autora, las representaciones sobre aborto de los/as profesionales basculan entre una visión moralista y religiosa y otra basada en la promoción de la autonomía y los derechos de las mujeres a decidir. En una investigación realizada en servicios de salud en Neuquén (Argentina), Opezzi y Ramírez (2009) identificaron las tensiones al interior del equipo de salud entre la necesidad de cuidar y la obligación del Estado de ser garante de los derechos, y las limitaciones que imponen las normas penales.

Varios estudios concluyen que es necesario reforzar los programas de capacitación y entrenamiento de médicos y de residentes como estrategia para asegurar el acceso a los servicios (Dayananda *et al.*, 2012; Schiavon *et al.*, 2010; González de León-Aguirre, Billings, Ramírez-Sánchez, 2008). Sin embargo, Loureiro y Vieira (2004) encontraron que los miedos, los preconceptos y la desconfianza de la sociedad respecto al aborto son más fuertes que las capacidades y las acciones para enseñar derechos humanos en las escuelas de medicina. A partir de un estudio basado en el análisis de dispositivos de enseñanza médica, Lemos y Russo (2014) observaron que la discusión y transmisión de conocimiento no es garantía de un proceso de reflexión y de transformación de las opiniones y prácticas de los/as profesionales frente al aborto.

Freedman, Landy y Steinauer (2010) condujeron un estudio basado en entrevistas en profundidad con residentes de ginecología en Estados Unidos que participaron de programas de entrenamiento en aborto. Entre los resultados obtenidos, se destaca que los participantes valoraron muy positivamente la inclusión de aspectos didácticos en la capacitación relacionados con el contexto social y legal del aborto así como el tratamiento de los dilemas morales implicados en su atención para los/as profesionales. En un estudio anterior, con residentes de ginecología y obstetricia, Lazarus (1997) ya advertía que un programa de entrenamiento sobre aborto para residentes debía inducir a la clarificación de valores morales individuales y desarrollar la responsabilidad profesional para con las usuarias, otros colegas,

nurses y parteras. La autora enfatizaba que la formación médica debía considerar el aborto —al mismo tiempo— como un asunto ético y profesional.

Por su parte, García Núñez *et al.* (2013), a partir de un estudio realizado en la Ciudad de México, en los servicios de aborto legal, señalan que la aceptación del aborto en los/as profesionales es mayor cuanto más cerca está el aborto de condiciones ajenas a la decisión de la mujer. Contrariamente a lo que se plantea en otros estudios, la decisión del médico/a de practicar un aborto no dependería solamente del conocimiento de las leyes vigentes, sino de otros elementos, como sus actitudes y valores morales. Otro estudio en México también constató que para la mayoría de los/as ginecoobstetras entrevistados, el principal desafío era resolver sus propios dilemas morales respecto al aborto (Contreras *et al.*, 2011). En este mismo sentido, Yam, Dries-Daffner y García (2006), y Távora y Sacsá (2008) señalaron que las actitudes de los/as profesionales sobre aborto afectan directamente la calidad de atención y el acceso a los servicios.

Desde enfoques sociológicos interpretativos y hermenéuticos, algunas investigaciones se han abocado a estudiar los discursos y prácticas médicas frente al aborto. En el marco de un proyecto más amplio, Erviti, Castro y Sosa Sánchez (2006) estudiaron las percepciones y actitudes de los/as médicos frente al aborto inducido en México, y observaron que estos no pueden dejar de fluctuar entre un discurso clínico y uno normativo, desprendiéndose en este último la marca de los estereotipos dominantes de género que a los/as profesionales se les presentan como fundamentos que explican su práctica y la de sus pacientes. A partir de entrevistas a los/as médicos, hallaron a su vez que en la indagación clínica que estos llevan adelante en situaciones de embarazos no planificados o complicaciones de aborto se «desliza un tono amenazante», «intimidatorio» bajo la apariencia de un recurso clínico que puede, efectivamente, ser vivido así por los propios médicos. A través de este discurso se reproducen un conjunto de prácticas normativas que tienen por objetivo «llamar al orden» a las mujeres. Otros estudios analizaron la terminología utilizada por los/as médicos respecto al aborto y encontraron que, a través de ella, se reproduce y vehiculiza la condena social cuando se relaciona con las mujeres (Rance, 1998, 2001). En otro estudio, se observó cómo los/as médicos desarrollan estrategias de clasificación de abortos en espontáneos o inducidos con base en criterios para discernir sobre su legitimidad o ilegitimidad (Erviti, Castro y Collado, 2004).

En Argentina, González (1995) reportó que la actitud de los/as médicos no es homogénea, que varía de un servicio a otro, e incluso entre diferentes guardias de una misma institución. En todos los casos se trataba de resolver el problema de emergencia de salud que planteaban las complicaciones posaborto, pero la relación con la mujer era distante e incluso podía derivar en actitudes de maltrato físico y psicológico. Según la autora, la actitud del médico hacia la usuaria era de desconfianza, basada en la presunción de que la paciente miente cuando se refiere al aborto. De allí que los profesionales busquen establecer, mediante la evidencia empírica, si se trata de un aborto espontáneo o provocado.

En la actualidad, en la relación médico-paciente se privilegia el principio ético de «no dañar» como una obligación primaria (principio de no maleficencia) por sobre el principio de beneficencia, principio moral que ha regido la ética médica desde el juramento hipocrático. Este principio que se sustenta en la obligación del médico de actuar siempre en bien del paciente, ayudarlo a recuperarse y mantener su salud física o psíquica, ha sufrido un giro. En los últimos años, ha ganado legitimidad la idea de que quien debe decidir lo que corresponde al bien para el paciente es el propio paciente. De modo que, como afirma Rotondo (2007), el criterio beneficentista ya no se puede sostener. Esta posición entra en contradicción con el modelo paternalista mantenido tradicionalmente en la relación médico-paciente y que se expresa también con los otros profesionales de la salud (enfermeras/os, parteras, psicólogos/as). Este modelo se traduce en el establecimiento de relaciones desiguales de poder en las interacciones con las pacientes, cuando ambas partes se encuentran. Algunos autores/as han demostrado que, en las interacciones cotidianas que se establecen entre los prestadores de servicios y las usuarias, las conductas de los/as profesionales de la salud están mediadas por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Ellison, 2003; Waitzkin, 1991; Erviti, Castro y Sosa Sánchez, 2006).

En el marco de un estudio llevado a cabo en Uruguay sobre servicios de salud reproductiva, se exploró a través de entrevistas semidirigidas, entre otros asuntos, las actitudes de los/as profesionales ante la interrupción voluntaria del embarazo. La intervención de los/as profesionales quedaba librada a la conciencia y sensibilidad personal y a las posibilidades subjetivas de cada usuaria de demandar la atención necesaria. Las posibilidades que una mujer tenía de recibir atención frente a un embarazo no esperado estaba en dependencia de la ética personal del profesional actuante y, se observó en ese plano, una alta variabilidad de posiciones en los/as profesionales (López Gómez *et al.*, 2003).

En los casos en que las mujeres consultan por embarazos no deseados o por complicaciones posaborto, *hacer el mal* supone generar un daño evitable al realizar valoraciones personales, maltratos bajo la forma de rezongos, presuponer un conocimiento *de facto* sobre el acierto de la decisión a tomar o ya tomada. Según el relato de las propias mujeres, los/as profesionales actúan de maneras variadas —en términos de la calidad de atención, calidez y comprensión de la situación—, cuando ellas acuden para completar un aborto en curso (Carril y López Gómez, 2008). Algunos/as basan su intervención en una relación respetuosa de la mujer, sus decisiones y derechos. En otros/as, priman los juicios morales, condicionando la intervención profesional y generando culpa y malestar en las mujeres. En un estudio realizado en Uruguay, las mujeres reportaron haberse sentido maltratadas cuando debieron acudir a servicios de emergencia (públicos o privados) para completar un aborto en curso, maltrato que se expresó en la censura y las actitudes punitivas que asumen muchos de los/as profesionales de la salud. Esta actitud, por otra parte, no es sino otra de las caras que adopta la

violación de derechos de las mujeres en el ámbito de la salud, sostenida por una doble condición de subordinación: de género y de clase, en particular cuando se trata de sectores en extrema vulnerabilidad social y que deja a las mujeres más expuestas a la tradicional desigualdad de poder entre el personal de salud y los/as usuarios (Carril y López Gómez, 2008).

Un estudio conducido por Rostagnol y Viera (2006), en Uruguay, señaló que los/as médicos si bien reconocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos en abstracto, no conciben en la práctica la titularidad de estos en «sus pacientes». Asimismo, observaron que la existencia de la policlínica de asesoramiento pre y posaborto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell abría una posibilidad de cambio.

En una investigación posterior, Sanseviero (2008) identificó barreras para el acceso al derecho a decidir en las mujeres a tres años de iniciada la implementación de la atención pre y posaborto en los servicios públicos en Uruguay. Los/as autores concluyeron que el sistema se «resiste exitosamente» a pasar del «nuevo discurso a una praxis asistencial». Observaron que entre los/as médicos ginecólogos con cargos universitarios hay un mayor conocimiento de la normativa. A medida que los/as médicos se alejan del ambiente universitario y crece su aislamiento profesional, el conocimiento va disminuyendo, evidenciándose una mayor distancia con el «nuevo discurso médico sobre el aborto» y constatándose confusión sobre lo que les corresponde hacer frente a una mujer que se practicó un aborto. Los/as autores interpretan que en el marco de las disputas de poder y reconocimiento que existe dentro del campo médico, la mujer, sujeto central de la situación, pasa a un plano marginal. Uno de los factores identificados fue la falta de comunicación entre la autoridad sanitaria y el personal médico, para quienes la incomunicación era una estrategia para mantener la rutina, costumbres y valores morales de los/as profesionales. Entre las barreras al derecho a decidir, los autores señalaron aquellas relacionadas con la legislación penal sobre aborto y sus resignificaciones, las prácticas y rutinas en los servicios de salud, las asimetrías de poder de género, clase, edad y saber en la consulta médica y la disputa por el poder al interior del espacio profesional y académico.

La pertenencia a uno u otro sexo y su incidencia en las valoraciones, percepciones y actitudes de los/as médicos fue analizada por Ramos *et al.* (2001) en un estudio sobre opiniones de estos profesionales respecto de la anticoncepción y el aborto en Argentina. Las autoras reportaron diferencias significativas en las opiniones de varones y mujeres, y ello abona la discusión sobre las posibles implicancias de la feminización de la ginecología y la obstetricia en la práctica médica, así como una mayor permeabilidad a la perspectiva de derechos reproductivos en las profesionales mujeres. El estudio identificó las dificultades que se observan para el desarrollo de estrategias proactivas desde los médicos/as para atender a las mujeres que viven estas situaciones: «aunque la preocupación por el aborto es clara y explícita, las soluciones que imaginan son limitadas. Estos límites están definidos por su formación profesional, la visión que tienen de sí mismos como

empresarios morales y las características del contexto» (Szulic *et al.*, 2008: 38). Similares resultados reportan Checa, Erbaro y Schwartzman (2006) en un estudio sobre calidad de atención de complicaciones posaborto en hospitales públicos en Buenos Aires. Las autoras señalan que los médicos fueron más sancionadores con las mujeres que abortan que las médicas y otras prestadoras, quienes, «suelen ser más comprensibles y contenedoras», en especial con las más jóvenes (2006: 267). Por su parte, Harris y Grossman (2011) encontraron que existen diferencias entre los médicos hombres y mujeres norteamericanos frente al aborto en términos de la relación entre objeción y aceptación. Mientras que los primeros son reticentes a realizar un aborto cuando tienen una posición que rechaza la práctica, las mujeres tienden a tener una actitud de mayor aceptación aun cuando no estén de acuerdo con esta.

Un importante número de mujeres que se enfrenta a un embarazo no deseado es prácticamente invisible para la mayoría de los/as obstetras de muchos países donde el aborto es ilegal. La única interacción que numerosos especialistas tienen con esta situación es cuando las mujeres se ven afectadas por complicaciones de abortos inseguros y deben acudir a una institución hospitalaria. Según Faúndes *et al.* (2004), la primera reacción de los/as médicos es de condena y no de comprensión. De Zordo (2012), en un estudio de representaciones de ginecoobstetras sobre aborto legal e ilegal en Brasil, encontró que las prácticas clínicas de los/as médicos se ven influenciadas por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados, el estigma social del aborto, la falta adecuada de entrenamiento y formación, y las representaciones estereotipadas de género. En otro estudio, De Zordo y Mishtal (2011), comparando los discursos médicos en Brasil y Polonia, señalaron que en ambos contextos la relación de los/as médicos con el aborto se ve afectada no solo por los preceptos religiosos sobre derechos reproductivos, sino que influye profundamente la inadecuada formación médica y el temor a ser estigmatizados. Otros estudios, como, por ejemplo, el realizado por Duarte *et al.* (2013), reportaron la influencia de la religión en la postura de los/as ginecoobstetras brasileños como barrera para la provisión de servicios de aborto legal.

Los estudios considerados, realizados desde enfoques teóricos y metodológicos diversos, parecen coincidir en que los/as ginecólogos y los obstetras suelen tener una actitud ambivalente frente al aborto. Varios de estos estudios observan, en coincidencia con el análisis de Faúndes y Barzelatto (2005), que el problema del aborto enfrenta a estos actores a valores profesionales y morales conflictivos. Si bien la mayoría tiene una postura favorable a considerar que en determinadas circunstancias el aborto es un hecho moralmente justificable, solo unos pocos estarían preparados para asumir públicamente esta posición y para intervenir profesionalmente en estas situaciones. Sin embargo, son escasos los estudios que ofrecen marcos explicativos sobre los determinantes de estos conflictos que se pueden observar en la práctica médica.

Enfermeros/as y psicólogos/as frente al aborto

Algunos pocos estudios reportan resultados sobre la relación entre enfermería y aborto. En la región, la mayoría provienen de Brasil. Mariutti, De Almeida y Panobianco (2007) observaron que el cuidado de los/as enfermeras se basa en los aspectos físicos y no contempla la individualidad y la especificidad de la mujer en situación de aborto. En la misma dirección apuntan los estudios de Kade *et al.* (2004) y de Lunardi y Simões (2004), y, según Benute *et al.* (2012), se observa un desconocimiento mayor del marco legal sobre aborto en el personal de enfermería en comparación con otros grupos profesionales. En este sector predominan actitudes de rabia hacia las mujeres que abortan, discriminación, condena y prejuicios que generan una atención centrada en los aspectos físicos cuando se trata de un aborto inducido. Por su parte, Soares *et al.* (2012) señalaron que en las prácticas profesionales de enfermería con respecto al aborto se observan dos categorías empíricas. Por un lado, la percepción tecnicista del cuidado, y, por otro, el cuidado como vínculo solidario y no como derecho humano. Observaron que la acción del personal de enfermería hacia las mujeres en situación de aborto continúa siendo discriminatorio y, predominantemente, técnico.

Resultados similares se reportaron en un estudio sobre trabajadores/as sociales y aborto en Brasil, el cual evidenció una serie de dificultades para garantizar el acceso a los servicios de aborto previstos en el Código Penal y más aún para aquellos casos que no se enmarcan en la ley vigente. La calidad de la intervención profesional se ve afectada por la inseguridad y el desconocimiento de las normativas profesionales como, por ejemplo, el Código de Ética, por las características y valores de cada profesional, creencias religiosas y concepciones morales, y por las directrices de la institución en que el profesional se desempeña (Lolatto y Lisboa, 2013).

La literatura científica que relaciona prácticas psicológicas y aborto es creciente a nivel mundial. La agenda de investigación sobre salud mental y aborto, asuntos tales como los efectos psicológicos del aborto o las condiciones y recursos psicológicos para la toma de la decisión de abortar en las mujeres, son algunos de los asuntos que concitan interés, el cual se refleja en el volumen de estudios publicados, fundamentalmente en el mundo anglosajón. Sin embargo, es casi nula la existencia de publicaciones científicas sobre las intervenciones *psi* con mujeres en situación de aborto, tanto a nivel internacional como regional. A pesar de haberse realizado una detenida revisión, fueron pocas las publicaciones encontradas. Fernández y Tajer (2006) reflexionan, a partir de su experiencia profesional y el intercambio con colegas:

La culpabilización no opera solo desde sectores religiosos y familiares. También muchos profesionales *psi* suelen ser parte de dispositivos culpabilizadores cuando dan por sentado que *todo* embarazo es deseo inconsciente de hijo, cuando consideran que toda interrupción de embarazo debe tener importantes

efectos traumáticos y ser generadora de culpa o cuando presuponen que la ausencia de estos componentes indica que la joven atraviesa el problema poniendo en juego importantes defensas de negación maníaca (2006: 38).

Por su parte, en el contexto uruguayo, Carril (2011), analizando la práctica psicoanalítica desde una perspectiva feminista, subraya:

Pero el guion interpretativo del analista, sus marcos referenciales teóricos y sus opiniones filosóficas y/o religiosas acerca del tema pueden deslizarse en las interpretaciones o en las reflexiones teóricas posteriores. Subrayo la frase freudiana «*asesinato de un niño no nacido*». Esta es una posición filosófica, la de Freud, desde la cual interpreta el aborto de su paciente. Es posible que haya sido o sea también la de mucho/as analistas, que desde esta posición y de la premisa de que el camino para la plena consolidación de la femineidad pasa necesariamente por la maternidad, haya determinado la mirada psicoanalítica sobre la mujer y sus decisiones reproductivas más allá de teorías y escuelas. Se comprende así que quede por fuera de la reflexión que la decisión de algunas mujeres de no ser madres —alguna vez o nunca— no necesaria y universalmente refleje un conflicto universal con sus propias madres [...] (2011: 7).

A partir de una exploración realizada por Leus y Stapff (2007) sobre la percepción de la incorporación de psicólogos/as en los servicios de asesoramiento pre y posaborto en Uruguay, se afirma que la totalidad de los/as médicos y obstetras parteras encuestadas entienden que la inclusión de estos profesionales es muy beneficiosa para el equipo de salud y para la usuaria.

Un estudio realizado en Uruguay con base en una encuesta autoadministrada a profesionales de la salud sobre significados y valores con relación a distintos asuntos en salud sexual y reproductiva encontró que el personal de enfermería es el grupo que menos justifica la práctica del aborto mientras que psicólogos/as y parteras tuvieron posturas más favorables. A su vez, las mujeres de todas las profesiones justificaron en mayor medida la decisión de abortar que sus colegas varones. Explorando las reacciones emocionales de los/as profesionales frente a distintos aspectos de la relación con las usuarias, por ejemplo, el estudio observó que en las auxiliares de enfermería y las nurses predomina el enojo frente a una mujer que decide abortar o que toma una decisión radicalmente diferente a la recomendada en la consulta médica. Por su parte, los psicólogos/as manifestaron empatía con una mujer que decide abortar e impotencia frente a una consulta sobre acceso (ilegal) al misoprostol. Los/as médicos manifestaron frustración cuando una mujer toma una decisión diferente a la recomendada por el profesional, si bien predomina el respeto ante la decisión de abortar de la mujer (MYSU, 2010).

Una revisión sobre investigaciones relacionadas con profesionales de la salud de distintas disciplinas que se desempeñan en los servicios de aborto legal en Brasil concluyó que la opinión personal influye en la atención al aborto previsto en la ley, considerando que los/as profesionales que actúan en los servicios están constantemente sometidos a emociones y sentimientos contradictorios, que, agregados a la opinión desfavorable sobre el aborto, tiene como resultado una

atención deficiente tanto desde el punto de vista ético como psicoemocional (Duarte y Melo-Almeida, 2010).

Por último, es necesario destacar que, en la más reciente revisión publicada de investigaciones sobre profesionales de la salud y aborto en América Latina, los estudios muestran que el aborto voluntario es percibido por algunos profesionales como una decisión legítima de las mujeres, aun cuando los marcos jurídicos lo criminalicen o le impongan restricciones a la intervención profesional. Entre sus conclusiones, destaca la necesidad de profundizar la investigación sobre el estigma del aborto en las prácticas profesionales, mediante la generación de instrumentos culturalmente adaptados para su estudio en diversos contextos (López Gómez, 2015).

Hacer investigación desde el feminismo

Las preguntas sobre qué, cómo, para qué y desde qué opciones epistemológicas y ontológicas se lleva adelante el desarrollo de la investigación científica son asuntos en permanente debate en los más diversos campos del conocimiento y sobre ello se puede encontrar una extensa literatura.

Ahora bien, ¿qué alcance tiene definir una investigación desde una perspectiva feminista? El tema y el problema de investigación que aborda este estudio forma parte de los caros intereses de la agenda feminista por los derechos reproductivos de las mujeres. El derecho al aborto voluntario es un objeto de lucha desde hace décadas porque el cuerpo y la sexualidad de las mujeres son un escenario privilegiado de ejercicio del poder (de sí) y también de tutelaje (de otros: Estado, Iglesia, familia). Las decisiones sobre la (no) reproducción es un campo donde pueden observarse la emergencia de prácticas disruptivas de género y de procesos emancipatorios que trastocan los ordenamientos, las jerarquías y la dominación.

No solo la definición del problema de investigación propuesto constituye, a mi entender, un elemento central para el desarrollo de una investigación en clave feminista. También lo son las valoraciones sobre la relación entre objeto de conocimiento y sujeto de conocimiento. En este sentido, el análisis de la implicación propuesto por Lourau (1994), entendida esta como el conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el investigador establece o tiene con su objeto de investigación, es un concepto que permite esclarecer los lazos entre uno y otro componente de esa relación compleja que se pone en juego en la generación de conocimiento.

Desde mi perspectiva, investigar desde el compromiso feminista con los derechos de las mujeres se apuntala en la convicción de que se requiere generar más y nuevo conocimiento sobre las múltiples dimensiones que actúan en los procesos y condiciones para el reconocimiento, respeto y ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. Se alimenta del compromiso ético que enlaza producción de conocimiento, sociedad y política, porque allí puede ubicarse un circuito virtuoso para fortalecer la capacidad y la calidad de las acciones de incidencia social y política de los movimientos sociales por los derechos humanos, en particular para la acción feminista.

Se impone un imperativo ético y estratégico en el campo del conocimiento: interrogarse, cada vez más, acerca de qué hacer con lo que sabemos, acerca de las implicancias de lo que hacemos, acerca de qué hacemos para conocer, de cómo conocemos y cómo lo comunicamos. Estos órdenes de interrogación atraviesan las prácticas de la investigación y los debates filosóficos y epistemológicos contemporáneos. Y a la vez que estos escenarios denuncian cegueras, también alientan oportunidades (Carrizo, 2011).

Harding (1993), desde una perspectiva feminista, cuestionó fuertemente las posiciones que han sostenido la objetividad científica a través de una ciencia desinteresada y desapasionada. Apelando a un *relativismo juicioso*, postuló una objetividad distinta, fuerte, basada en el conocimiento local y sin pretensiones de universalidad. Es lo que Haraway (1995) denominó *conocimiento situado*, una posición epistemológica y política que denuncia la operación ideológica de la pretendida objetividad científica, postulando una nueva forma de producir conocimiento desde la complejidad de los procesos, situado, implicado y despojado de verdades absolutas o de pensamientos unívocos.

En términos generales, hay consenso entre las académicas feministas de que existe algo que se llama investigación feminista. El problema radica en saber si todo el proceso de investigación puede definirse como feminista, o si se trata de partes o dimensiones de ese proceso. En este sentido, se podría hablar de una epistemología feminista, de un punto de vista feminista, de una metodología feminista, de lo político detrás del método o de la definición feminista del objeto de investigación. Incluso algunas investigadoras feministas consideran que las técnicas de recolección de información pueden ser definidas como feministas, mientras que para otras son neutras (Bartra, 1998).

En su clásico análisis de las epistemologías feministas, Harding (1993, 1987) ubicó tres corrientes principales: el empirismo feminista, el punto de vista feminista y el feminismo posmoderno. Todas ellas, desde sus diferencias, comparten el objetivo de la deconstrucción de las bases androcéntricas y sexistas del conocimiento y de las prácticas científicas modernas. Mientras el empirismo feminista se ha centrado en identificar, cuestionar y reparar los sesgos sexistas de la ciencia, el punto de vista feminista considera que la desventaja de las mujeres en la ciencia puede considerarse una ventaja epistémica, porque desde su posición tienen mejores condiciones para conocer el sistema de dominación, y, finalmente, el feminismo posmoderno, que comparte los principios teóricos del pensamiento posmoderno en general y cuya producción ha desestabilizado ciertos presupuestos, en particular con la postulación del desmantelamiento del sujeto (el sujeto moderno, el sujeto del feminismo). Las hemos referido de manera esquemática porque su tratamiento excede ampliamente el alcance de este apartado. Desde mi punto de vista, hacer investigación feminista supone cuidar la coherencia entre las dimensiones política, ontológica, epistemológica, metodológica y ética implicadas en el proceso de la generación de conocimiento. La relación entre estos planos no es neutra ni tampoco puede ser ingenua.

La construcción y delimitación de nuestro problema de investigación se produjo en un tiempo histórico de fuertes disputas sobre el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas y el papel que deberían jugar los/as profesionales de la salud, desde un enfoque de derechos y género. El aborto voluntario no es ni será un objeto aséptico (tal vez ninguno lo sea, aunque algunos sean así enunciados). Es un hecho social en disputa en distintos campos de la vida social, incluido el ámbito de la salud y de los/

as actores que allí intervienen. La enunciación del problema de investigación desde una perspectiva feminista, al colocar el foco sobre los/as profesionales de la salud frente al aborto voluntario, supone evidenciar el proceso de construcción del aborto como objeto de intervención socioprofesional y deconstruir los supuestos ontológicos en los que se sostienen los esquemas de percepción y apreciación que producen prácticas y modos de intervención profesional específicos. También, adentrarse en el mundo subjetivo de los/as profesionales para comprender cómo operan las tensiones y controversias entre el reconocimiento de los derechos de las mujeres y las prácticas de tutelaje. De esta forma, junto con la investigación que restituye la voz a sus principales protagonistas —las mujeres—, se busca generar una masa crítica de conocimiento que promueva la ciudadanía plena de las mujeres. Allí radica el sentido político de la producción de conocimiento implicado.

El enlace entre conocimiento, sociedad y política, entendido este circuito como un triángulo virtuoso que potencia la generación y el uso de conocimiento situado, implica un desafío importante en materia de producción científica, transferencia y comunicabilidad del conocimiento hacia y con diferentes audiencias y actores que puedan hacer uso de este. La comunicación de resultados de investigación, su traducción y discusión con distintos actores y públicos, y el desarrollo de estrategias de difusión no pueden ser aspectos considerados como marginales del proceso de producción. Muy por el contrario, se deben generar distintos mecanismos para que el conocimiento pueda comunicarse y discutirse con la comunidad científica y académica, pero también con aquellos actores relevantes en la definición, implementación, evaluación y monitoreo de políticas públicas, así como con la sociedad en su conjunto. De esa forma, *pensamiento* y *acción* se enlazan para potenciar las estrategias y prácticas de incidencia social y política que desarrolla el movimiento feminista por la salud y los derechos sexuales y reproductivos (López Gómez, 2006).

Género: certezas, rupturas e inestabilidades

El pensamiento feminista no es un corpus homogéneo. En él se articula un amplio repertorio de teorías y perspectivas diversas, complementarias, polémicas e incluso contradictorias. Todas ellas comparten unas prácticas subversivas que trastocan los mandatos, las naturalizaciones y que provocan la tarea incesante de *de-construir* y reconstruir —política y teóricamente— los objetos de su lucha. Con herramientas más refinadas y robustas o menos elaboradas, buscan cuestionar y transformar el efecto que las prácticas sociales (y las académicas) ejercen, con base en ordenamientos de género, en los procesos de subjetivación y reconocimiento de las mujeres como ciudadanas plenas.

Flax (1990), hace ya más de dos décadas, planteó una serie de inquietudes sobre el devenir de las teorías feministas y sus nudos críticos.

Aunque las teóricas feministas compartan un objeto de investigación común (el género), no existe consenso sobre las respuestas que surgen una vez que el género se vuelve problemático y necesita explicación. Entre estas, se incluyen las siguientes: ¿qué es el género?, ¿cómo se relaciona con las diferencias anatómicas sexuales?, ¿cómo se constituye y mantiene en la vida de una persona y, de forma más general, como una experiencia social a lo largo del tiempo?, ¿cómo se conecta con otras formas de relaciones sociales como clase o raza?, ¿tiene una historia o muchas?, ¿qué hace que cambie a lo largo del tiempo?, ¿cuáles son las relaciones entre género, sexualidad y sentimientos de identidad individual?, ¿cuáles son las relaciones entre heterosexualidad, homosexualidad y género?, ¿hay solo dos géneros?, ¿cuáles son las relaciones entre las formas de dominio masculino y género?, ¿puede *mermar* o *mermaría* el género en sociedades igualitarias?, ¿existe algo *masculino* o *femenino* diferenciado en los modos de pensamiento y de relaciones sociales? Si es así, ¿son estas diferencias innatas o las constituye la sociedad? ¿Son útiles o necesarias las distinciones de género desde la perspectiva social? En caso afirmativo, ¿cuáles son las consecuencias para la meta feminista de obtener «justicia de género»? ¿Cuáles son los determinantes importantes de las diferencias *entre* hombres y *entre* mujeres? ¿Hasta qué punto nuestros conceptos actuales de *objetividad*, ciencia y conocimiento están limitados por el género o son parciales? ¿Hay ahora o podría haber métodos de investigación o teorías sociales que fueran neutrales en cuanto al género? ¿Cuáles serían? (Flax, 1990: 78).

Ante esta abrumadora lista de interrogantes y la diversidad de respuestas que se ha intentado elaborar y se continúa elaborando, Flax (1990) concluyó que el avance más importante de las teorías y prácticas feministas fue transformar el género en un problema teórico y político.

La distinción entre *sexo* y *género* fue profusamente desarrollada y utilizada desde el pensamiento feminista, y ha sido y es objeto de intensos debates y revisiones en las últimas décadas. El uso extendido (y polisémico) del concepto de género fuera de las fronteras del feminismo, su domesticación vía

institucionalización en el campo de las políticas públicas, el riesgo de vaciamiento de su sentido político transformador y su naturalización —como si el concepto siempre hubiera estado allí— pueden producir un efecto de debilitamiento de su eficacia política y analítica. Las frecuentes confusiones entre género y sexo o el uso indistinto de ambos términos; la homologación de género y mujeres; su asimilación al concepto de división sexual del trabajo de tradición marxista; el uso intercambiable con el concepto de patriarcado, son algunos ejemplos de ello. Como ha dicho Scott, el «género se ha convertido en una forma cortés de referirse a cualquier cosa que tenga que ver con el sexo» (2011: 96).

La elaboración del concepto de género y su expansión en cuanto categoría analítica —y herramienta metodológica y política eficaz y potente para analizar la desigualdad de las mujeres en la sociedad— posibilitó otorgar carácter cultural e histórico a asuntos considerados hasta entonces como naturales y basados en impulsos biológicos. Si bien el origen de la distinción entre sexo y género se remonta a mediados del siglo pasado con los trabajos de John Money y el psicoanalista norteamericano Robert Stoller, los desarrollos más importantes y revulsivos provienen del pensamiento feminista de la segunda ola y los posteriores debates y reelaboraciones. Según Stoller (1968), el género podría ser definido como los comportamientos esperados socialmente para una persona en función de su sexo biológico. Desde una perspectiva psicológica, señaló que el género articula tres instancias: la asignación o atributo de género, la identidad de género y el rol de género. A partir de investigar el proceso de construcción identitaria en niños/as con «trastornos» en la definición de su sexo biológico, postuló el concepto de identidad de género, señalando que el núcleo de esa identidad, entendida como el sentimiento íntimo de ser mujer o de ser varón, se adquiere por complejos procesos de identificación primaria en los primeros tres años de existencia, previo al reconocimiento de la diferencia sexual en el/la infante.²⁹

Las décadas de los sesenta y los setenta significaron un hito en el proceso de construcción del corpus teórico y las reivindicaciones feministas. La denuncia de las múltiples formas de opresión social, económica, sexual, étnica, desde la capacidad enunciativa de diversos movimientos sociales (movimiento feminista, movimiento afroamericano, movimientos indigenistas en América Latina, movimiento gay y lésbico, movimiento *hippie*, Mayo francés, las llamadas nuevas izquierdas latinoamericanas, entre otros) abría la posibilidad de nuevas teorizaciones y debates. Desde el feminismo se cuestionaron ciertas representaciones, ideas e imágenes sobre las mujeres y lo femenino, dirigiendo la mirada teórica hacia los discursos patriarcales. Según Gross (1995), se pueden señalar algunos rasgos que caracterizaron este período de desarrollo de las teorías feministas:

29 Las feministas del campo *psi* han desarrollado una intensa producción en la construcción de la categoría psicológica y psicoanalítica de género. En el Río de la Plata, se destacan los aportes de Ana María Fernández, Irene Meler y Mabel Burín, entre otros/as. Merecen estudiarse los desarrollos fundantes de Emilce Dio Bleichmar, Nancy Chodorow, Jane Flax y Silvia Tubert, por mencionar solo algunas de las psicoanalistas feministas más destacadas a nivel internacional.

1. Las mujeres y lo femenino se convierten en objetos dignos de la teoría y la investigación. Dado que fueron ignorados o que se les negó su valor en términos patriarcales, las mujeres se convierten en puntos focales de la investigación empírica y teórica.
2. Las mujeres y lo femenino, en cuanto objetos excluidos o ignorados en términos teóricos tradicionales, ahora se conceptualizan como iguales a los hombres, como lo mismo que los hombres en términos socioeconómicos e intelectuales relevantes.
3. Si bien se critican algunos elementos o componentes de los discursos patriarcales, no se cuestiona la estructura y las suposiciones fundamentales, ya sean ontológicas, epistemológicas o políticas [...].

Sin embargo, en poco tiempo quedó claro que el objetivo de incluir a las mujeres como iguales a los hombres dentro de la teoría patriarcal contenía varios problemas que no se habían previsto (Gross, 1995: 86).

En este contexto, surgen los Estudios sobre la mujer o Estudios sobre las mujeres,³⁰ considerados como una corriente interdisciplinaria con una variedad de marcos teóricos y metodológicos, cuyo objetivo principal fue dar visibilidad y tratamiento a la condición de opresión de las mujeres en la sociedad. Estos estudios, de base empirista, permitieron desocultar el lugar históricamente subordinado en el que habían sido ubicadas —social y subjetivamente— las mujeres, los efectos de privación y tutelaje, padecimiento subjetivo y sujeción a lo privado, al mismo tiempo que cuestionaron la retórica pretendidamente universalista y androcéntrica de la ciencia moderna (Bellucci, 1992; Bonder, 1998). Junto con la lucha iniciada en el pasado por los derechos sociales y civiles de las mujeres, se postuló el derecho de estas a controlar su cuerpo (derecho al placer sexual, derecho a la anticoncepción, derecho al aborto, derecho a la salud, derecho a la maternidad elegida, derecho a no ser discriminada por orientación sexual). La lucha por la conquista de estos derechos es uno de los antecedentes más significativos en el complejo proceso de construcción, legitimación y reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres como derechos humanos.

Posteriormente, tuvieron lugar los Estudios de Género, los cuales abrieron a una construcción de sentido sobre la producción sociocultural de la *diferencia sexual*, tomando lo intrasubjetivo y lo relacional como campo de análisis. La categoría de género se postula, a partir de entonces, como un eje central para el análisis social, político, subjetivo, económico y cultural. Según Lamas, la distinción entre sexo y género permitía «enfrentar mejor el determinismo biológico y se ampliaba la base teórica argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres» (1996b: 327). El uso de la categoría género y la complejidad creciente de su elaboración teórica posibilitó el reconocimiento de una diversidad de formas de

30 Al decir de De Barbieri (1993), la distinción es relevante desde el punto de vista teórico, puesto que «la Mujer» hace referencia a una esencia femenina única y ahistórica, mientras que «las mujeres» alude a la diversidad en que se encuentran las mujeres en distintas sociedades y tiempos históricos.

simbolización, interpretación y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales.

Esta es la ruptura epistemológica de la que se habla en filosofía, tal vez, la más importante de los últimos veinte años en las ciencias sociales (Harding, 1988; Fraser, 1989). Se trata del reconocimiento de una dimensión de la desigualdad social hasta entonces no tratada, subsumida en la dimensión económica, ya en las teorías de clases, ya en las de estratificación social (De Barbieri, 1993: 5).

El constructo naturaleza-cultura no es neutro al género y las feministas buscaron cuestionar el determinismo biológico y su relación con la supuesta inferioridad de las mujeres y de lo femenino. Por ejemplo, Ortner (1979) ofreció una explicación sobre la dominación masculina como un hecho universal, analizando el dualismo jerarquizante de la relación entre naturaleza y cultura, para evidenciar las bases sociales y culturales de la lógica que presupone la inferioridad de las mujeres. Este clásico artículo inició un camino fecundo de reflexión feminista en las ciencias humanas y sociales. Su planteo se sostenía básicamente en cuestionar que la base biológica que diferencia a mujeres y hombres fuera la causa de la inferioridad y la desvalorización de las mujeres en las sociedades. Ortner argumentó que ello se basó en el supuesto ontológico de que las mujeres son «simplemente más próximas a la naturaleza que los hombres» y si bien no son equiparables a la naturaleza, al ubicarlas en sus proximidades, «representan un orden inferior de existencia, al haber trascendido a la naturaleza menos que los hombres» (1979: 8). Según esta perspectiva, las mujeres habrían sido identificadas con la naturaleza, en contraste con los hombres, asociados a la cultura, develando así que en el constructo naturaleza-cultura no hay neutralidad de género.

En el centro de este constructo se encuentra el cuerpo de las mujeres, el cuerpo reproductivo, un privilegiado aparato reproductor y, junto con él, la postulación de la existencia de un instinto materno que determina sus conductas para poder hacerse cargo del producto específico de la procreación a través de las tareas de crianza. Se trata de un cuerpo-máquina biológica con una potencialidad procreadora y, al mismo tiempo, se trata de un cuerpo sociohistórico y subjetivo, construido para la maternidad y el maternaje. La concepción naturalista opera de modo de obturar o hacer perder peso a cualquier percepción sobre la variabilidad histórica y cultural de estos procesos, los cuales quedan sumergidos en la atemporalidad de los universales. Mediante complejas operaciones sociales y culturales, al ser la maternidad concebida como producto de la naturaleza, se erige como componente esencial de la feminidad y del ser mujer.

El feminismo dirigió su mirada teórica hacia otra dicotomía: la división entre mundo público (social, político, masculino) y mundo privado (familiar, doméstico, femenino),³¹ postulando que esta dupla se sostiene en la *división sexual del trabajo* producto de las «diferencias naturales» entre los sexos, las cuales remiten a la

31 Espacio privado-doméstico que Amorós (1990) definió como el espacio de las idénticas, el espacio de la indiscernibilidad porque allí no hay nada sustantivo que repartir en términos de poder ni de prestigio ni de reconocimiento. A diferencia del espacio público-social, el

genitalidad pensada en términos reproductivos. El confinamiento de las mujeres (simbólica e identitariamente) al ámbito de lo privado tiene base en sus funciones reproductivas y de crianza y, en tal sentido, la relación madre-hijo —el llamado binomio o díada madre-hijo— es concebida como un lazo natural que explicaría la omnipresencia materna en este ámbito. El ordenamiento social se basó en la construcción de un orden reproductivo, en un universo significativo reproductor con base en la prescripción de normativas, sistemas de mandatos y prohibiciones y distribución de roles. Según Ortner, el contacto cercano con la infancia parecería hacer a las mujeres más próximas a la naturaleza. Por ejemplo, las políticas de alimentación con base en la lactancia exclusiva, ampliamente recomendada y validada desde el discurso médico, se sostienen en esta concepción: la leche materna como natural e insustituible. Las madres no solo alimentan y limpian a sus hijos, sino que son las principales agentes socializadoras, quienes «transforman al recién nacido de simple organismo en ser humano [...] no puede —afirma la autora— ser más representativa de la cultura» (Ortner, 1979: 15). Desde esta perspectiva, la mujer sería una *mediadora* entre naturaleza y cultura.

Para cumplir con esta función de mediación a través del maternaje es necesario producir una subjetividad femenina que la sostenga, es decir, una imagen de sí y del otro, unos modos de pensar y unos posicionamientos psíquicos con capacidad para apropiarse (cognitiva y afectivamente) de ese *lugar* como si siempre hubiera estado ahí, despojándolo de toda percepción de construcción sociohistórica. Ortner sostiene que una tercera vía es analizar el *estatus ambiguo* entre la naturaleza y la cultura en el que han sido ubicadas las mujeres, lo cual podría explicar las expresiones culturales concretas que emparentan a las mujeres con la naturaleza y con la cultura de manera contradictoria, recursiva y ambivalente. Según Puleo (2000), este artículo de Ortner ha sido uno de los pilares teóricos del ecofeminismo, al correlacionar el estatus inferior de las mujeres y de la naturaleza. La naturaleza como categoría sociológica ha sido feminizada y por tanto devaluada, así como las mujeres han sido naturalizadas, en consecuencia, inferiorizadas y oprimidas.

Casi veinte años después de su trabajo original, Ortner (1996) aportó nuevas reflexiones a la pregunta sobre la universalidad de la dominación masculina. Reconociendo la variabilidad de las culturas y sus formas específicas, sostuvo la hipótesis de que ambos registros, diferencias de género y naturaleza/cultura, están articulados. El punto crítico, afirmó, será analizar cómo se construyen los puentes, las mediaciones entre estos dos registros, que posibilite desesencializar mediante su resignificación.

Y las relaciones de género siempre se sitúan, al menos, en una de las líneas fronterizas entre naturaleza y cultura: el cuerpo [...] el género se convierte en un lenguaje muy poderoso para hablar de las grandes preguntas existenciales sobre la naturaleza y la cultura, a la vez que el lenguaje de la naturaleza y la

espacio de la individuación, de los sujetos del contrato social, donde todos son posibles de ser sujetos de poder, lo cual —obviamente— no quiere decir que lo sean...

cultura, si se utiliza, puede ser muy poderoso para hablar del género, la sexualidad y la reproducción, por no mencionar el poder, la indefensión, la actividad y la pasividad, entre otras cosas (Ortner, 1996: 18).

Stolcke (2004) señala que este pensamiento feminista no logró superar las tendencias universalistas y el supuesto del determinismo biológico, en particular la atribución de la subordinación de las mujeres al hecho biológico específico de su capacidad procreadora. En una línea de pensamiento convergente, Amorós critica la falacia naturalista, estableciendo que se produce una doble falacia: «a) las funciones biológicas determinan la inserción de cada sexo en la realidad, y b) las funciones biológicas deben ser su realización como género. En el primer movimiento se produce una extensión por la cual se opaca que aquello atribuido a lo biológico es producido por la cultura. El segundo movimiento es el resultado de extrapolar al ámbito del *debe* una ilegítima derivación a partir de premisas que ya eran falsas en el terreno de los enunciados del *es*» (referida en Fernández, 1993: 41).

El concepto de *género* surgió enclaustrado en el binarismo naturaleza/cultura y buscó desmarcarse del determinismo biológico. Young (1996) afirma que la teoría de género surgió como un «gran relato», la cual en sus inicios buscó una explicación acabada y universal de la condición desigual de la mujer. Si bien ha sido y es cuestionable desde diversos ángulos, tuvo la virtud de producir nuevos argumentos que permitieron situar la problemática de la opresión de las mujeres en la agenda del debate político y teórico. Como sostuvo Haraway (1995), las feministas no cuestionaron el binarismo sexo/género con el mismo ímpetu que tuvieron al hacerlo respecto a la dupla naturaleza/cultura, debido a que «era demasiado valiosa para combatir los omnipresentes determinismos biológicos constantemente desplegados [...]. Por lo tanto, las feministas se han alzado contra el “determinismo biológico” y a favor del “construccionismo social”» (Haraway, 1995: 227). Otra de las razones por las cuales esta dicotomía no fue cuestionada es el hecho de que tanto la naturaleza como el cuerpo fueron tomados como certezas y utilizados como sitios de resistencia, como realidades incuestionables a partir de las cuales construir un proyecto político con rasgos identitarios. Según Pujal (2002), en la segunda ola del feminismo, para algunas teorías feministas, la biología se transformó en un factor clave para la argumentación de las reivindicaciones.

El género es una categoría inestable y cambiante, las críticas al concepto y sus refundaciones han surgido básicamente de las propias filas del feminismo, que ha cuestionado sus propios dogmatismos. Estos cuestionamientos han estado centrados, fundamentalmente, en la crítica al binarismo sexo/género, a la supuesta existencia de dos géneros, a la construcción de la mujer y lo femenino como un todo cultural homogéneo y ahistórico, al rechazo a la concepción de la mujer-víctima y a la crítica a la heterosexualidad normativa obligatoria, denominada así por Adrienne Rich (1996).

El recorrido de construcción conceptual no ha sido lineal ni ha estado exento de tensiones. Según Flax (1990), en su seno se pueden identificar *relatos feministas del género* que buscaron analizar cómo se producen y reproducen los sistemas de género, y cómo y por qué se han hecho dominantes:

Algunas de las teóricas más influyentes ofrecen sólidos argumentos sobre el carácter central de un «sistema de sexo/género», la organización de la producción o la división sexual del trabajo, las prácticas de maternidad y los procesos de representación, significación o lenguaje. En estos relatos y en los desacuerdos entre las teóricas feministas, están en juego el significado y la naturaleza de la sexualidad y su(s) relación(es) con la anatomía del género; los significados y valores de la «diferencia», incluida la importancia y el significado relativo de las diferencias entre las mujeres, así como entre estas y los hombres; las fuentes de poder dentro de las sociedades, incluido el significado relativo de las relaciones de producción, la división sexual del trabajo, los conciertos sobre la crianza de los hijos, las organizaciones de parentesco y familiares, el control de la sexualidad y la capacidad de las mujeres para cargar con los hijos, y los procesos de significación y de lenguaje. Obviamente, cada uno de estos relatos presenta muchas implicaciones para lograr una comprensión del yo, del conocimiento, el género y el poder. Además, puesto que la teorización feminista supone cierto compromiso con la transformación social, también están en juego los temas de la práctica. Quienes adopten un relato determinado privilegiarán ciertos ámbitos de actividad sobre otros y sostendrán que algunas prácticas carecen de importancia relativa o incluso son contraproducentes (Flax, 1990: 247-248)

Joan Scott (1996) señaló que las ciencias sociales y humanas, así como las propias feministas, se encontraban perplejas frente al déficit de las tradiciones teóricas disponibles para explicar la situación de opresión de las mujeres y la relación entre las mujeres y los hombres. La teoría del patriarcado, que —hasta ese momento— dominaba los marcos interpretativos, no permitía un análisis social complejo, entre otras cuestiones, porque no daba cuenta de las variaciones históricas y culturales (Correa, 2003b).

La categoría patriarcado resultó un concepto vacío de contenido, plano desde el punto de vista histórico, que nombraba algo, pero no trascendía esa operación, de tal vaguedad que se volvió sinónimo de dominación masculina, pero sin valor explicativo. Desde el punto de vista político, pudo ser útil para la movilización, pero no resistió la polémica con los críticos del feminismo ni permitió dar cuenta de los conflictos inmediatos a resolver en la práctica del movimiento (De Barbieri, 1993: 3).

Una de las teóricas feministas de referencia en la construcción del concepto de género es Gayle Rubin, quien elaboró una de las primeras explicaciones más relevantes sobre las relaciones de género. En su texto pionero de 1975,³² Rubin postuló, desde la crítica feminista a las teorías sobre el parentesco de Lévi-

32 RUBIN, G. (1996 [1975]), «El tráfico de mujeres, notas sobre la economía política del sexo». Publicado en español en LAMAS, M. (comp.) (1996), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D. F.: UNAM-PUEG, Miguel Ángel Porrúa (Estudios de Género).

Strauss y del psicoanálisis de cuño lacaniano, el concepto de *sistema sexo/género* como una serie de acuerdos por los que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, partiendo de un concepto del sexo (en términos de identidad de género, deseos y fantasías sexuales y conceptos sobre la infancia) como producto social. Los sistemas de parentesco están hechos de formas concretas de sexualidad que las sociedades organizan y reproducen, siendo estos sistemas formas empíricas y observables del sistema sexo/género. Según Rubin, la subordinación de las mujeres puede considerarse como un producto de la relación por medio de la cual se organizan y producen sexo y género, siendo la opresión económica de las mujeres, derivada y secundaria. Rubin (1996 [1975]) postula el concepto de sistema sexo/género para analizar las relaciones sociales específicas que organizan ese campo y que producen opresión de las mujeres. En este sentido, posteriormente afirmará que la heterosexualidad obligatoria está en la base de la opresión de las mujeres (Rubin, 1989). Según Flax, si bien el concepto de sistema sexo/género ha sido un aporte fundamental para el estudio de las configuraciones familiares y sus variaciones en el tiempo, tiene limitaciones en cuanto no permite analizar las relaciones entre este sistema y otras formas de intercambio y organización social, puesto que parece «correr en paralelo con otras formas de la actividad humana y no interactuar con ellas», probablemente debido al uso del estructuralismo (1990: 251).

En su clásico texto, Scott (1996) postuló el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos y como una forma primaria de relaciones de poder. En su conceptualización, centró el análisis en cuatro dimensiones interrelacionadas que conforman el género: símbolos culturalmente disponibles, normas, sistemas de parentesco-economía-política e identidad subjetiva. Estas dimensiones están atravesadas, anudadas y producidas por y articuladas en *relaciones significativas de poder*.

Género comprende cuatro elementos interrelacionados: primero, símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples (y a menudo contradictorias), pero también mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación, inocencia y corrupción. [...] Segundo, conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Tercero, el género se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva; se construye también mediante la economía y la política que, al menos en nuestra sociedad, actúan hoy día de modo ampliamente independiente del parentesco. El cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva. Estoy de acuerdo con la formulación de la antropóloga Gayle Rubin de que el psicoanálisis ofrece una teoría importante sobre la reproducción del género, una descripción de la «transformación de la sexualidad biológica de los individuos a medida que son aculturados» [...]. La primera parte de mi definición

de género consta, pues, de esos cuatro elementos y ninguno de ellos opera sin los demás [...]. La teorización del género, sin embargo, se desarrolla en mi segunda proposición: el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Podría mejor decirse que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder (Scott, 1996: 289).

En mi opinión, la conceptualización realizada por Scott es una de las elaboraciones más potentes y eficaces para el estudio de la relación entre género y poder, y para analizar cómo se construye y se perpetúa el poder en las sociedades. También se debe destacar su aporte a la deconstrucción de cierto esencialismo y ahistoricismo que se podía observar en algunas posturas feministas, así como su contribución al cuestionamiento del binarismo naturaleza/cultura que atravesaba las discusiones y teorizaciones sobre género y diferencia sexual en aquel entonces.

El género como *construcción cultural de la diferencia sexual* se edifica a través de un conjunto de representaciones sociales, discursos y prácticas, entre las que se encuentran la medicina, las religiones, las leyes, por mencionar algunas de alta eficacia simbólica en la producción de subjetividades generizadas. Los procesos de significación que se construyen en el entramado de la simbolización cultural se inscriben en la psique mediante complejos procesos de subjetivación e imaginarización y, como apunta Marta Lamas (2000), el género marca la percepción que los humanos tenemos de lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.

Las distintas formas de desigualdad distributiva, es decir, el desbalance en el acceso al poder y los recursos materiales y simbólicos entre los seres humanos, se sostienen sobre una ecuación de alta eficacia: lo uno/lo otro, diferente = inferior. Las mujeres somos diversas y ocupamos posiciones supraordinadas y/o subordinadas según la *intersección* de las relaciones de género, clase, raza, etnia y preferencia sexual, diferencias que son definidas en contextos históricos y territorios específicos. La interseccionalidad es una herramienta teórica y política potente para el análisis de problemas que condensan múltiples lógicas de dominación. Este paradigma permite comprender las trayectorias biográficas situadas sociohistóricamente de manera integral, incorporando la multidimensionalidad al diseño de las políticas de intervención, buscando evitar el riesgo de prácticas fragmentadas (Walby, 2007). Según Hill Collins (1998, 1999), la interseccionalidad permite sustituir el modelo aditivo de la opresión por modelos de tipo *interlocking* (entrelazados) de las distintas formas de dominación, favoreciendo análisis más complejos y de mayor precisión para el estudio de las desigualdades sociales. Desde esta perspectiva, el tratamiento de la diferencia sexual se torna más complejo.

Desde las feministas del sur, surge el desarrollo del feminismo poscolonial como pensamiento que cuestiona el etnocentrismo hegemónico de las teorías feministas y su tratamiento de la diferencia sexual.

El término *colonización* ha sido productivo por haber develado el mal tratamiento y la apropiación por parte del «feminismo blanco occidental» de las luchas y las resistencias de las mujeres de color, chicanas e inmigrantes tercermundistas en países del «Primer Mundo», a partir de las definiciones que homogeneizan las experiencias de las «mujeres del Tercer Mundo». En estos casos, la colonización supone una relación de dominación estructural y la supresión —muchas veces violenta— de la heterogeneidad del sujeto o de los/as sujetos, de sus voces y de sus luchas y resistencias, pecando de un universalismo etnocéntrico y de una conciencia inadecuada sobre el «Tercer Mundo» en un contexto mundial dominado por Occidente [...]; desde el feminismo poscolonial, Mohanty (2008) nos aporta sobre una forma diferente de pensar a las mujeres, rompiendo con el universalismo etnocéntrico. Los análisis sobre la *diferencia sexual* desde una noción monolítica, singular y transcultural del patriarcado o de la dominación masculina lleva a la concepción reduccionista y homogénea sobre lo que la autora denomina «la diferencia del Tercer Mundo», inhibiendo la complejidad constitutiva que caracteriza la vida de las mujeres de estos países (Vázquez Laba, 2008).

Las feministas poscoloniales sostienen la primacía de la diversidad, apelando a la enunciación como mujer negra, mujer inmigrante, mujer lesbiana, y a las múltiples intersecciones. Desde esta perspectiva se logra una articulación conceptual fecunda entre las categorías de desigualdad y diversidad. Lo importante será reconocer cómo articular e interpretar la diversidad, mediante la erradicación teórica de un sujeto histórico a la postulación de los nuevos sujetos sociales producidos en la interconexión de diferentes organizadores sociales, con efectos poderosos de estratificación social y desigualdades.

Otro aporte fundamental de varias teóricas feministas fue la distinción entre sexualidad y género, o sea, el esfuerzo de deconstrucción de la fusión entre esos dos dominios. Fue necesario pensar la sexualidad y el género como esferas distintas de construcción discursiva y normativa y, en particular, de las prácticas sociales. La sexualidad puede ser considerada como una práctica social específica, como «el conjunto de maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres también sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido» (De Barbieri, 1993: 8). Estas prácticas, símbolos, valores y representaciones son cambiantes y su análisis deja en evidencia las construcciones de sentido sobre el cuerpo, el deseo sexual, los intercambios sexuales y la reproducción. Como señaló Dio Bleichmar, «el deseo sexual no tiene sexo, pero la ley que legisla el deseo humano es sexista» (1992: 145).

Este giro desestabilizó de manera radical las categorías mismas de mujer y hombre, y su importancia se encuentra en el rescate de los sentidos múltiples, complejos y subversivos del género como concepto que articula sexo, deseo, práctica sexual, dinámica social y política (Correa, 2003b). En este sentido, años después de su ensayo *El tráfico de mujeres*, Rubin (1989) dirá que en ese trabajo

no distinguió entre deseo sexual y género puesto que entonces consideraba ambas dimensiones como parte del mismo proceso social.

Afirmo ahora que es absolutamente esencial analizar separadamente género y sexualidad si se desea reflejar con mayor fidelidad sus existencias sociales distintas. Esto se opone a gran parte del pensamiento feminista actual, que trata la sexualidad como simple derivación del género [...] (Rubin, 1989: 184).

Catharine MacKinnon (1982) incluyó la cuestión del deseo en su definición de género. Para esta autora la sexualidad es entendida como un proceso social que crea, organiza, expresa y dirige el deseo, creando así a los seres humanos que conocemos como hombres y mujeres. En la misma dirección, Emilce Dio Bleichmar, desde el campo psicoanalítico, distinguió género —en cuanto construcción sociocultural de la feminidad y la masculinidad— y el registro de la sexualidad.

La feminidad no surge del manantial de la sexualidad, ni de la fórmula de la sexuación, ni de la diferencia de los sexos; la feminidad, así como la masculinidad, es un molde social rígidamente pautado que gobierna las prácticas de la sexualidad y establece las diferencias. La feminidad/masculinidad es una normativa, una legalidad presente en el deseo inconsciente y en el Ideal del Yo de todo hombre/mujer, de todo padre/madre de nuestra cultura, que ritualiza y da forma a la sexualidad de toda nena/varón en la dirección desigual que conforma lo que entendemos como diferencias sexuales (Dio Bleichmar, 1992: 144).

En los años noventa, el concepto de género ganó legitimidad académica y el llamado posfeminismo, feminismo posmoderno o posestructuralista³³ realizó una crítica radical a las teorizaciones, prácticas y agendas del feminismo de la segunda ola, en particular a ciertas perspectivas esencialistas y universalistas sobre el ser mujer y ser hombre, mediante una propuesta deconstructiva del binarismo sexual y la heterosexualidad normativa que predominaban en algunos relatos feministas. La teoría performativa de Judith Butler aportó a esta discusión al señalar que sexo, sexualidad y género son fenómenos dinámicos e inestables que no pueden ser reducidos al dualismo sexual biológico y al modelo hegemónico heterosexual. Su cuestionamiento se centró inicialmente en señalar que ese binarismo es expresión de un imaginario masculino y heterosexual que produce y legitima ordenamientos jerárquicos al oponer hombre/mujer, femenino/masculino, entre otros. Desde su perspectiva, el sexo no es algo dado, preexistente, sino una categoría política, una construcción social y simbólica. Es más, lo único que tenemos como «dato» según Butler es lo culturalmente entendido como biológico o como natural. Desde su perspectiva no hay posibilidad de acceso al sexo natural, sino al sexo tal como cada cultura lo construye. Butler es una de sus exponentes más influyentes al colocar la discusión sobre la materialidad del cuerpo y las identidades fijas. En su texto *El género en disputa* (2001 [1990]), propone, siguiendo

33 Las diferentes denominaciones reflejan posturas sobre la ubicación de estos desarrollos en líneas de pensamiento específicas.

a Foucault, una genealogía de los conceptos de sexo y género, buscando desenmascarar los intereses políticos implicados en estas categorías, en particular los de aquellas instituciones que conforman el falocentrismo y la heterosexualidad obligatoria. Propone una concepción de sexo como construcción cultural y de género no asimilada a la versión cultural de la diferencia sexual.

Si se impugna el carácter inmutable del sexo, quizás esta construcción llamada «sexo» esté tan culturalmente construida como el género; de hecho, tal vez siempre fue género con la consecuencia de que la distinción entre sexo y género no existe como tal [...]. Como resultado, el género no es a la cultura lo que el sexo es a la naturaleza; el género también es el medio discursivo-natural mediante el cual la «naturaleza sexuada» o «un sexo natural» se produce y establece como *prediscursivo*, previo a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura (Butler, 2001: 40).

Desde esta perspectiva, la naturaleza es concebida como ley de lo sexuado en cuanto dispositivo de poder y subjetivación que genera que las categorías se nos revelen como dadas, preexistentes, es decir, como no construidas. Para que la naturaleza o incluso la cultura puedan mantener un estatus de ley, se requiere de un trabajo intenso de repetición y reproducción sobre los deseos y los cuerpos, es decir, lo que Butler denomina actos performativos. Se trata de una práctica discursiva, un acto lingüístico, sujeto a interpretaciones constantes. A su vez, actos que producen efectos de construcción de la realidad. «El género es performativo, es decir, que constituye la identidad que se supone que es [...]. El género siempre es un hacer, aunque no un hacer por parte de un sujeto que se pueda considerar preexistente a la acción» (2001: 58).

La performatividad implica que las categorías que nos subordinan nos producen como sujetos al mismo tiempo que posibilitan prácticas que las desdican y las subvierten. A las críticas que recibió por su construccionismo radical (Braidotti, 2000) y por su perspectiva determinista constructivista, Butler respondió que la construcción no se opone a la capacidad de acción, en términos de alterar, transformar, de producir nuevas significaciones (2001). Desde su teoría performativa, el cuerpo sexuado solo adquiriría significación dentro de un discurso que lo produzca y lo invista como natural en un contexto de relaciones de poder.

Según Foucault, el cuerpo no es *sexuado* en algún sentido significativo previo a su designación dentro de un discurso a través del cual queda investido con una idea de sexo natural o esencial. El cuerpo adquiere significado dentro del discurso solo en el contexto de las relaciones de poder. La sexualidad es una organización históricamente concreta de poder, discurso, cuerpos y afectividad. Como tal, Foucault piensa que la sexualidad genera *sexo* como un concepto artificial que de hecho amplía y disimula las relaciones de poder que son responsables de su génesis (Butler, 2001: 194).

La relación entre cuerpo y performatividad es retomada por Butler en su obra *Cuerpos que importan* (2002). A partir del concepto de materialización, el tiempo y la repetición se vuelven centrales en el proceso de construcción del

cuerpo sexuado. La reiteración de la norma será la condición necesaria para que se materialice en el cuerpo. Pero esta construcción entraña la capacidad de acción del sujeto para que de la repetición de los actos surja novedad e innovación.

Scott, en un texto reciente, retoma la discusión sobre diferencia sexual y la relación entre sexo y género:

El género es, yo diría, el estudio de la difícil relación (en torno a la sexualidad) entre lo normativo y lo psíquico, el intento de a la vez colectivizar la fantasía y usarla para algún fin político o social, ya sea ese fin la construcción de nación o la estructura familiar. En este proceso, es el género que produce significados para el sexo y la diferencia sexual, no el sexo el que determina los significados del género. Si este es el caso (como lo han insistido hace tiempo algunas feministas), no solo no hay distinción entre sexo y género, sino que el género es la clave para el sexo. Y en tal caso, entonces el género es una categoría útil para el análisis porque nos obliga a historizar las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos (Scott, 2011: 100).

El pensamiento posestructuralista influyó en la manera de enfocar la relación entre sexo y género y su demarcación del dualismo naturaleza/cultura. Como señala Stolcke (2004), el nuevo enfoque crítico de la cultura

[...] hizo hincapié en el carácter producido y político de las diferencias, de las identidades sociales [...] surgieron concepciones más complejas del género que ahora es examinado en tanto que una dimensión entre otras del complejo tejido de las relaciones sociales y políticas. [...] Pero, como señala la autora, ¿en qué medida permiten desentrañar las diferencias específicas en base a las cuales es construida la opresión de las mujeres? (Stolcke, 2004: 99).

Varias autoras alertaron sobre el abuso del construccionismo de la teoría feminista posmoderna y sobre el riesgo de que su construccionismo generalizado como base de la crítica al determinismo biologicista se deslice hacia otras posiciones esencialistas ya no de carácter biologicista, sino de naturaleza social, en la que pierda peso la idea de la opresión de las mujeres y la diferencia hombre/mujer como objetos estables ontológicamente y coherentes en sí mismos (Fuss, 1990).

Según Lamas, la obra de Butler representa una ruptura con el pensamiento feminista de la década del ochenta y genera una base de «teorizaciones y postulados parciales preocupados casi exclusivamente por los procesos de socialización» (2000: 9). Al centrarse en la línea de lo social que no visualiza lo psíquico, «no logra evocar la complejidad de la adquisición del género por los cuerpos sexuados en una cultura, asunto que Bourdieu explica mejor» (2000: 9). En esta dirección observa las limitaciones de la performatividad como teoría para deconstruir los procesos sociales y culturales del género.

Preguntarse cómo han sido inscriptas, representadas y normadas la femi- nidad y la masculinidad implica realizar un análisis de las prácticas simbó- licas y de los mecanismos culturales que reproducen el poder a partir del eje de la diferencia anatómica entre los sexos. Esto requiere decodificar significados y metáforas estereotipadas, cuestionar el canon y las ficciones regulativas, criticar la tradición y las resignificaciones paródicas. Para ello no basta la concepción del género como *performance*, como actuación, con cierto grado de creación individual. Quienes se han interesado por deconstruir los procesos sociales y culturales del género han intentado también comprender las mediaciones psíquicas y profundizar en el proce- so de constitución del sujeto (Lamas, 2000: 9-10).

En otro texto, Lamas (2006) ahonda en esta propuesta y señala que una de las principales discusiones teóricas sobre el género es la del impacto corpo- ral en lo inconsciente, en la psique y cómo esto se traduce en construcción de cultura, es decir, la relación entre psique y simbolización cultural. Basada en los desarrollos psicoanalíticos de la escuela francesa y de la antropóloga inglesa Henrietta Moore, subraya que el cuerpo está constituido por tres elementos: carne, mente e inconsciente, y que, en general, las discusiones se han limitado a dos de ellos, la carne y la mente, dejando fuera (foreluido, diría Lacan) la di- mensión de lo inconsciente.

Importancia de usar la teoría psicoanalítica del sujeto para comprender como un Yo complejamente construido se identifica, resiste o transforma las posiciones de sujeto disponibles en un determinado contexto cultural. La antropología ha mostrado que el aprendizaje y la socialización juegan un papel fundamental en dicho proceso, pero el asunto se complica porque el deseo, la fantasía y el inconsciente interaccionan en la constitución del Yo (Lamas, 2006: 167).

Si género y sexualidad pueden considerarse sistemas distinguibles y articu- lados, conjugados localmente de modo específico en las diferentes sociedades y tiempos históricos, el punto sería analizar cómo interactúa nuestra materia- lidad con los significados (conscientes e inconscientes) que producimos y con el mundo de las representaciones sociales y las simbolizaciones que se gestan y se pactan en cada tiempo histórico y en cada sociedad. Es decir, identificar y analizar de forma compleja los circuitos y las mediaciones que se producen entre cuerpos, psique, ideologías, discursos, territorios, geopolíticas, relaciones sociales e instituciones.

Las transformaciones de la posmodernidad han producido nuevas prác- ticas y acuerdos sociales que confrontan el binarismo naturaleza/cultura y la dicotomía público/privado, generando nuevas significaciones que trastocaron estos dominios. Sin embargo, las nuevas prácticas (discursivas) coexisten, no sin conflictos y tensiones, con las anteriores propias de las sociedades modernas, exigiendo ser situadas (pensadas, vividas, accionadas, agenciadas) desde nuevos organizadores de sentido. Los nuevos modos en cómo se piense la relación entre naturaleza y cultura, en cualquier caso, implicará desterrar las operaciones de

disyunción y reducción que han regido el pensamiento de tipo cartesiano. Es decir, el combate a la disociación ontológica entre naturaleza y cultura, base de la esencialización de las desigualdades sociales que se expresan a través, por ejemplo, del sexismo, la homofobia y el racismo. O a la disyunción entre mente y cuerpo. O a una concepción unívoca de la diferencia sexual. En términos del paradigma de la complejidad (Morin, 1992), implica poner en juego operaciones de conjunción, distinción e implicación. Es decir, analizar de manera recursiva las interrelaciones entre los distintos registros, pudiendo distinguir los planos, pero desterrando el pensamiento disyuntivo que obture un análisis complejo, integrado, contradictorio y potente de las dimensiones implicadas en la relación entre cuerpos, sociedades y subjetividades.

Feminismo, cuerpo y salud

De Barbieri (1993) afirmó que solo las mujeres tenemos un cuerpo que produce otro cuerpo y que si bien hombres y mujeres somos imprescindibles para la fecundación —y considerando los avances tecnológicos en reproducción asistida—, aun solo el cuerpo de las mujeres asegura la sobrevivencia del huevo fecundado. Según la autora, las sociedades le otorgan poder al cuerpo de las mujeres, no es que estos cuerpos como entidades biológicas lo tengan *per se*. Son los constructos de sentido, los significados socialmente contruidos los que le atribuyen el poder. Y se pregunta, ¿quién, o quiénes, controla la capacidad reproductiva de las mujeres?

Desde el campo de la antropología feminista en salud, Esteban defiende (2007), con base en las ideas de Butler y de Connell, que ser hombre o mujer es un proceso que se conforma a partir de discursos, actos y representaciones sociales y que tiene una base reflexivo-corporal, material, física, performativa. «La identidad está absolutamente encarnada», dice Esteban (2007: 256). En su perspectiva, los desarrollos actuales desde el feminismo permiten realizar un análisis de la experiencia subjetiva, del cuerpo y de la salud no biologicista, pero alerta sobre el enfoque exclusivamente constructivista. Postula una modalidad de análisis que «incorpora la experiencia corporal reflexiva (Connell, 1995) y que permite definir de forma amplia y compleja los circuitos establecidos entre cuerpos, ideologías, relaciones sociales e instituciones» (2007: 256).

La literatura feminista sobre el cuerpo y la reproducción ha permitido alumbrar una serie de asuntos críticos en el campo de la salud y de la atención de la salud regida históricamente por un enfoque de cuño biomédico. La crítica feminista ha estado centrada fundamentalmente, aunque no solo, en el cuestionamiento al androcentrismo de la ciencia médica y en evidenciar la medicalización de las mujeres y sus padecimientos. Según Esteban (1999), en reiteradas ocasiones, la crítica se ha limitado a considerar estas tendencias como sesgos o defectos de la medicina occidental. Según esta autora, el concepto de sesgo entendido como desviación no nos ayuda demasiado a comprender la trascendencia de estos fenómenos, ya que estas tendencias, lejos de «ser imperfecciones del sistema médico, se tratan de una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y pensar en su totalidad» (1999: 35). Por su parte, Valls-Llobet (2009) señala que en el campo de la medicina se han hecho pasar por ciencia tres operaciones básicas del patriarcado y que estas operaciones se han instrumentalizado, especialmente, sobre el cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como dato biológico inmutable e inferiorización de las mujeres, la fragmentación del cuerpo y la experiencia subjetiva, y la objetualización de los sujetos.

Por su parte, Eva Giberti (1992) sostiene que es necesario producir un movimiento a tres bandas que posibilite la distinción de algunas implicaciones que han predominado en las teorías y prácticas en salud: a) desimplicar reproducción de maternidad; b) desimplicar reproducción de amor por la cría, y c) desimplicar maternidad de amor materno. Estas tres fusiones han organizado las configuraciones de sentido de la acción profesional y construyen y reproducen los deseos de mujeres y hombres.

La medicalización se basa en el control social sobre los cuerpos y las poblaciones a través, fundamentalmente, de la regulación de los comportamientos y de la clasificación de lo que es o no es considerado enfermedad y, por tanto, de quienes requieren atención y en qué condiciones. Como ya hemos mencionado, los estudios de Foucault (1983) sobre la medicalización de la sociedad son ineludibles para comprender los dispositivos de control construidos para el logro de la hegemonía de la biomedicina. También lo son los aportes de Irving K. Zola, quien sostiene que la medicina «ha tenido desde hace tiempo una relación tanto *de jure* como *de facto* con las instituciones de control social» (1999a: 25). La relación *de jure* se puede observar, por ejemplo, en la noción de enfermedades reportables, según la cual el médico está obligado a comunicar a la autoridad sanitaria o competente ciertos fenómenos observados en la práctica clínica. En general se refiere a enfermedades infecto-contagiosas, pero no solo ya que también se incluyen otros asuntos que no tienen que ver con la posible propagación de una enfermedad, como por ejemplo el suicidio, el consumo de drogas, el aborto. Los aportes de Zola (1999a, 1999b) sobre la responsabilidad social y moral de los médicos, junto con los de Eliot Freidson (1970a, 1970b) respecto a la profesión médica y los de Bryan Turner (1999) sobre la relación entre profesiones y poder, serán retomados más adelante en este apartado.

Algunos autores/as han analizado las bases sobre las que se sostiene la presunción de científicidad de la biomedicina. Martínez (1996) ubicó, entre otras, la definición de enfermedad como desviación de la norma biológica, la unicausalidad de las enfermedades y su universalidad, la neutralidad de la teoría y práctica biomédica, la dicotomía cuerpo/mente, la autonomía de la biología de la conciencia humana y del mundo social, el biologicismo, el mecanicismo, el mercantilismo, la asocialidad, la ahistoricidad, la eficacia pragmática (Esteban, 1999). En el contexto latinoamericano, Menéndez (1980, 1984) analizó las características de lo que denominó el modelo médico hegemónico: biologicismo, neutralidad valorativa, centramiento en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, ahistoricidad, paternalismo y concentración del saber-poder en la figura del profesional, en el marco de una cultura patriarcal y los condicionamientos de género que construyen las prácticas médicas y también la forma en que las personas experimentan e interpretan los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. Este modelo ha operado con alta eficacia simbólica para producir organizadores de sentido y prácticas de atención de la salud de cuño materno-infantil, centradas en la perpetuación del constructo mujer = madre.

Castro y Bronfman (1993) realizaron una revisión de algunas de las principales contribuciones desde el feminismo a la sociología de la salud, considerando las tres áreas convencionales en las que se organizan los objetos de estudio de este campo: a) proceso salud-enfermedad (determinantes de la salud-enfermedad), b) práctica médica (respuesta social organizada frente a la enfermedad) y c) saber médico (estudio sobre cómo es percibida y conceptualizada la enfermedad desde el saber científico). Uno de los ejes centrales de la contribución feminista ha sido deconstruir y problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad, con lo cual la organización de sus aportes en estas tres áreas resulta borrosa y forzada. En un trabajo posterior, Castro (2000) organizó los aportes del feminismo a la sociología de la salud en función del enfoque predominante: los enfoques normativo-estructurales, basados en el concepto de patriarcado para analizar las condiciones (estructurales) de la subordinación de las mujeres, y los enfoques interpretativos, centrados en el estudio de la experiencia subjetiva de la opresión. Según este autor, los primeros tienden a ser ricos en teoría pero pobres empíricamente, mientras que los segundos tienden a «ilustrar con gran agudeza las particularidades de la interacción entre las personas —y su influencia en la experiencia subjetiva de la enfermedad—, pero no suelen ir muy lejos en sus contribuciones teóricas» (2000: 134-135). En este sentido, la opción de desarrollar conocimiento desde enfoques hermenéuticos puede considerarse un camino fecundo en la medida que se propone combinar, al decir de Castro (2000),

[...] el orden colectivo de los abordajes normativos con la acción subjetivamente inspirada de los enfoques interpretativos. Constituyen, por ello, una prometedora solución frente al dilema de la total indeterminación social —típica de los enfoques interpretativos clásicos— y frente al dilema de la supresión de los actores —típica de los enfoques colectivistas—. Su principal problema radica en la necesidad de quienes adoptan esta perspectiva de teorizar sobre la experiencia subjetiva de la salud, dando por sentado que el estructural y el subjetivo son dos órdenes de realidad interdependientes y simultáneamente relativamente autónomos. Ninguno predetermina al otro y, sin embargo, ninguno se explica sin el otro. Se trata de una lectura de la realidad poco ortodoxa, se le compara con los abordajes normativo e interpretativo, pero no menos fructífera que ellos. Y, de hecho, aquí sostenemos que es la mejor solución para el problema de la vinculación entre las grandes determinaciones sociales y la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad (Castro, 2000: 138-139).

Siguiendo a este autor, los aportes desde el feminismo al estudio de la experiencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la reproducción desde enfoques normativo-estructurales tienen mayor peso que aquellos realizados desde estos enfoques interpretativos, fundamentalmente porque durante muchos años las feministas se centraron en identificar y analizar el papel de la medicina como agente de perpetuación de la subordinación de las mujeres. Sin embargo, actualmente se dispone de un interesante volumen de estudios feministas que, desde enfoques interpretativos, han documentado la experiencia subjetiva de la salud en las mujeres, buscando dar voz a las propias protagonistas. Estos estudios se

han concentrado, principalmente aunque no solo, en el análisis de las experiencias reproductivas de las mujeres y de la atención médica. En América Latina, existe un notable acumulado de conocimiento que problematiza el enfoque biomédico y sus múltiples efectos en la salud, el cuerpo y el bienestar de las mujeres. Esta importante producción acompañó y fue producto del accionar de un movimiento feminista que construyó, al terminar el siglo XX, una agenda política robusta en el campo de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos en nuestra región.

Si bien la producción feminista es importante en las tres áreas sugeridas por Castro y Bronfman (1993), aquella referida a la práctica médica resultó fundamental para el problema de investigación. La conjunción entre los desarrollos de la tesis de la medicalización y el análisis que proviene del corpus feminista ha permitido postular la hipótesis de que la medicina no es un medio de dominación neutral igualmente dirigido hacia hombres y mujeres, sino que, por el contrario, la medicina es uno de los dispositivos más potentes para ejercer dominación sobre las mujeres. La construcción del discurso de la normalidad en medicina ha sido ampliamente estudiada desde la perspectiva feminista. Según Ehrenreich e English (1990), la normalidad a la que aspiraba la medicina para las mujeres estaba centrada en la maternidad, en la vida doméstica y en la dependencia de los hombres. Oakley (1984) estudió específicamente el proceso de medicalización del embarazo y el parto, y sostuvo que la eliminación de la idea de normalidad de estos procesos es lo que ha permitido el intervencionismo médico. El uso de la expresión «control prenatal» para referirse a la atención médica de las mujeres durante el embarazo no es inocuo. La medicalización del embarazo y el parto, según esta autora, pasó por dos momentos de transformación ideológica: de ser considerado un evento social a ser concebido como un evento biológico y de allí a ser definido como un evento médico (Castro, 2000). Un proceso similar, podríamos decir, ha sucedido con la medicalización del aborto cuando se lo tipifica como acto médico. La diferencia principal radica en que se trata, en varios contextos, de un acto ilegal y socialmente ilegítimo, cuestión que no sucede, en general, con el parto. Algunas autoras han estudiado los procesos de medicalización de la anticoncepción y cómo este recurso en la medida que fue crecientemente dominado por las prácticas médicas fue perdiendo su potencia emancipadora para las mujeres (Gordon, 1990).

La relación médico-paciente ha sido ampliamente estudiada desde la perspectiva feminista. Tood (1989) investigó la interacción cara a cara que tiene lugar entre los médicos (generalmente hombres) y las mujeres en consulta ginecológica. Según sus observaciones, las mujeres tienden a presentar sus síntomas físicos en función de sus condiciones y contexto de vida, incluyendo sus opiniones sobre lo que les sucede. Por el contrario, los médicos desde un modelo biomédico tradicional tienden a construir una conversación en términos estrictamente clínicos, enfatizando la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y el objeto a conocer. Para los médicos, los aspectos relacionados con la

experiencia subjetiva de la salud resultan irrelevantes y, por lo general, no son considerados en sus abordajes técnicos. Por su parte, Fischer y Groce (1985), así como West (1984), han estudiado las interacciones entre médicos y mujeres pacientes en distintos contextos. Estas autoras retomaron el concepto de *master status* elaborado por Hughes (1993), entendido como el estatus dominante de una persona, el cual tiende a supeditar bajo sí cualquier otra característica de los individuos. Según sus resultados, en los encuentros mixtos, el *master status* de las mujeres (médicas o pacientes) es su condición de mujer, mientras que el de los hombres (médicos o pacientes) depende del rol que ocupan. Este concepto permite interpretar, por ejemplo, cómo se construye el *master status* en los/as profesionales médicos frente al aborto, aspecto que retomaremos en el análisis del material empírico.

Campo profesional y salud: la relación entre moral y técnica

La literatura desde las ciencias sociales sobre las profesiones aporta herramientas teóricas muy importantes para analizar la práctica de los/as profesionales de la salud con mujeres en situación de aborto. En este apartado retomo los aportes, fundamentalmente de Zola, Freidson y Turner junto con los desarrollos realizados en el contexto latinoamericano por Schraiber y Castro, quienes, desde vertientes teóricas diferentes, contribuyen a la comprensión de las condiciones de producción de las prácticas médicas. Todos ellos alumbran la compleja relación entre prácticas profesionales y derechos reproductivos de las mujeres en situación de aborto voluntario, nudo central del problema que nos hemos planteado abordar en este trabajo.

En particular, me interesó explorar el tratamiento que desde las teorías sociales se ha realizado sobre la relación entre técnica y moral en la práctica profesional en salud. Tomo la definición de Foucault sobre la moral, entendida como el conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos, como la familia, las instituciones educativas, las religiones. Pero también en términos de

[...] el comportamiento real de los individuos, en la relación con las reglas y valores que se les proponen: designamos así la forma en que se someten más o menos completamente a un principio de conducta, en que obedecen una prohibición o prescripción, o se resisten a ella, en que respetan o dejan de lado un conjunto de conductas que respetan o dejan de lado un conjunto de valores (Foucault, 1984: 27).

Zola analiza la responsabilidad moral de los/as médicos. Al respecto señala que fácilmente se asume que la participación médica en el tratamiento de problemas sociales conduce a alejar estos problemas del escrutinio religioso y legal, con sus consecuencias morales y punitivas. Al ser ubicados bajo la observancia médica, los problemas sociales serían tratados en condiciones terapéuticas y de objetividad. Según este autor, dos *puntos ciegos* se articulan para generar esta ilusión: la noción de castigo y la de responsabilidad moral. El primero alude a que las personas experimentan el sufrimiento, la enfermedad y las indicaciones médicas terapéuticas como un castigo. El segundo se basa en la distinción entre enfermedad y crimen. La persona enferma no debería ser culpada por su situación como sí lo es el criminal por sus actos. Sin embargo, las personas enfermas son sancionadas y responsabilizadas por sus conductas que condujeron a la enfermedad. Según Zola, en casi todos los niveles, desde la enfermedad hasta la recuperación hay una «encarnizada batalla moral» (1999a: 30). Concluye, «pese a que existen esperanzas en sentido contrario, la retórica de la enfermedad por

sí misma parece no proporcionar ninguna absolución a la responsabilidad individual, a la culpabilización y al juicio moral» (1999a: 30).

Zola entiende que el problema de fondo es dilucidar «cuáles factores son en realidad de naturaleza exclusivamente técnica, científica y médica» (1999a: 43). En esta dirección sostiene que el peligro mayor radica no solo en enmascarar el proceso de la práctica profesional y presentarlo como técnico, científico y objetivo, sino en mostrarlo como algo que se hace para nuestro propio beneficio. En este punto, Freidson y Zola comparten una visión sobre la imagen despolitizada y limpia de juicios morales con la que se presenta la práctica médica. Freidson (1970a) señaló que, con demasiada frecuencia, los médicos se rigen no por sus conocimientos técnicos, sino por sus juicios de valor o por los valores subyacentes en las técnicas que utilizan. Este autor retoma la definición de Becker de *empresarios morales* para referirse a los médicos. En su clásico estudio sobre las desviaciones de las conductas, Becker (1963) acuñó el término *empresario moral* para referirse a las personas que trabajan activamente para producir cambios en la sociedad. Identificó dos tipos de emprendimientos: la cruzada moral y la aplicación de las reglas morales. El primero representa el discurso moral en la sociedad. El segundo refiere a la aplicación de la moral en la sociedad. En este sentido, Freidson sostuvo que los médicos como empresarios morales de la sociedad son quienes no solo definen lo normal y lo anormal, sino que establecen la terapéutica para la conducta desviada. La obra de Freidson ofrece un marco teórico ineludible para el estudio no solo de la profesión médica, sino que es útil para el análisis de la organización, opiniones y prácticas específicas de cualquier profesión. Define la profesión médica como un tipo específico de organización ocupacional caracterizada por un esquema mental propio y con capacidad para crear y regular su propia actividad. Postuló el concepto de *autonomía profesional* médica. El poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno, como representantes de la ciencia y como guardianes de los problemas sociales, generó condiciones para el ejercicio de la autonomía profesional entendida como el poder para disciplinar y evaluar a los otros y, al mismo tiempo, ser evaluados exclusivamente por sus pares, sin mirada externa. Según Schraiber (2010), siguiendo los desarrollos de Freidson, esta autonomía profesional alcanzó otras dimensiones de la vida laboral del médico/a.

[...] como el mercado de trabajo (la autonomía mercantil); el orden organizacional-administrativo (o también jerárquico) de la producción de su trabajo asistencial (la autonomía del consultorio privado) y el espacio técnico de la concreta acción del trabajo (autonomía técnica). Pero si bien en la actualidad se restringe fundamentalmente a la esfera de la actuación técnica del médico, no deja de representar el espacio de la relación conocimiento-poder en que se dan las posibilidades de afirmar o negar lo social, lo cultural y lo ético-político al interior de su acción, al interior de la técnica (Schraiber, 2010: 15).

La autonomía técnica, es decir, el control profesional sobre el trabajo, define a una profesión. La profesión es, según Turner (1999), una ocupación que, por licencia, tiene el privilegio monopólico sobre sus prácticas. Es decir, reserva a los especialistas del propio campo profesional la evaluación de su trabajo. Este control surge de un acuerdo con el Estado con el cual la profesión no es completamente autónoma. Este le asigna la potestad de definir los elementos técnicos de su trabajo e incluso los aspectos organizacionales y económicos. En el caso de la profesión médica, dado su estatus social y el poder que ha construido, el grado de autonomía profesional es alto.

No es únicamente el control sobre su práctica, sino además el control sobre la organización y división del trabajo lo que hace que la medicina sea distinta a otras profesiones. Está situada en el vértice de la organización de asistencia sanitaria, y bajo su autoridad se encuentran los profesionales paramédicos, con falta de autoridad, autonomía y con un prestigio relativamente bajo (Rodríguez, 1981: 98).

Según Turner (1999), Freidson observó que el poder monopólico de la profesión médica era tal que podía subordinar ocupaciones y profesiones subyacentes o afines, «asignándoles el estatus de cuasiprofesiones o grupos paramédicos» (1999: 188). Turner recuerda que una de las críticas feministas a la profesión médica ha sido el control y el poder patriarcal que esta ejerce sobre algunos grupos subordinados, en especial las mujeres. Y afirma, siguiendo a Ehrenreich e English (1990), que «las recomendaciones aparentemente neutrales del médico en relación con sus pacientes y las enfermedades de estos son, de hecho, una forma de administración patriarcal sutil pero real» (1999: 189).

En este sentido, y siguiendo los aportes de Jamous y Peloille (1970) referidos por Turner (1999), el conocimiento de la profesión tiene que tener un sello distintivo que combina actitud y competencia profesional. Este conocimiento no puede reducirse a un hacer rutinizado y sistemático, sino que debe poseer una cierta hermenéutica. Por ello, Turner sostiene que todas las profesiones se caracterizan por una oposición entre conocimiento técnico y de rutina, y por la ideología de su interpretación.

Las relaciones de poder entre las profesiones en el campo de la organización sanitaria es un asunto que ha motivado su estudio desde distintos abordajes y disciplinas y su tratamiento excede el alcance de este apartado. Por su parte, Turner entiende el dominio médico como «un conjunto de estrategias que requieren del control sobre la situación laboral, de las características institucionales de autonomía ocupacional dentro de una división más amplia del trabajo médico y, finalmente, de la soberanía ocupacional sobre otros grupos ocupacionales afines» (1999: 199). Identifica tres estrategias de dominación sobre las otras profesiones: subordinación, limitación, exclusión. La subordinación alude a que las actividades de esa profesión son delegadas por los médicos, por lo cual genera profesiones con baja capacidad de autorregulación y autonomía. Allí ubica a las parteras y a las enfermeras. La limitación refiere a la existencia

de restricciones ocupacionales como, por ejemplo, a una parte del cuerpo (como en la odontología) o a una terapéutica (como en la farmacología). Por último, la exclusión, por medio de la cual se niega legitimidad a prácticas profesionales alternativas y rivales (como, por ejemplo, la quiropráctica o la psicología).

El análisis de este autor es potente para comprender el discurso de los/as profesionales respecto al aborto en términos de sus grados de autonomía y autorregulación respecto del poder médico. Desde esta perspectiva, el reinado de la medicina y de la profesión médica en el campo institucional de la atención sanitaria responde a un modelo que está lejos de los principios de la salud integral, la cooperación y el diálogo disciplinario, y la complementariedad técnica del trabajo en equipo de salud, que postulan algunas políticas públicas en salud sexual y reproductiva, aspectos estos que parecerían ser predominantemente retóricos, a pesar de los esfuerzos que se realizan para su instrumentación en los servicios de salud.

Finalmente, Turner realiza una serie de consideraciones específicas sobre la enfermería, señalando que las limitaciones a su profesionalización estarían vinculadas con su carácter predominantemente femenino. Tomando los resultados de varios estudios realizados en la primera mitad del siglo XX, Turner señala que «la enfermería se desarrollaba alrededor de varias crisis profundamente sagradas que se presentaban en la vida (muerte, enfermedad y nacimiento) que han sido tradicionalmente relacionadas con el trabajo de las mujeres» (1999: 209). La noción de que enfermería y maternidad están profundamente enlazadas es un asunto analizado de larga data en Occidente. El término inglés *nurse* que significa nodriza, fue adaptado del francés y derivado del latín *nutrix* que significa cuidar, amamantar, alimentar. Según señala Turner, en la sociología de la enfermería frecuentemente se encuentran argumentos que resaltan la importancia de las emociones y las relaciones de afecto en la base del trabajo de enfermería, que ubican a la enfermera como madre sustituta y al paciente como hijo/a.

La desimplicación de maternidad y enfermería es un intento relativamente reciente que proviene del seno mismo de la enfermería revisada desde un enfoque de género. Las tensiones que se pueden observar en su quehacer profesional remiten, en definitiva, a los complejos procesos de autonomía profesional que exige un desmarcamiento de su origen técnico-dependiente de la medicina, así como a desarticular los estereotipos de género que han organizado sus prácticas profesionales.

Tomando como vertiente principal de su pensamiento los desarrollos de Freidson (1970a, 1970b), en el contexto latinoamericano, Schraiber (1995, 2008) estudió la conformación y desarrollo de la profesión médica en Brasil. Sus aportes son ineludibles para el tratamiento del problema que nos ocupa. A partir de sus estudios empíricos generó un marco interpretativo potente para comprender no solo las prácticas profesionales médicas, sino, en general, las prácticas profesionales en el campo de la salud. Desde su punto de vista, la práctica profesional debe concebirse como la producción del trabajo social y

no solo como la aplicación del saber profesional. Es decir, se trata del ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de la producción social (Schraiber, 2008, 2010).

La expresión *producción directa de los cuidados* expresa, por ahora, la intervención de carácter técnico, de naturaleza técnico-científica y biomédica, que caracteriza y se origina en la profesión de los médicos, pero se extiende a todas las profesiones de la salud, lo que también ocurrirá con cierto uso de la autonomía en la relación profesional-usuario (o paciente) dada la colonización del saber médico sobre los demás actores presentes en el campo de la salud (Schraiber, 2010:16).

Para el análisis de las prácticas profesionales, Schraiber ubica tres planos íntimamente relacionados: el de las políticas, el de la planificación y gestión de los servicios, y el propio de las prácticas profesionales. Si las intenciones de una política de asegurar un derecho no se traducen en flujos asistenciales y en acciones profesionales, y si estas pretensiones de la política quedan fuera del consultorio, «la acción profesional no podrá concretar ningún consenso o mandato ético-político o ninguna norma práctica de realización de derechos» (2010: 16). Según esta autora, el profesional puede desligar su práctica del mandato de la política porque pone en juego su autonomía técnica, ejercida en el núcleo duro de su práctica profesional: *el juicio clínico y la toma de la decisión asistencial*. Al respecto, afirma que cualquier profesional de la salud se reproduce culturalmente como sujeto de su profesión, pero también pone en juego su capacidad creativa, innovadora. Ambas, reproducción e innovación, están dados en el interior de cualquier acción práctica y esto se hace más complejo en la posición de autonomía técnica que tiene el o la profesional, en particular los/as médicos, quienes dentro del concierto de profesionales de la salud detentan esa autonomía con mayor grado de libertad. El alto grado de autonomía de la profesión médica es lo que le permite afirmar o negar en su quehacer profesional los lineamientos políticos mediante su inclusión o exclusión de los procedimientos técnicos. Schraiber (2008) aporta las categorías de *acción técnica y extra-técnica*, cubiertas ambas con la cualidad de práctica profesional. En tal sentido, afirma que los/as profesionales suelen transitar con *facilidad práctica y seguridad discursiva* entre uno y otro registro en la práctica profesional. Según esta autora, de esta manera le otorgan carácter o significado profesional, autoridad técnica a un conjunto de valoraciones y apreciaciones del orden de lo ideológico, lo religioso, lo político, lo social y lo económico. Tales apreciaciones funcionan en la práctica como *juicios morales* que junto con los *juicios clínicos* están en la base de las decisiones asistenciales. El estudio de la acción de los médicos en su conformación como práctica social de la modernidad, la cual conjugaba técnica y arte, la llevó a proponer una aproximación a la acción profesional como una *técnica moral dependiente* (2008, 2010).

[...] exactamente en el surgimiento de profesión liberal y ejercicio de una práctica poco armada en lo tecnológico y que, por analogía, se la puede llamar una técnica más artesanal. La dependencia moral se revela aquí como la necesidad de un comportamiento personal dado, que se convierte en virtuoso desde el punto de vista moral y en parte de la ética profesional, frente a un tipo de técnica entonces disponible: un cuidado en el uso (o uso muy juicioso) de los recursos tecnológicos (todavía poco certeros o seguros), amplia disponibilidad de tiempo para vigilar los resultados y acompañar el caso (la total inseguridad de los resultados de la intervención), un atento cuidado a los síntomas y quejas (menos disponibilidad de medicamentos y de la seguridad de su eficacia), etcétera. De esa raíz histórica extraigo la comprensión de la posibilidad de la acción moral al interior de la práctica profesional y que persiste en la actualidad, a pesar de una configuración más tecnológica como arreglo técnico de tal práctica hoy día. Hasta me atrevería a decir que el paroxismo tecnológico actual se trata de una técnica moral dependiente de otra, la prevaleciente hoy día, dependiente de la tecnología, que genera las tensiones y los conflictos que se encuentran en la base de la crisis de la medicina contemporánea [...] (Schraiber, 2010: 23).

Desde un enfoque teórico diferente, Castro (2014), tomando las categorías de *habitus* y campo de Bourdieu (2003, 2007), analiza el modelo médico autoritario en México a partir del estudio de la violación de derechos reproductivos de las mujeres en centros asistenciales. Define al campo médico como

[...] el conjunto de instituciones y actores de la salud, que, ubicados en posiciones diferentes, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria así como de la acción (política, comercial, científica y profesional) que deriva de ello (Castro, 2014: 173).

El campo médico es producido y producto de una serie de subjetividades entre las que se encuentra el *habitus* médico. Castro lo define como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas y de poder del campo médico. El *habitus* es prerreflexivo y este conjunto de predisposiciones se adquiere primeramente en los dispositivos de formación profesional. Según Castro, la «coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente [...]» (2014: 174).

En la propuesta de Bourdieu, la acción supone la complicidad entre el campo, en cuanto lo social hecho instituciones e historia, y el *habitus*, en cuanto lo social hecho cuerpo, como subjetividad socializada, que se incorpora en los esquemas mentales de apreciación, percepción y acción. Así las personas encarnan normas y valores que se adoptan acríticamente, como «naturales». Al funcionar apropiadamente dentro del campo, los actores que en él participan lo reproducen de manera no consciente, mediante la *illusio* —parte del *habitus*—, que le confiere reconocimiento al valor de lo que está en juego y al dominio práctico de

las reglas. El *habitus* se incorpora —se hace cuerpo— tempranamente en la formación profesional y se recrea y reproduce en las prácticas cotidianas del quehacer profesional. Los/as profesionales adquieren el lenguaje verbal y paraverbal que los identifica con un corpus profesional, que les da prestigio e identidad. Según Castro (2013), la construcción del espacio de la salud como un escenario de ejercicio de la ciudadanía requiere realizar transformaciones radicales en la estructura del campo médico, que posibilite nuevas condiciones para dar surgimiento a otro *habitus*, «menos autoritario, menos propenso a reclamar para sí todo el poder y toda la atención del campo» (2013: 164).

Siguiendo el pensamiento de Bourdieu, podemos decir que la dominación masculina estructura el campo médico. Según este autor, la dominación se ancla en nuestros inconscientes, en las estructuras simbólicas y en las instituciones de la sociedad.

Al estar incluidos hombres y mujeres en el objeto que nos esforzamos en aprehender, hemos incorporado, bajo la forma de esquemas inconscientes de percepción y apreciación, las estructuras históricas del orden masculino; nos arriesgamos entonces a recurrir, para pensar la dominación masculina, a formas de pensamiento que son ellas mismas producto de la dominación (Bourdieu, 2000: 11).

La violencia simbólica, desde la perspectiva de este autor, es lo esencial de la dominación masculina. Con base en el concepto de hegemonía de Gramsci, Bourdieu postula que la dominación se mantiene mediante operaciones de coerción y consentimiento, mecanismos que se inscriben en las subjetividades de hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, es posible analizar cómo se crean, perpetúan y reproducen prácticas violentas en las instituciones de salud como parte estructural de un campo médico autoritario que son, las más de las veces, «naturalmente» consideradas por los actores del campo como problemas de calidad de atención. En este sentido, importa comprender cómo se organiza, estructura y opera el campo médico y los *habitus* profesionales y de género, y cómo este enfrenta, acepta, tolera, resiste o recrea el discurso de los derechos de las mujeres y la apropiación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos por mujeres que, no sin costos subjetivos y sociales, con sus prácticas y decisiones, cuestionan la lógica de la dominación.

Derechos sexuales y derechos reproductivos en el centro de la escena

Las raíces de los conflictos y/o desencuentros que se pueden observar entre las prácticas de los/as profesionales de la salud y los derechos sexuales y los reproductivos de las mujeres es un asunto poco explorado aún —a pesar de los avances que se pueden registrar en el conocimiento disponible— y es una de las razones que motivaron la realización de este estudio. Podemos ubicar algunas claves en las formulaciones teóricas que hemos presentado en los apartados anteriores, pero es necesario generar evidencias empíricas que permitan discutir las categorías. Pero, junto a ellas, es también imprescindible incluir un enfoque de derechos que permita analizar algunas de las tensiones que genera la incorporación de un discurso de derechos sexuales y derechos reproductivos, en particular en el campo institucional de atención de la salud, en el entendido de que la postulación de estos derechos significó un punto de inflexión al interpelar los ordenamientos sociales de género.

El creciente reconocimiento y legitimación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos en el escenario internacional —y en algunos contextos nacionales— configuró, no sin controversias, un nuevo marco ético y normativo para las políticas públicas y, en particular, en la regulación de la atención sanitaria. Se trata de un proceso de disputa moral, política y económica porque, en definitiva, allí se asienta el reconocimiento a la libertad y la autonomía de las personas (y en particular de las mujeres) a decidir sobre y agenciarse de su cuerpo, de la sexualidad y de la reproducción. Se lo puede definir como un movimiento reconstitutivo, que busca colocar a las personas en el centro del mapa conceptual, ético y político, como sujetos con capacidad plena para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos surgen como resultado de un largo proceso de luchas políticas por el reconocimiento de las sexualidades y la reproducción como asuntos de derechos humanos, en particular, aunque no solo, desde el movimiento feminista. Comienzan a adquirir estatuto y reconocimiento internacional —si bien parcial— en tanto tales a partir de las conferencias del sistema de las Naciones Unidas. Si bien sus orígenes pueden rastrearse en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), pasando por las conferencias de Población de 1974 (Bucarest) y 1984 (México), adquieren verdadera legitimidad en la década de 1990, en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995). La Conferencia sobre Población y Desarrollo (1994) marcó un hito importante en términos de cambio de paradigma con respecto a los temas de población. Se reconoció el concepto

de salud reproductiva y derechos reproductivos de las personas como derechos humanos y se descentraron los asuntos de población de la dimensión exclusivamente demográfica para introducirlos en el campo de la salud, la educación y los derechos. En acuerdo con esta perspectiva, se afirmó el derecho de las personas a decidir sobre su vida sexual y reproductiva (vida sexual y salud sexual que quedaron subsumidas, en esta etapa, en el concepto de salud reproductiva), y el acceso a recursos de atención de la salud, educación e información asequible y de calidad para la toma de decisiones.

La visibilidad y reconocimiento social de estos como derechos humanos se gestó, fundamentalmente, desde los años sesenta y como acción política de los movimientos sociales —feminista y de la diversidad sexual, en particular—. Entrañan un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al resignificar y desdibujar la dicotomía público-privado (Brown, 2009), planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión, y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas. En tal sentido, al decir de Correa (2003a), deben considerarse como parte del debate más amplio sobre la reconstrucción del contrato social moderno y, por tanto, son escenario de conflicto y negociación permanente. Como parte de los derechos humanos, son interdependientes, integrales e indivisibles de otros derechos (Sen, 1990; Copelon y Petchesky, 1995) y, desde un enfoque feminista, pueden considerarse como uno de los ejes centrales de construcción de ciudadanía y del debate sobre modelos de democracia.

Giulia Tamayo (2001) señala que, reconociendo la potencialidad que ofrece el marco de los derechos humanos, también debemos consignar sus nudos teóricos y prácticos que pueden incidir en retrasar, postergar o anular algunas de las propuestas emancipatorias en las dimensiones de la sexualidad y la reproducción.

Como construcción histórica, el discurso de los derechos humanos es depositario de marcos ideológicos que han impreso su huella. En su proceso de formación y en su desarrollo ulterior se han seguido modos de fundamentar los derechos y las libertades, de representar la experiencia humana, de razonar la desigualdad, de definir la seguridad, de atribuir responsabilidad a los Estados, de concebir las limitaciones a la soberanía de aquellos. Hay cuestiones epistemológicas y asuntos prácticos que cada nueva exigencia emancipatoria somete a prueba. Aunque las exigencias de derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción han logrado penetrar el bucle discursivo de los derechos humanos, no es solo a través de él que se construye la realidad. Obviamente, nuestras acciones e intervenciones en torno a dicho orden del discurso tendrán resonancias que influirán sobre nuestra propia comprensión, apreciación e incluso denominación de la facticidad que los seres humanos construimos; por lo mismo, debemos prestar atención a los otros discursos públicos, los que Nancy Fraser aborda como *espacios discursivos paralelos* donde «los miembros de los grupos sociales subordinados inventan y hacen circular contradiscursos, lo que a su vez les permite formular interpretaciones opuestas a sus identidades, intereses, necesidades» (Tamayo, 2001: 14).

El término *derecho reproductivo* fue acuñado por el movimiento feminista hacia los años ochenta, nominación a través de la cual se propuso ubicar en el campo de los derechos humanos una serie de asuntos vinculados al cuerpo, la salud, la libertad y la autodeterminación reproductiva de las mujeres. Se buscaba que la experiencia personal fuera comprendida en su raíz sociohistórica, politizando la vida reproductiva (*lo personal es político*, declaraban las feministas). Se trataba de enunciar como derechos aquello que había sido sustraído del ámbito de las libertades e incluso de la condición humana (Tamayo, 2001). El término *derecho sexual* surge posteriormente y como estrategia política y construcción teórica de la distinción entre sexualidades y reproducción, dos dominios diferentes pero plausibles de ser conectados, deconstruyendo la visión hegemónica heteronormativa de la sexualidad en Occidente.

Estos derechos refieren al *poder* de cada persona para tomar decisiones informadas y con autonomía sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a disponer de los *recursos* (materiales, cognitivos, subjetivos y simbólicos) para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Para poder ejercer estos derechos con equidad debe estar garantizada la *libertad* de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos), así como las condiciones de *justicia* para que estas decisiones puedan realizarse y sean respetadas (dimensión social de los derechos) (Correa y Petchesky, 1995). En articulación con los principios éticos que sustentan los derechos sexuales y los derechos reproductivos (integridad, diversidad, igualdad, capacidad de ser persona), se encuentran las condiciones facilitadoras para que estos sean ejercidos. Estas condiciones refieren al acceso equitativo a los recursos: información, bienes, servicios, conocimiento, y al poder para la toma de las decisiones. La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. La capacidad de ser persona refiere a aquellos motivos y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. Autonomía y autodeterminación es lo que habilita a que las personas puedan ejercer sus derechos con libertad. Igualdad refiere al reconocimiento de que todas las personas son portadoras de derechos independientemente de su condición social, clase, género, edad, etnia, religión, nacionalidad. La diversidad alude al compromiso con el principio de que diferentes expresiones sexuales son beneficiosas para una sociedad justa y humana.

Autonomía y empoderamiento son dos dimensiones interconectadas. El concepto de autonomía —en sus diferentes dimensiones: social, política, afectivo-sexual y económica— se refiere a la idea de que la persona desarrolle capacidades para identificar, conocer y darle sentido a las propias necesidades y deseos para así buscar formas de satisfacción en el marco del respeto por las propias decisiones. Siguiendo a Batliwala (1997), el empoderamiento incluye dos aspectos centrales: control sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros y el propio ser) y control sobre la ideología (creencias, valores y actitudes).

Desde esta perspectiva, el empoderamiento está referido al proceso mediante el cual las personas, grupos o comunidades ganan control sobre recursos y sobre la ideología. También puede ser definido como el continuo fortalecimiento de las personas para ejercer y defender sus derechos, incluido el poder de decisión sobre los recursos materiales y el ejercicio de la participación social y política. Según Sen (1998), se podría plantear que el empoderamiento refiere al control extrínseco del sujeto y a la capacidad intrínseca. El empoderamiento en cuanto proceso individual y colectivo se construye en sinergia. No se trata de que unos (supuestamente empoderados) le brinden a otros (supuestamente desempoderados) el poder para transformar sus circunstancias. El cambio en las relaciones de poder implica lucha, conflicto, confrontación y cambio de todos los actores. De lo contrario, el asistencialismo se disfraza de empoderamiento. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos cuestionan la organización y distribución del poder en las sociedades, y su enunciación y reconocimiento trastoca y desafía un orden social que sostiene y reproduce —violencia simbólica mediante— múltiples desigualdades, heteronomías y patrimonios corporales (en particular, del cuerpo de las mujeres).

Habitualmente los derechos sexuales y los reproductivos son considerados como un binomio inseparable, pretendiendo asumir que si se garantiza el ejercicio de unos, se dará por descontado el ejercicio de los otros. Sin embargo, el deslizamiento de sentido que se produce al homologar sexualidad y reproducción genera que la mayoría de las veces se aborden los derechos reproductivos, pero se obvien y olviden los derechos sexuales. Este deslizamiento no solo invisibiliza la dimensión sexual de las prácticas, sino que da cuenta de la concepción hegemónica de una sexualidad heterosexual confinada a lo reproductivo; promoviendo la idea de la reproducción como el campo principal donde se juega la sexualidad (Abracinskas y López Gómez, 2001).

Las sexualidades y la vida reproductiva pueden estar enlazadas o desconectadas. Para Miller (2001), los Estados tienen la obligación de generar las condiciones necesarias para que las personas puedan ejercer sus elecciones significativas acerca de si conectar o no la sexualidad con la reproducción. Según Miller, la idea de los conjuntos desconectados debería permitir, en el marco de las demandas sobre derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales que no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos. Vance y Miller (2005) han advertido sobre lo «peligroso» que puede ser homologar sexualidad con salud sexual. La reducción de la sexualidad al campo de la salud (sexual) genera el riesgo de reproducir la medicalización del cuerpo y de la sexualidad al ubicarla en el terreno de criterios de normalidad/anormalidad o de sano/enfermo. La idea de una sexualidad saludable es un ejemplo de ello o el énfasis en los riesgos sexuales (el enfoque de riesgo) en detrimento de las libertades sexuales, vividas como peligrosas.

Las sexualidades pueden ser comprendidas como procesos complejos de construcción y producción sociohistórica, cultural, subjetiva y política, al mismo tiempo que producto altamente específico de las relaciones sociales, en cuanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados. Al decir de De Barbieri (1993), en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido. Implica, pues, un análisis minucioso de las diferentes dimensiones involucradas en su producción, así como su adecuada contextualización e historización. Los discursos, las prácticas y los significados asociados a las sexualidades y sus productos son variables según las sociedades y los tiempos históricos. Incluso dentro de una sociedad pueden presentar alta variabilidad según distintos sectores, grupos sociales y territorios. Weeks (1996, 1993) señaló que la historia de la sexualidad es una historia de prácticas sexuales (eróticas) cambiantes, significados subjetivos, definiciones sociales, sistemas de regulaciones y normativas cuyo único punto en común es la denominación. Todas las sociedades necesitan organizar los intercambios eróticos, todas necesitan establecer permisos y prohibiciones, límites y posibilidades de organización para la vida erótica. Pero el punto está en que la regulación de lo erótico en las sociedades tiene una distribución desigual. El sistema de permisos es diferente según se trate de mujeres o de hombres, y de estos o estas en función de sus preferencias sexuales, su ubicación social, sus edades. Según se trate de ricos o de pobres, o según el color de su piel. La organización erótica no está desvinculada de otros niveles de la organización social. En tal sentido, no solo es sustantivo el aporte de disciplinas como la historia, la sociología, la psicología, la economía, la antropología o la política en la comprensión de las sexualidades, sino que cobra importancia el aporte que los estudios sobre la sexualidad pueden hacer a la comprensión de lo histórico, lo social, lo psicológico, lo simbólico, lo económico y lo político en las sociedades y en la condición humana.

En el siglo XX, las sexualidades se instalan como un asunto de interés para la agenda de investigación de las ciencias sociales y humanas, y, si bien se registra actualmente una voluminosa y acelerada producción de conocimiento, se trata aún de un campo marginado y poco estructurado en el ámbito académico. Puede considerársela como una agenda en construcción teórica, atravesada por las tensiones que se producen en el campo social, interpelada a realizar un análisis permanente de los sesgos que se generan en la identificación y construcción de sus objetos y problemas de investigación, en los diseños metodológicos y en los marcos interpretativos. Desde una perspectiva crítica de las ciencias sociales y humanas, el concepto de sexualidad no es unívoco. Su delimitación depende de los marcos teóricos, metodológicos, éticos y disciplinarios desde los cuales se la considera. Según Szasz (2004):

Los estudios sobre las sexualidades pueden comprender los deseos eróticos, las fantasías y un conjunto de prácticas, sensaciones y hábitos que involucran al cuerpo. Pueden referirse también a las relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados contruidos socialmente en torno

a los deseos y prácticas eróticas. Pueden comprender, además, las relaciones entre esas ideas y los deseos y prácticas. En las sociedades modernas, pueden también referir a las clasificaciones que se asignan a las personas según sus preferencias, así como las autodefiniciones que algunas personas y comunidades hacen de sí mismos a partir de sus opciones sexuales. En síntesis, para este discurso, la sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente. Un comportamiento, un deseo o una fantasía se vuelve sexual a partir de significados socialmente construidos. Lo que es sexual en una cultura o en un momento histórico no lo es en otros (Szasz, 2004: 69).

Tan peligroso como homologar sexualidad con salud sexual es reducir los derechos sexuales y los derechos reproductivos al campo de la atención en salud. Por varias razones: en primer lugar, porque la visión de la salud que predomina en nuestras sociedades continua siendo de corte biomédico y, como consecuencia, acotada a la atención institucional de los padecimientos y las enfermedades. En segundo lugar, porque el ejercicio de estos derechos encuentra espacios de expresión en distintos ámbitos de la vida íntima, social y comunitaria, y, por tanto, el conjunto de las políticas públicas debería incorporar estrategias para su garantía. Esto no quita relevancia al estudio sobre cómo estos derechos son incorporados, protegidos, respetados y promovidos desde el ámbito institucional de atención de la salud o por qué y cómo se generan las condiciones para su violación o su protección. Porque la atención institucional de la salud constituye un escenario privilegiado, aunque no el único, de observancia de estos fenómenos así como de acción social que incida en la transformación de la cultura institucional y de los *habitus* profesionales.

El proceso de conocimiento, reconocimiento, apropiación subjetiva (cognitiva y afectiva), ejercicio y exigibilidad ciudadana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es un camino complejo que exige, continuamente, robustecer y amplificar una agenda de investigación enlazada con la acción política transformadora.

En este escenario, el derecho de las mujeres al aborto es uno de los ejes prioritarios de reivindicación feminista en el campo de los derechos reproductivos, porque allí se pone en juego el conflicto social con la libertad y la autonomía de las mujeres y, como dice Lamas (2001), la necesidad de deconstruir la simbolización de la reproducción como hecho natural o divino, tan ligada al pensamiento religioso y tan lejana de aspiraciones libertarias y democráticas.

Servicios de salud y mujeres que abortan: intervenir «en el borde»

Uno de los objetivos que se buscó fue analizar cómo se expresan las tensiones observadas a nivel de las políticas públicas en la relación que establecen los/as profesionales de la salud con la mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en los servicios de salud. Los resultados obtenidos permiten evidenciar los efectos primarios que la política pública de prevención de aborto inseguro tuvo en la configuración de las prácticas profesionales y los niveles de afectación que produjo en las posturas que los/as profesionales sostenían respecto a la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto. Esta relación está mediada por los/as profesionales de la salud, quienes desde la intervención técnica delimitan el alcance de la acción pública, dando cuenta de sus controversias, limitaciones y potencialidades.

Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en la incorporación de la política

Los testimonios de los/as profesionales sobre la relación entre los servicios de salud y las mujeres que abortan permitieron identificar aspectos del proceso de transformación institucional que buscó impulsar la política. Al mismo tiempo, sus percepciones daban cuenta de las contradicciones que generaba, en ese momento, dar visibilidad a esta realidad en los servicios. Como hemos señalado, la Ordenanza n.º 369, adoptada por el MSP en el año 2004 e incorporada en la Ley n.º 18.426, del año 2008, registraba una baja implementación en los servicios de salud públicos y privados en el momento que tuvo lugar el trabajo de campo de esta investigación. El estudio realizado por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva sobre las prestaciones en salud sexual y reproductiva de los servicios mostraba que la normativa sanitaria de atención pre y posaborto era conocida (30 %) o muy conocida (58 %) por los/as profesionales y que esta comenzaba a ser —tímidamente— incorporada en los servicios (MYSU, 2008, 2009, 2010).

Estas constataciones llevaron a plantear un conjunto de interrogantes, entre ellos: ¿cuáles eran los factores que influían en el rezago observado en la implementación, desde la óptica de los/as profesionales? ¿La definición de esta política pública —acompañada de un intenso debate social sobre la despenalización del aborto— había permeado las prácticas profesionales y los esquemas de percepción y apreciación de estos sobre las mujeres que abortan y el papel de los servicios de salud? ¿Cómo los/as profesionales visualizaban su lugar en este escenario novedoso? ¿Implementaban las orientaciones que establecía la

normativa? ¿Qué percepción tenían sobre sus colegas? ¿El servicio estaba organizado para ello?

La normativa n.º 369/2004, sostenida en un modelo de reducción de riesgo y daños, propuso refundar la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto como una estrategia para minimizar el impacto social y sanitario del aborto inseguro y clandestino, al mismo tiempo que se basó en el reconocimiento del derecho de las mujeres a la información y la atención en salud. No transformó la legalidad del aborto —considerado delito en toda circunstancia—, sino que buscó abrir una ventana de oportunidad para conectar dos mundos separados hacía décadas: los servicios de salud y las mujeres que abortaban voluntariamente. Esta medida programática impactó en los/as profesionales de la salud, en particular en los/as médicos, aunque no solo, puesto que interpelaba sus visiones, valores y prácticas a la vez que exigía explicitar un (re)posicionamiento técnico-profesional, ideológico e incluso político ante el tema.³⁴

Los/as profesionales entrevistados dieron cuenta del complejo proceso de cambio institucional en la atención de mujeres en situación de aborto voluntario. De ser un asunto silenciado dentro y fuera de los consultorios —al cual las mujeres no hacían referencia, ni era abordado por los/as profesionales, ni tampoco en los espacios de formación académica—, el aborto voluntario —en algunos años y a impulso del debate social— parecía haberse transformado en un *asunto* para los servicios de salud. Si bien las mujeres mantenían reservas para hablar sobre estas situaciones frente a los/as profesionales (incluso cuando sus vidas podían correr peligro), se comenzó a observar que progresivamente dejaba de ser un secreto tanto para los/as profesionales como para las mujeres. El debate social produjo efectos importantes en el proceso subjetivo de reconocimiento de los derechos de las mujeres y, a pesar de que el aborto voluntario se consideraba un acto ilegal, comenzaba a ser vivido y percibido como una decisión legítima. Es interesante observar cómo esta tensión entre lo (i)legal y lo (i)legítimo fue procesada —subjetivamente— por los/as profesionales. El modelo de intervención en el pre y posaborto que postula la normativa se sostiene en el reconocimiento explícito de este doble registro. En particular, al ofrecer una alternativa de intervención técnico-profesional en un escenario jurídico que consideraba el aborto como acto ilegal. Pero, al mismo tiempo, al establecer que las mujeres tienen derecho de acceder a información calificada y a la atención sanitaria para la toma de la decisión de continuar o no con un embarazo, reconoce la legitimidad de la decisión de la mujer y de la intervención técnico-profesional.

34 En otro estudio, realizado entre los años 2004-2006, investigamos las experiencias de las mujeres frente al aborto voluntario en la ilegalidad y pudimos observar el inicio de un cambio en la demanda de atención de las mujeres hacia los servicios de salud cuando se encontraban frente a un embarazo que no deseaban continuar. Demanda de atención que, en la mayoría de los casos, no era correspondida o, si lo era, la calidad que recibían dejaba a la luz las resistencias del personal médico (Carril y López Gómez, 2008).

Como señalan Berger y Luckmann (1968), la función de la legitimación produce nuevos significados y permite que se incorporen como subjetivamente plausibles:

La mejor manera de describir la legitimación como proceso es decir que constituye una objetivación de significado de *segundo orden*. La legitimación produce nuevos significados que sirven para integrar los ya atribuidos a procesos institucionales dispares. La función de la legitimación consiste en lograr que las objetivaciones de *primer orden* ya institucionalizadas lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente plausibles. A la vez que definimos la legitimación por esta función, sin reparar en los motivos específicos que inspiran cualquier proceso legitimador en particular, es preciso agregar que la *integración*, en una forma u otra, es también el propósito típico que motiva a los legitimadores [...]. Aquí, la cuestión de la plausibilidad se refiere al reconocimiento subjetivo de un sentido general *detrás* de los motivos situacionalmente predominantes, solo parcialmente institucionalizados, tanto propios como ajenos [...] (Berger y Luckmann, 1968: 118-119).

Marta Lamas (2014) señala que la legalidad del aborto en el Distrito Federal (actual Ciudad de México) si bien ha permitido una conceptualización diferente sobre el aborto y ha limitado las resistencias del personal de salud, *per se* no conlleva la aceptación de la práctica, la cual estaría determinada por cómo se resuelve la confrontación entre el *habitus* (de género) y la legalidad. En nuestro caso, la tensión entre legitimidad de la decisión y (i)legalidad de la práctica, presenta características de mayor complejidad, la intervención «en el borde» no contribuía a desterrar las resistencias que podían observarse en los/as profesionales.

En un nuevo contexto donde lo ilegal y lo legítimo disputan el escenario simbólico, los/as profesionales perciben que se han producido transformaciones en los modos de relación entre servicios, profesionales y mujeres, aunque también reconocen permanencias. Lo que había comenzado a mutar fue la consideración social sobre el aborto voluntario y sobre las mujeres que abortan, y ello generaba efectos en el discurso de los/as profesionales. En particular, respecto al derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva. Luego analizaremos los alcances y limitaciones de este reconocimiento.

Es interesante observar las diferencias en los relatos de los/as profesionales dependiendo de su edad, sexo y el momento de la formación. Aquellos de mayor edad y con más años de ejercicio profesional fueron testigos y/o protagonistas de los cambios que se procesaron a nivel social e institucional y que se tradujeron en nuevas configuraciones en la relación entre mujeres y prestadores. Este cambio los implicó personalmente, «todos fuimos cambiando», un proceso que no solo ha involucrado a las mujeres, sino también a los/as profesionales y a la interacción entre ambos.

Creo que *se desmitificó un poco el tema del aborto* y, bueno, se puso sobre la mesa. Aquello de que... casi todas las sociedades ocultan cosas, creo que el aborto era algo que estaba oculto, subyacente. Ya sea por temas religiosos, temas filosóficos o porque a algunos no les convenía —no vamos a dejar de lado el tema económico. (Médico ginecólogo, 64 años.)

Todos fuimos cambiando y, por ejemplo, si llega una mujer de 60 años y le pregunto si ha tenido abortos, demora en contestarme. Cuando son espontáneos, contesta enseguida... Sin embargo, si le pregunto a una mujer de 30 años me lo dice rápidamente y si le pregunto si fueron provocados, me lo dice rápidamente [...]. La realidad social es totalmente distinta y todos vamos cambiando. Por lo tanto, creo que hoy una mujer que tiene veintitantos años, que tiene un embarazo no deseado, se acerca al equipo de salud a plantearlo, más allá de que termine o no en un aborto, pero sí se acercan a plantearlo. Mucho más de lo que era antes; *antes si no era deseado, pasaban lejos del equipo de salud* porque solo querían llegar a quienes les practicaran el aborto; *hoy se asesoran*. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Sin embargo, para los/as médicos más jóvenes y en proceso de formación, el nuevo escenario era vivido como un dato *natural*, no había necesariamente un registro del proceso de cambio. Los/as médicos residentes que participaron del estudio a través del grupo focal eran «hijos de la normativa sanitaria». Ingresaron a la residencia en ginecología después del debate público por la despenalización del aborto, que tuvo lugar en período 2002-2004,³⁵ contexto en el cual se denunció, por parte de un sector médico universitario, el alto índice de mortalidad materna por aborto inseguro en el país, lo cual desencadenó el ingreso de los médicos ginecólogos como protagonistas del debate público. Cuando se incorporaron a los servicios de salud, en calidad de residentes de ginecología, el discurso médico sobre la prevención del aborto de riesgo formaba parte de la formación profesional y si bien existían diferencias en las apreciaciones, ya no era un asunto ajeno a la práctica clínica. Siguiendo los aportes de Becker, Geer, Hughes y Strauss (1961), podríamos decir que los/as residentes entrevistados/as se posicionaban desde un lugar de «idealismo pragmático». Es decir, un punto de estrecha relación entre las prácticas y el contexto social, la estructura y la cultural institucional de la cual forman parte. Este idealismo pragmático, dirán los autores, es constitutivo del proceso de hacerse médicos, es decir, el desarrollo de habilidades y prácticas que les permita superar los años de estudios y sostener el pasaje de estudiante a profesional. En este caso, es interesante consignar el cambio en la formación médica, del silencio que supo rodear el tema del aborto —y del cual daban cuenta los médicos más añosos— a su incorporación en los dispositivos de formación actuales, siendo considerado «un tema normal», como señalaron los/as residentes médicos.

35 Proyecto de ley de defensa a la salud reproductiva que incluía la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación. El proyecto fue aprobado en Cámara de Diputados en diciembre de 2002 y votado negativamente en Cámara de Senadores en mayo de 2004. La sociedad uruguaya se involucró muy activamente en este debate y a partir de este momento el problema del aborto no dejaría la agenda política. Para un tratamiento detenido de distintos componentes de este proceso, véase Abracinskas y López Gómez (2007).

Es una cosa de todos los días, entonces no llama la atención ni nada. Salvo que aparezca muy avanzado el embarazo y que se lo haya provocado y ahí sí te llama la atención. Ahí sí te puede dar a pensar algo, pero si no, no; es normal, de todos los días, que haya varios y a nadie le llama la atención. (Médico residente de Ginecología 1, 30 años, grupo focal.)

Evidentemente es moneda de todos los días que la paciente ingrese con un aborto provocado, aborto incompleto habitualmente, por misoprostol. Es algo de todos los días. Ya no nos resulta tan raro. En mi opinión personal, habitualmente da la impresión de que la paciente se realiza el aborto y ya está. Como que hay que complementar con el tratamiento que requiere y más nada. (Médica residente de Ginecología, 34 años, grupo focal.)

Para nosotros, que lo vivimos desde estudiantes, recién como que se empezó a hablar sobre el tema a partir de la propuesta de la ley de salud sexual y reproductiva. Pero antes de eso no. Yo no lo viví hasta que fui residente... creo que como residente viví la última muerte que hubo. No de vivirla yo, sino de estar en el hospital en ese contexto. Pero como estudiante no me acuerdo de haber hablado del tema ni siquiera en el materno-infantil. (Médica residente de Ginecología, 31 años, grupo focal.)

Las percepciones de los/as profesionales dan cuenta de las complejidades de los cambios culturales e institucionales. Si bien se observó un consenso entre los/as profesionales respecto a reconocer las transformaciones en la relación mujer usuaria-servicio de salud, se identificaron nudos críticos sobre la relación entre el plano de la definición y el de la implementación de la política.

Hay cambios... Todos los profesionales que trabajan en el área están formados e informados con los derechos a la salud sexual y reproductiva y con los diversos programas que funcionan en el país: *hay otra sensibilidad, otra conciencia crítica*. Lo que no significa que funcione, porque los servicios tienen sus estructuras que son muy difíciles de cambiar. (Enfermera, 32 años.)

Pero, en mi generación y en alguna posterior a la mía, era un tema que no se tocaba, era un tema tabú. Era un tema espantoso y horrible en donde iban presos, la mujer iba presa. Entonces yo creo que muchos de nosotros no estamos preparados para hacer ese enfoque, de asesorar a una mujer que se propone abortar. (Médico ginecólogo, 62 años.)

Retomando el planteo de Schraiber (2008, 2010) sobre la importancia de analizar la relación virtuosa entre definición de la política, su traducción en la organización de los servicios y su incorporación a nivel de las prácticas profesionales, se observó que:

- a. La política pública de disminuir el aborto inseguro mediante una estrategia de atención sanitaria pre y posaborto, sostenido en el reconocimiento del derecho a la salud, a la información y a la decisión de las

mujeres sobre su vida reproductiva, abrió oportunidades para redefinir el vínculo entre mujeres y servicios de salud. Desde la definición política se buscó establecer canales institucionales para atender el legítimo derecho de las mujeres, en términos de intervenir antes y después del aborto, como fino límite que separa lo legal de lo ilegal. Actuar *en el borde, actuar en el límite*.

No podés hacer más que dar información. No podés recetar. Tal vez eso vaya a cambiar, pero a pesar de que algo cambió desde que está el misoprostol, la situación, igual, es una angustia, conseguir el misoprostol y sentir que uno está con una medicación que no está legalizada, ir a las farmacias, *yo que sé... sentirse medio delincuente*. (Médica ginecóloga, 41 años.)

Creo que el ministerio dijo: «Esto está muy bien, es una normativa, pero no hagan mucho ruido». Y me parece que una normativa de este tipo, para que realmente tenga impacto, requiere de la institución, porque parte del éxito es que las personas se empoderen de sus derechos, porque si no das la información necesaria... (Médica ginecóloga, 45 años.)

Para mi entender es hipócrita porque te decimos todo lo que tenés que hacer, pero no te damos nada. Arréglate como puedas de la puerta para afuera. Entonces, creo que ahí estamos en un gran bache. Yo no puedo decirle a alguien «tenés que hacer esto, esto y esto», y «¿cómo lo hago?», «ah, yo no sé nada» y me lavo las manos. O no digo nada sobre cómo hay que hacerlo o hago todo, pero no puedo quedarme en la mitad y largar a alguien por ahí, que es lo que se está haciendo ahora, largándolas por ahí. [...] No hay mucho margen. La ley es muy clara, más allá de que se esté de acuerdo o no, el aborto es ilegal. Sigue siendo delito... y el equipo de salud no tiene mucho marco para moverse. (Médico ginecólogo, 58 años.)

[...] por lo tanto, la reglamentación, si usted quiere abortar, la tengo que derivar al Pereira Rossell. ¿Y sabés qué me dijo la mujer? «Doctor, yo soy abogada, está muy bien lo que usted hizo porque el aborto sigue siendo ilegal en este país». Y ahí la mujer me dejó convencido de que está bien lo que estoy haciendo. [...] *Porque si vos te involucrás, ¿dónde terminás vos también? Porque la ley actual es esa.* (Médico ginecólogo, 52 años.)

- b. En el plano de la organización de los servicios de salud, la instrumentación de la normativa sanitaria era limitada y de baja intensidad. Pocos servicios, en ese entonces, habían implementado y difundido la normativa tanto entre sus profesionales como entre las usuarias. Con excepción del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) (donde se asienta la residencia en ginecología de la Facultad de Medicina pública y donde funciona la Policlínica de Asesoramiento de la organización Iniciativas Sanitarias,

en acuerdo con el hospital), no se había concretado en ningún otro servicio de salud. Al no haber estado reglamentada la Ley n.º 18.426 —que comenzó a instrumentarse recién a partir de enero de 2010—,³⁶ tampoco se habían creado los equipos interdisciplinarios de referencia en salud sexual y reproductiva. En suma, prácticamente no había dispositivos instrumentados para sostener el modelo de intervención que implicaba la normativa sanitaria. La percepción de los/as profesionales era que las autoridades y los mandos medios (directores de servicios de salud, coordinadores de áreas programáticas) demostraban bajo compromiso con la aplicación de la norma. Si bien el instrumento estaba disponible, su puesta en marcha quedaba en dependencia del compromiso y la voluntad de cada profesional actuante.

Si las instituciones tuvieran criterios más claros... Yo creo que eso haría permear mejor. Si fueran más claros los lineamientos, porque eso iría acompañado de capacitación y sensibilización del personal, no es simplemente «bajar el lineazo»... Porque muchas veces se ha hecho eso. Yo creo que eso es una de las cosas que faltan: un lineamiento y una directiva clara, desde lo que es la cabeza de la institución, creo que facilitaría mucho las cosas, sobre todo porque eso tendría que ser informado al público, quien luego va a usufructuar los servicios, entonces venís conociendo ya tus derechos. (Enfermera, 30 años.)

Me parece que no está bien instrumentada. De cualquier lado se la mandan al Pereira (CHPR), a Iniciativas. Yo no estoy de acuerdo. Cualquiera puede dar la información. Y no es necesario mandarlas al Pereira. La normativa no es normativa, termina siendo solo en el Pereira. Y las mujeres saben que funciona en el Pereira y no van a sus servicios. [...] Es algo que pesa tanto que no se difunde. (Médica ginecóloga, 41 años.)

No ha habido suficiente información de la normativa, que ahora es ley, en los ginecólogos. Los ginecólogos no tienen el concepto, en mi opinión, de que existe una manera de actuar que permite actuar dentro de la ley y que permite apoyar, y bueno, informar a las pacientes que van a interrumpir un embarazo. (Médico ginecólogo, 58 años.)

- c. La aplicación de la normativa, al estar en dependencia casi exclusiva de la voluntad del/de la profesional, abría espacio a un amplio repertorio de modalidades de intervención, construidas a partir de distintas interpretaciones sobre el sentido, contenido y alcance de la normativa. Esto incluía su no aplicación por entender que no les correspondía hacerlo. En la medida que no se disponía de criterios para su implementación,

36 Como hemos señalado anteriormente, el proceso de implementación fue complejo y dilatado en el tiempo, y al día de hoy la información oficial disponible sobre la instrumentación de la ley en los servicios del SNS es prácticamente nula.

ni tampoco se realizaba un monitoreo y evaluación de las prestaciones, algunos/as profesionales —en particular médicos— consideraban que esta no era vinculante respecto a sus prácticas clínicas. Las posturas de los/as profesionales ante la normativa sanitaria iban desde considerar que no estaban obligados a instrumentarla hasta quienes manifestaban hacerlo en todos sus términos. Entre uno y otro extremo, se pudo registrar una variedad de prácticas técnico-profesionales y de argumentos en los que se basaban los/as profesionales. La dimensión subjetiva del profesional, su sistema de valores y sus concepciones sobre aborto, maternidad, derechos y rol profesional cobraban enorme importancia como analizador del proceso de implementación de la política pública. La relevancia de este nivel estriba en el enlace potente que tiene la dimensión subjetiva con los esquemas de percepción y apreciación en cuanto producción social del *habitus* profesional. Estas apreciaciones reflejan los consensos, tensiones y controversias al interior de un colectivo (profesional) en el que —si bien sus agentes ocupan distintas posiciones en el campo institucional— comparten lógicas, códigos, sistemas de reconocimiento, de legitimación y de sanción.

Hay profesionales que lo que hacen es condenar y asesorar en cuanto a las opciones. Hay otros profesionales que no, sino que cargan de subjetivismo su recomendación o el análisis de la situación. *Sigue dependiendo mucho de la formación y de los valores, lo cual no debería ser así.* (Médico ginecólogo, 44 años.)

En los testimonios se pudo observar que si bien los/as profesionales tenían un discurso *políticamente correcto* sobre la legitimidad de la decisión de la mujer, existían cuestionamientos y controversias respecto a lo legítimo de intervenir profesionalmente dado que el aborto era un delito. No todos/as compartían la legitimidad de la intervención técnica en el antes y el después del aborto. Siguiendo esta línea interpretativa, la tensión que generaba la ilegalidad del aborto y la legitimidad de la intervención técnico-profesional en el marco de la normativa sanitaria es uno de los puntos que permiten comprender la baja implementación de esta política.

Pero la mayoría, o por lo menos la sensación que a mí me deja *es que la mayoría trata de sacarse el problema de arriba*. Capaz que con una, con otra perspectiva desde hace unos pocos años, como queriendo ayudar, pero en realidad «andá a buscar ayuda a otro lado», «me parece bárbaro que sea tu decisión, está todo bien, pero... conmigo no cuentas...», «hay otros lugares que pueden ayudarte, que no soy yo, que no es acá». Esa es la sensación que tengo. (Partera, 42 años.)

No ha cambiado la ley [se refiere al aborto], pero sí ha cambiado el enfoque. [...] La aplicación de la norma es muy dependiente de los técnicos. ¿Hasta dónde puedo intervenir? (Médico ginecólogo, 45 años.)

Cabe preguntarse si el cuestionamiento a la legitimidad de la intervención profesional —aun comprendiendo que se actúa en «el borde» entre lo ilegal y lo legal— podría estar vinculada a una racionalidad que justifica las resistencias que los/as propios profesionales ejercen para asumir su rol técnico en estas situaciones. Por tanto, ello derivaría en no implementar la normativa en los términos que esta lo establece o hacerlo de manera parcial. Se pudo identificar que si bien, en general, conocían su contenido, su aplicación era de baja intensidad. Sin embargo, esta resistencia no se expresó en estrategias activas de oposición a la normativa. En ese entonces, no se registraron acciones públicas para no cumplir con lo que establecía la política de salud, sino que —sencillamente— no se la aplicaba o se la dejaba librada al espacio de la consulta clínica y a la decisión personal de cada técnico.³⁷ Esto habilitaba un abanico amplio de actuaciones técnico-profesionales, desde aquellos/as que asumían la tarea de asesorar a las mujeres en los términos que establece la normativa —e incluso más allá— hasta quienes derivaban a las mujeres hacia otros profesionales e incluso aquellos que resistían su aplicación.

El siguiente testimonio permite observar cómo se sentían algunos profesionales con la libertad para oponerse a la implementación de la política aun cuando esta no contemplaba la figura de la objeción de conciencia. El profesional se ubica —*de facto*— desde una posición objetora, cuando lo que está haciendo —formalmente— podría ser considerado un acto de omisión de asistencia y/o de desobediencia civil.

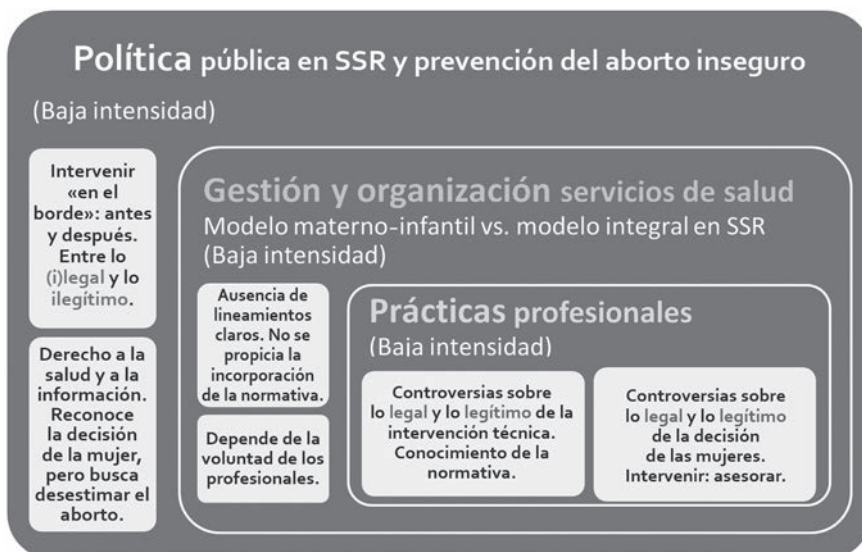
Yo no sé cómo actúan los profesionales. Yo sé lo que hago yo. No tengo ni idea de lo que hacen los otros, no les pregunto, no me importa. Yo les digo que en esta institución nos dedicamos a controlar embarazos, a hacer el seguimiento, no a asesorar sobre esos temas. En todos lados hago lo mismo. Cada quien tiene la potestad de asesorar o no, puede hacer lo que quiera. (Médico ginecólogo, 60 años.)

El siguiente gráfico busca sintetizar los principales aspectos involucrados en el proceso de implementación de la normativa de atención pre y posaborto, tomando la perspectiva aportada por los/as profesionales de la salud sobre los alcances, las limitaciones y los nudos críticos que se pudieron identificar. Nos basamos en el modelo teórico sobre la relación entre definición de la política, organización de los servicios y prácticas profesionales del cual hemos hecho

37 En el año 2013, ya en un contexto de aborto legal con la Ley n.º 18.987 de IVE, un grupo de cien ginecólogos, objetores de conciencia, presentaron un recurso ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) para ser amparados en su decisión de no participar durante todo el proceso de consulta y no solo en la realización del aborto, tal como lo establece el decreto reglamentario de la ley. El 15 de octubre de 2014, el TCA falló a favor de los recurrentes suspendiendo la aplicación de 11 artículos del decreto hasta tanto no se produzca el fallo definitivo. Véase: <<http://www.rcj.com.uy/web/138/Noticia/Sent.-del-TCA-sobre-Dec.-reglamentario-de-Ley-N%C2%BA-18.987-sobre-interrupci%C3%B3n-voluntaria-del-embarazo.html>>. Consultado el 16/10/2014.

referencia en capítulos anteriores (Schraiber, 1998, 2008, 2010), por entender que tiene potencia analítica para el caso que nos ocupa ya que permite distinguir los distintos planos implicados en la implementación de la política pública al mismo tiempo que establecer las mediaciones y conexiones entre estos.

Gráfico 1. Síntesis del análisis de los planos implicados en la implementación de la normativa sanitaria 369/2004 (Ley n.º 18.426).



Fuente: Elaboración propia con base en el análisis documental y de estudio empírico con profesionales.

El consultorio, una caja poco transparente

Uno de los escenarios privilegiados donde se estructura la relación entre las mujeres en situación de aborto y los servicios de salud es el espacio de la consulta clínica. Hemos señalado antes que el consultorio y, en particular, la consulta, puede definirse como una caja poco transparente, en el sentido de la opacidad de los procesos que allí se estructuran. La compleja relación médico-paciente es objeto de estudio de distintas disciplinas de las ciencias sociales desde hace ya varias décadas. Desde nuestra perspectiva teórica, los/as profesionales de la salud deben ser considerados como pieza clave tanto en la reproducción de la maquinaria institucional como en la construcción de capital simbólico y de nuevas prácticas que cuestionen el *habitus* que produce y organiza el campo sanitario. Para ello, se debe considerar las diferentes posiciones y grados de autonomía que cada una de estas profesiones ocupa tanto en el espacio institucional de atención de la salud como en el espacio social de producción de salud/enfermedad.

La relación que se establece desde otras profesiones, no médicas, con «los/as pacientes» en los servicios de salud ha sido —en general— poco explorada desde las ciencias sociales y, como hemos visto, el conocimiento generado respecto a estas profesiones y el aborto es aún muy limitado. El rol de los/as profesionales de psicología y enfermería en el acceso a la atención pre y posaborto es un proceso de construcción profesional e institucional. Si bien la Ley n.º 18.426 definió la creación de equipos de referencia interdisciplinarios (integrados por médico/a, psicólogo/a, obstetra, enfermera/o) para atender distintos requerimientos en salud sexual y reproductiva, en particular atención pre y posaborto, estos equipos aún no estaban instalados en los servicios de salud cuando realizamos las entrevistas con los/as profesionales. Esto generó limitaciones en la exploración de algunas dimensiones del estudio con enfermeras y psicólogos/as, si bien la mayoría de los/as profesionales estaba o había estado en contacto con mujeres en situación de aborto en los servicios de salud. Desde estas experiencias, los/as profesionales aportaron sus percepciones, apreciaciones y opiniones sobre la instrumentación de la política, los retos que implicaba para sus prácticas profesionales, sus visiones sobre las mujeres, los/as profesionales y el aborto. Los resultados obtenidos permiten identificar denominadores comunes y discontinuidades en sus discursos, en función de la pertenencia y adscripción profesional.

Los/as médicos ginecólogos, en quienes recaía, en ese entonces, la expectativa mayor de la aplicación de la normativa, manifestaron posturas tendientes a cumplir con ella. Las apreciaciones sobre los alcances y límites de su contenido e incluso el significado mismo de «conocer y aplicar la normativa» dieron cuenta de una variabilidad de formas en su aplicación y de argumentos para ello. La aplicación de la normativa en ese momento del proceso de implementación implicaba básicamente el asesoramiento y diagnóstico a cargo del personal médico. Pero, entonces, ¿cuáles eran los significados asociados al asesoramiento que tenían los/as médicos? ¿Qué, cómo, para qué asesorar? ¿Cuáles son los alcances y los límites de este asesoramiento? Asesorar³⁸, acompañar, apoyar, aconsejar, ¿de qué nos hablan las palabras? ¿Cuáles son los sentidos de la acción?

Desde el discurso que estructura la normativa n.º 369 y sus guías clínicas (MSP, 2004), se establecen para la intervención técnico-profesional los siguientes objetivos específicos:

1. Generar una instancia médica y psicosocial de diagnóstico, asesoramiento y apoyo a las usuarias del sistema de salud para que estas cuenten con toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables. La acción médica tenderá a disminuir la incidencia de abortos provocados, respetando la decisión informada de la usuaria.
2. En los casos que la usuaria tome la decisión de realizarse un aborto, se desarrollarán las medidas que posibiliten un seguimiento y que procuren disminuir las complicaciones.

38 Asesorar, del latín, el que se sienta al lado.

Generalidades

1. El aborto provocado no será promovido como método anticonceptivo. En la relación médico-paciente, se respetará la decisión informada de la usuaria, independientemente de que, como criterio epidemiológico poblacional, se desalentará la práctica del aborto voluntario. En este sentido, se debe informar sobre los riesgos médicos y también legales existentes, dada la condición actual de ilegalidad que la realización del aborto provocado tiene en nuestro país [...] (MSP, 2004: 7).

En consonancia con los objetivos y aspectos generales, las guías clínicas definen el contenido que se espera para la consulta inicial en el preaborto y para la consulta posaborto. Los objetivos de la consulta inicial son:

- Preservar y controlar el embarazo.
- Informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño.
- Analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de realizarse un aborto provocado (MSP, 2004: 8).

Entre las características de la consulta inicial se incluye:

- a. Informar sobre las características y connotaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, enfatizando los riesgos inherentes a esta práctica en la situación sanitaria y legal actual de nuestro país.
- b. Desestimular la práctica del aborto como método sucedáneo de los métodos anticonceptivos. Desde este momento y en el contexto de esta situación crítica, siempre se deberá realizar educación sobre los métodos anticonceptivos y sobre la manera de acceder a ellos. Ofrecer a la usuaria tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir un embarazo. Brindar información confiable de alternativas al aborto provocado, como puede ser la de dar su hijo en adopción (MSP, 2004: 9).

Como puede observarse en el texto de la normativa, las indicaciones que se establecen respecto a la intervención técnico-profesional para el asesoramiento preaborto se sostienen en brindar información sobre aborto de riesgo, analizar los motivos de la decisión de la mujer, desestimular la realización del aborto y respetar la decisión de la mujer fomentando que tome una decisión informada. El texto refleja las contradicciones sociales que se pueden observar en distintos ámbitos, en particular, la disputa respecto al reconocimiento del derecho de las mujeres a la decisión. Esta disputa social se traduce en el campo de la acción profesional en términos de los sentidos que cada profesional le atribuye a los alcances y limitaciones de la normativa, en particular de su acción técnica.

Veamos, entonces, cómo construyen los/as médicos el espacio del asesoramiento preaborto:

Como postura personal yo estoy a favor de la vida, por lo tanto cuando una mujer me dice que quiere interrumpir, trato de comprenderla en primer lugar y de profundizar un poquito más en el diálogo cuáles son las razones que la llevan a eso. Porque me ha pasado, a lo largo

de... —yo tengo una trayectoria profesional de varios años— me ha pasado que muchas veces las razones que la mujer tiene son razones completamente circunstanciales y que *cuando uno dialoga con la mujer, se libera esa dificultad*. Muchas veces son problemas, problemas... (Médico ginecólogo, 58 años.)

Al principio lo que yo hago es ver... con los pocos conocimientos que tengo en esto, tratar de ver y de *conversar* con la paciente sobre qué posibilidades tiene de conservar su embarazo. Lo primero que tenemos que hacer es eso, cómo hacer para que continúe con su embarazo. Hay muchas mujeres que quedan embarazadas y sienten que se les viene el mundo abajo y *uno empieza a escarbar* un poquito y muchas de ellas, inconscientemente, querían quedar embarazadas. Y más en esta época en la cual la información es accesible en clases media y media alta, donde la información es accesible y los métodos están en la vidriera del supermercado. *Hay que ver bien por qué, y tomarse un tiempito y conversar con la pareja o la paciente*. (Médico ginecólogo, 62 años.)

La intervención técnico-profesional, bajo distintas denominaciones —asesoramiento, orientación, consejería, acompañamiento o apoyo—, tiene para algunos médicos el cometido principal de revertir la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo, mediante la inducción a la «reflexión» sobre los motivos en los que esta se funda. En el encuentro médico-paciente en cuanto relación de poder-saber desigual, se despliegan estrategias normatizadoras y de tutelaje de las mujeres, ubicándose el profesional como agente catalizador que busca desactivar los riesgos de una «mala» decisión. No los riesgos asociados al aborto inseguro, sino aquellos derivados del aborto voluntario. El médico sabe del poder de sus palabras, sabe que desde su lugar tiene la posibilidad de incidir en los posicionamientos subjetivos de las mujeres. Mediante una conversación «horizontal» con las mujeres (y sus parejas) busca desentrañar las *motivaciones profundas* que desencadenaron la decisión de abortar. Así, mediante este proceso de psicologización de la relación, pone en juego una estrategia pedagógica para incidir en la decisión. De esta forma, el asesoramiento es significado como acción normatizadora, basada en «actos psicológicos y pedagógicos».

No me gusta, prefiero que siga el embarazo y que si no puede solucionar su temática social y familiar, lo dé en adopción. Entonces trato de inducirles a eso, de explicarles las bondades y los riesgos de un aborto, siempre algún riesgo hay aunque estos métodos, el misoprostol, es el menos riesgoso. Entonces prefiero que hagan eso, pero te diré que... te podré decir que de cien *he convencido* a dos. (Médico ginecólogo, 62 años.)

Otros/as profesionales se desmarcan de la misión normatizadora de la decisión de las mujeres y, en ese sentido, entienden que el asesoramiento debe brindar información y apoyo para reforzar las condiciones para la toma de la decisión, sea esta la que sea.

Creo que es una decisión trascendente y, por lo tanto, creo que hay que darle, a la persona que va a tomarla, *la mayor cantidad de elementos para que pueda tomarla en libertad*, pero que tenga los elementos para tomarla. (Médico ginecólogo, 42 años.)

Supongo que hacen de todo. Hay quienes se lavan las manos y otros tratamos de acompañarla... Yo estoy a favor de *que las mujeres elijan, dar la información*, por ejemplo, del misoprostol, dónde conseguirlo. Y tratar de que no se sientan culpables. (Médica ginecóloga, 40 años.)

Asesorar no es fácil, hay que *desligar la posición personal*, diferenciar lo que yo creo de lo que yo tengo que hacer. [...] Hay que *encontrar las palabras [...] las formas y las palabras que usás, no hay una receta*. (Médico ginecólogo, 44 años.)

Para estos profesionales el camino del asesoramiento presenta otras complejidades. Saben de las limitaciones legales, brindan información más allá de los límites (dónde conseguir medicación, por ejemplo) y tratan de reforzar el espacio de libertad de la mujer para tomar la decisión. Caminan por los bordes. Por las difusas fronteras entre la (i)legalidad y la legitimidad, entre lo personal y lo técnico, entre el saber médico y el saber de otras disciplinas, y entre lo técnico y lo extratécnico, siguiendo a Schraiber (2010). En este sentido, el asesoramiento genera otras posibilidades e interpela a los/as profesionales en sus habilidades técnicas y en sus capacidades subjetivas, les exige —como dijera un médico— *encontrar las palabras...* aquellas palabras que no censuren a las mujeres. Se trata de un asesoramiento que no hace alianza con los mandatos hegemónicos de género y su reproducción acrítica en el espacio de la salud, en particular, en la interacción profesional-mujer usuaria. Desde esta perspectiva, el asesoramiento es vivido como una acción integral basada en el compromiso ético con el derecho de las mujeres a la decisión.

Estos/as profesionales expresan una concepción sobre el asesoramiento emparentada con prácticas feministas de acompañamiento a mujeres en situación de aborto. Por ejemplo, en un trabajo reciente, Grosso, Trpin y Zurbriggen (2013), las autoras (integrantes del colectivo feminista La Revuelta, de Argentina) señalan que si «el aborto es un acto político, acompañar también lo es». Desde esa perspectiva y a partir de su experiencia, analizan los interrogantes y las exigencias subjetivas que están implicadas en el acompañamiento.

Son ellas también quienes interpelan permanentemente nuestro acompañamiento para que no devenga en rutina o acostumbramiento. Porque la elección de abortar, por parte de muchas mujeres, no empaña el carácter de acontecimiento que tiene para esas vidas y nos desafía a nosotras, *socorristas*, a reconocer lo inédito de estas experiencias, al presentificarse a través de sus relatos las complejas tramas vinculares, las representaciones, las contradicciones, los prejuicios, los temores, los silencios, las imágenes, las prácticas, los acercamientos, las resistencias, las docilidades, las confrontaciones, las desinformaciones, los engaños, las ausencias, las expresiones afectivas (Grosso, Trpin y Zurbriggen, 2013: 114-115).

En el contacto con psicólogos/as, enfermeras y parteras, se pudo explorar sus valoraciones sobre la relación entre el personal médico y las mujeres. Las enfermeras entrevistadas transmiten visiones heterogéneas sobre la relación del servicio de salud con las mujeres que abortan. El rechazo y la condena conviven con prácticas que cuestionan el *habitus* de género que se produce desde el campo médico. El relato de una enfermera permite analizar su percepción sobre la interacción del personal de salud con una mujer que llega con un aborto en curso. El no deseo manifestado por la mujer trastoca lo esperado. El apoyo y la asesoría del personal tiene como objetivo principal restituir la estimulación del deseo de hijo/a, que haga el *clic* en su cabeza, que se reacomoden las piezas y se ensamblen en la forma socialmente aceptada.

Claro, lo que pasa es que en los servicios obstétricos se espera que las mujeres deseen estar embarazadas, lo hayan buscado o si no lo buscaron, igual, «por obra divina», uno tiene que querer porque es como el mandato que la mujer tiene que querer el hijo que está... A veces, en realidad, *genera un rechazo muy fuerte si la mujer explicita que no lo quiere*. Ni siquiera se trata de indagar mucho el motivo. Si lo explicita, muchas veces se trata de darle un apoyo y una asesoría para que lo acepte, pero no es para poder entender y comprender y acompañar su proceso, sino para que haga lo que nosotros queremos o entendemos que tiene que ser. Las situaciones que nosotros hemos vivido... nunca he visto el apoyo del equipo en sí... habrá matices de algunos que podemos entender, pero porque tienen otro grado de formación o han estado... pero si no, el consenso general es como de rechazo. Porque el área obstétrica está formada para que uno tenga que llegar a ser madre, y tiene que aceptar ese hijo; y si nace con problemas, lo tiene que querer y aceptar igual. Entonces, se pueden entender algunos matices de dolores que puede tener la mujer, pero siempre con el objetivo de que va a terminar aceptándolo y deseándolo. [...] Entonces, habitualmente lo que yo veo es como un rechazo y una condena porque no es lo esperado; tiene que llegar chocha de la vida o si no, tenemos que *tratar de que le haga el clic en la cabeza*, en el período que esté para que lo quiera. (Enfermera, 38 años.)

El clic es la aceptación del embarazo y la futura maternidad, sin importar las condiciones y las circunstancias de las mujeres. La palabra profesional funcionaría como reproductora de representaciones dominantes de género: nada de dudas y ambivalencias, los hijos siempre son esperados y el destino natural de toda mujer es la maternidad. Al separar mediante el acto, sexualidad y reproducción, el aborto moviliza en las personas implicadas las representaciones que se tienen sobre el cuerpo, la maternidad, la sexualidad y la moral sexual. Pero estas representaciones no son homogéneas, tienen fisuras y, a través de estas, se producen otras significaciones que las desdican y cuestionan.

El espacio institucional de la salud no es homogéneo. Se pueden identificar prácticas de asesoramiento basadas en la escucha, el acompañamiento y el respeto por las mujeres; prácticas de asesoramiento normatizadoras, y malos tratos por parte del personal de salud, que reflejan una de las formas más evidentes de la violencia institucional. Estas prácticas profesionales, que remiten a concepciones diversas sobre la atención de las mujeres en situación de aborto, dan cuenta de los desafíos que implica el cambio del modelo de atención y permiten constatar el papel clave que juegan los/as profesionales. Su relevancia estriba en que, a través de sus acciones técnicas, estos reproducen y perpetúan un ordenamiento jerárquico de género y clase. Pero el cambio de las prácticas profesionales es, al mismo tiempo, una de las claves para la propia transformación del campo sanitario.

Hay equipos que están muy bien formados, son gente más nueva, con otra formación. Ha habido situaciones maravillosas en las que *se la escucha, se la acompaña y se respeta* lo que la usuaria quiera, y, otras veces, he visto equipos que..., aun siendo yo la que llevaba la guardia adelante, tenía un personal que era incontrolable en los *malos tratos* [...] y se le hacían todos los descargos, claro, era evaluado como tan buen técnico que persistía en el servicio. (Enfermera, 46 años.)

Yo soy efectiva en esa guardia y en ese horario, pero yo cada 12 horas tengo un médico diferente y no puedo decir que haya alguno en el que yo viera un mal gesto, un reproche o alguna cosa —porque a veces no se dice pero se insinúa, eso pasaba mucho antes—. Hace unos cinco años. Que la mujer consultaba con toda la problemática, con toda la culpa, con todos los sentimientos, y se sentía más culpable después del consultorio. Ahora ya no, por suerte ya no. *Y hay asesoramiento y hay respaldo* [...]. Se les explica «esto ya pasó», por lo general te dicen que es una situación difícil, pero «ya tomaste la decisión y ya pasó, ahora vamos a ver para adelante, vamos a ver cómo te cuidas». Lo que pasa es que nosotros no tenemos usuarias que vengan diciendo «no quiero el embarazo», tenemos las que ya tomaron la decisión, ya han usado algún método, el que ahora está de moda, el misoprostol. O ya se lo colocaron y no han tenido la respuesta que tienen que tener o tienen la respuesta y vienen para la resolución. (Enfermera, 52 años.)

Para las parteras entrevistadas, el tipo de asesoramiento que se realiza en los servicios de salud depende del profesional (o del personal no técnico) que asista a la mujer y del vínculo previo que la mujer tenga con ese profesional. Desde su perspectiva, parecería que todo está librado a la «suerte», en cuanto el asesoramiento es un dispositivo desregulado y sin una protocolización clara en los servicios. Por tanto, según señalan, hay una alta variabilidad de prácticas y estilos de abordaje técnico en dependencia de cada profesional. Las parteras perciben que las mujeres están a merced del/de la profesional que las atiende, en una situación que las coloca en riesgo de ser vulneradas en sus derechos.

La sensibilidad del/de la profesional, su capacidad de escucha, su capacitación, la confianza que la mujer sienta hacia ese profesional o su conocimiento previo son factores protectores y habilitantes que las mujeres requieren en esas circunstancias y que, según las parteras entrevistadas, no siempre el servicio está preparado para poder ofrecer.

Si estamos en una policlínica barrial... con una vecina que es la que se encarga de llamarlas, de anotarlas y que está pendiente de «¿y vos por qué venís?, ¿estás embarazada?, ¿querés un evatest?». Todo eso juega mucho, que es diferente a lo que se ve en lo privado, me parece. Pero creo que, de repente... yo no creo que se dé que la madre, la mujer o la embarazada vaya a la maternidad y diga «bueno, estoy embarazada y no lo quiero, ¿qué hago? ¿A quién le pregunto?». No se da así. Generalmente se da en un clima *donde hay cierta confianza*, o le preguntan a la enfermera «¿con quién puedo hablar?, ¿a quién le puedo decir?». Esta es mi sensación. (Partera, 28 años, grupo focal.)

Pero capaz que llega a la consulta, le dieron número para determinada ginecóloga o partera que no está afín y capaz que la posibilidad de expresar eso que ella... no existe. Yo lo he vivido en algunos lugares, que la persona quiere y no tuvo lugar, y se fue con un carné obstétrico, con rutinas... Y ahí se fue y su idea no era esa. Pero *no tuvo la suerte de encontrar, del otro lado, alguien que la escuche...* (Partera, 35 años, grupo focal.)

Entonces, si ella se encuentra con una de las que están capacitadas, fantástico. Ahora, si en el servicio se encuentra con una de las doscientas que no lo están, fue. Incluso ahí vas a tener *diferentes gamas* dentro de las otras personas. Porque dentro de esas doscientas personas que no están capacitadas, vas a encontrar gente que «yo no, pero...», vas a tener gente que directamente te va a *boicotear* a la mujer, para que haga todo lo contrario; llenándola de culpa, llevándola por caminos que no tienen salida, haciéndole todo lo contrario o no sé de qué manera... todo lo... entonces, a su vez, eso, que vas a encontrar diferentes situaciones. Y estoy totalmente de acuerdo con que sigue siendo *un tema de suerte*. Tenés que encontrar a alguien que tenga la *sensibilidad* mínima para poder encontrar el camino... (Partera, 32 años, grupo focal.)

Se observó en estas parteras, más jóvenes, una identificación con las mujeres. Sin embargo, otras miradas dentro de ese colectivo se ubican desde una perspectiva normatizadora, dando cuenta de la identificación con un discurso médico tradicional, el cual comparten y adoptan como propio. Por ejemplo, el testimonio de una partera fue elocuente a este respecto:

Desde el punto de vista de las parteras y de los ginecólogos con los que yo trabajo, casi todos tratamos de que... de escuchar al paciente y ver

cuál es la situación y *tratar de disuadir*, por supuesto, que esa paciente llegue a hacerlo. (Partera, 45 años.)

Por su parte, los/as psicólogos entrevistados ofrecieron otras líneas interpretativas sobre la incidencia de la posición personal del psicólogo en la consulta clínica. Como hemos señalado antes, se realizó un grupo focal con profesionales de la psicología, de distintas corrientes teórico-técnicas, dedicados a la práctica clínica y con inserción en servicios de salud públicos o privados. Salvo dos integrantes del grupo, quienes tenían experiencia específica en la atención a mujeres en situación de aborto en el marco de la aplicación de la normativa, el resto *hablaba* desde su práctica clínica, ya fuera en el ámbito institucional o en el marco del ejercicio liberal de la profesión. El diálogo que tuvo lugar en el grupo focal y que transcribimos ilustra los matices en las perspectivas de los/as psicólogos respecto a cómo incide la posición sobre el aborto del terapeuta en su práctica profesional. Se pueden identificar controversias respecto a si la intervención técnica debería estar relacionada con la posición (ideológica, política, subjetiva) del psicólogo. En este sentido, el punto de discusión que se plantea es cómo analizar y desligar lo personal *de* lo técnico, teniendo claro cómo opera lo personal *en* lo técnico.

P1 (hombre, 60 años). A mí me parece que *uno debe tener una decisión tomada sobre si comparte o no comparte una decisión de abortar*. Me parece que no compartir la decisión supone un sesgo inevitablemente y teóricamente podría explicarlo [...]. *Yo diría que si uno no comparte la decisión, habría que hacer la derivación*.

P2 (mujer, 54 años). No sé, no estoy tan segura de que uno tenga que tener realmente, porque, también, creo que depende de cada situación. Y no es lo mismo tomar una decisión en algunas situaciones que en otras. No sé. *No lo tengo tan claro que tenga que tener un juicio sobre eso*.

P3 (hombre, 48 años). Yo creo que no es... me cuesta pensarlo como algo más determinante. Yo digo, a lo largo de mi vida, independientemente de mi vida profesional, tuve que reflexionar sobre este tema y sigo reflexionando, pero tampoco creo que... *no tengo una postura que diga «estoy a favor» o «estoy en contra», no lo veo desde esa postura, lo veo como un problema*. Y creo que también es variable según las personas y las historias... *y como profesional trato de acompañar en eso*, pero no con una postura determinante ni de un lado ni del otro, creo que trato de acompañar.

P4 (hombre, 54 años). Desde un punto de vista fenomenológico y existencial, *no se puede tener una postura previa*. Es un acompañamiento, desde mi punto de vista.

P1 (hombre, 60 años). Entonces acá está qué le pasa a uno y, con todo respeto, creo que *a uno también le pasan cosas, ahí es donde yo creo que uno tiene que tener posición formada*. Si en lugar de venir a mí, vienen

al Movimiento Social Cristiano, ahí está clarísima la cuestión, es una posición tomada, fundamentada y pública. Yo acá no digo, no tengo que fundamentarla, fundamentárselas ni tengo que publicarla. Digo, yo tengo posición formada y *entiendo, desde mi posición, que el terapeuta debe tener posición formada* porque es una forma de poder pensar los problemas de la implicación, de los juicios de valor, sobre todo sobre cómo se generan las alianzas a la interna del vínculo terapéutico. (Grupo focal, psicólogos/as.)

Algunos de los planteos que se realizaron en el grupo focal sobre esta dimensión del problema las retomaremos en futuros apartados. En particular, considerando que el punto clave que aquí se expresa refiere a la compleja articulación persona–rol profesional (Rothman y Vilaseca, 2001), a la subjetividad implicada en la práctica profesional, a la relación entre sistemas de valores y acción técnico-profesional, asuntos que —entre otras cuestiones— contribuyen a comprender, por ejemplo, la práctica de la derivación que pudo constatarse en los médicos/as ginecólogos cuando debían intervenir en estas situaciones.

Los significados asociados al asesoramiento como práctica clínica no son unívocos, y se pueden identificar diferentes abordajes en la intervención técnico-profesional. A partir de los testimonios de los/as profesionales, se puede construir una tipología que incluye tres modalidades de asesoramiento, las cuales dan cuenta de diferencias sobre el sentido de esta acción, los enfoques y los contenidos que las sustentan. Estas modalidades de asesoramiento no se configuran en «estado puro» en las prácticas, sino que se mixturán, se solapan, se debaten, dando cuenta de las disputas sociales y subjetivas que las atraviesan. Las hemos denominado: formal-instrumental, médico-normativo e integral-implicado.

- a. *Asesoramiento formal-instrumental*. Se basa en los preceptos que postula la normativa sanitaria, definidos desde un enfoque médico-legista y bioético del principio de la no maleficencia en la intervención técnica. Si bien integra una perspectiva social del aborto, se trata de una mirada restringida de los determinantes sociales implicados. El objetivo que se propone es «disminuir la incidencia de abortos provocados, respetando la decisión informada de la usuaria» (MSP, 2004). Respecto del contenido, los principales componentes de la acción técnica que establece la normativa son la información, el diagnóstico médico y psicológico, y el apoyo. La información es considerada en términos de suficiencia y no de calidad y oportunidad: «Brindar información necesaria para la toma de decisiones responsables en las mujeres». El diagnóstico médico establece las medidas clínicas que se deben realizar, pero no sucede lo mismo con el diagnóstico psicosocial, el cual si bien está incluido, no se especifica su alcance.
- b. *Asesoramiento médico-normativo*. Se trata de un tipo de asesoramiento que se basa en desestimular el aborto provocado mediante la identificación de los motivos que llevan a las mujeres a tomar la decisión de

abortar. Busca restituir el deseo de maternidad y de hijo/a porque se sostiene en un enfoque de tipo médico tradicional que considera el aborto como un evento traumático (e inmoral) que debe ser evitado. Para ello, el profesional debe escuchar a la mujer, profundizar en las circunstancias que determinan su decisión, brindar información y apoyo orientados a reposicionar el deseo de maternidad, mediante acciones de tipo pedagógico y psicológico. Este tipo de asesoramiento se asienta en la fusión de la acción técnica y la acción moral en la intervención profesional, en la medida que la intervención técnica está en dependencia del sistema de valores del profesional y no de los lineamientos generales que establece la política pública. Se trata de una acción técnico-moral dependiente, siguiendo los aportes de Schraiber (2008, 2010).

- c. *Asesoramiento integral-implicado*. Este tipo de asesoramiento se basa en la aceptación de la legitimidad del derecho de la mujer a decidir aun cuando el/la profesional pueda (íntimamente) no estar de acuerdo con la decisión que esta tome. En este sentido, resulta clave el análisis de la implicación y cómo la relación persona-rol profesional se pone en juego en términos de escucha profesional y sostén afectivo. Se basa no solo en brindar información, sino también en acompañar la toma de la decisión. Este tipo de asesoramiento requiere de una perspectiva interdisciplinaria e integral de la atención clínica, desde un enfoque que reconoce y busca fortalecer la autonomía, libertad y autoridad de las mujeres para decidir. A diferencia del asesoramiento médico-normativo, busca construir un tipo de acción técnica que se desmarque de su dependencia de la acción moral del profesional actuante.

Los tipos de asesoramiento que hemos identificado coexisten de manera contradictoria en el discurso y prácticas profesionales. Si bien remiten a modelos diferentes de la relación profesional-usuaria y de atención en salud, se despliegan conjuntamente en el escenario institucional. Su análisis permite desentrañar el constructo paciente y, en particular, de mujer paciente (usuaria, ciudadana) que forman parte de los supuestos teóricos, ontológicos, epistemológicos de los distintos modelos y prácticas profesionales. Sin embargo, y a pesar de observar en los discursos profesionales nuevos significantes sobre las mujeres que abortan, debemos alertar sobre las resistencias que pone en juego el orden médico — con sus características de normativo, paternalista, patriarcal y excluyente — para obstaculizar que en su propio seno surjan cuestionamientos a la visión tradicional sobre las mujeres como «pacientitas» (Herrera, 2010). Su hegemonía se resiste a revisar los supuestos en los que se fundan sus objetos de la intervención profesional, en los cuales se combinan elementos del discurso médico con otros provenientes de discursos de clasificación y ordenamiento social, como género y clase. Armstrong (1999) analizó la construcción de la opinión del paciente y la percepción médica. En su clásico texto de 1984, publicado en español en 1999, concluyó que:

El análisis médico tiene un objeto y un efecto: el efecto es la opinión del paciente (en su forma contemporánea) y el objeto es *la persona* que sostiene estas opiniones. Cuando el médico buscaba enfermedades, la opinión era el síntoma y el paciente era al mismo tiempo un receptáculo de la patología y un traductor poco fiable. Cuando el médico reconoció la importancia de las emociones en la búsqueda de la enfermedad, la opinión era tanto el síntoma como la sensación, y el paciente era un escenario emocional y, hasta cierto punto, distante de la perfección, para la patología. Cuando el médico llegó a indagar sobre los significados del paciente, la opinión se convirtió en teoría del vulgo y el paciente en un ser subjetivo. Ello no significa que el discurso, el vehículo de esta nueva percepción, tenga necesariamente efectos inmediatos o reales en la práctica médica. A pesar del respaldo generalizado en la literatura ya mencionada, a la consideración de la opinión del paciente, la mayor parte de la práctica médica hoy en día [...] probablemente se basa en un esquema de interpretación más antiguo (Armstrong, 1999: 244).

Se podría afirmar que, en el caso del aborto, las modalidades o tipo de asesoramiento se sostienen sobre distintas construcciones del objeto de intervención profesional. Las formas en cómo es significado el aborto y cómo son percibidas las mujeres que abortan genera prácticas profesionales específicas. Estas distintas construcciones profesionales están relacionadas con las producciones sociales y dan cuenta de pactos, controversias y disputas que se pueden observar en distintos ámbitos de lo social.

El aborto como objeto de intervención profesional

Como ya hemos señalado, desde los aportes teóricos feministas al campo de la salud se ha buscado analizar los constructos de sentido y las bases sociales en las que se asienta la relación entre cuerpo, género, subjetividad y reproducción. Las feministas han afirmado que el cuerpo de las mujeres, dada su capacidad reproductiva, ha sido socialmente construido como un cuerpo poderoso que debe ser, por tanto, controlado y domesticado. En este sentido, Esteban (2007) sostiene que se puede definir de «forma amplia y compleja los circuitos establecidos entre cuerpos, ideologías, relaciones sociales e instituciones» (2007: 256). La literatura feminista sobre el cuerpo y la reproducción ha permitido desmarcar el análisis sobre estos asuntos de la tradicional y hegemónica perspectiva biomédica. Sin embargo, en reiteradas ocasiones, la crítica se ha limitado a considerar estas tendencias como sesgos o defectos de la medicina occidental (Esteban, 2007). Compartiendo el pensamiento de esta autora, la construcción social del cuerpo y la reproducción, lejos de ser considerada como «imperfección del sistema médico», debe ser ubicada como una cuestión estructural del campo médico, como estrategia de construcción de sus objetos de intervención profesional cuyo propósito es el control mediante la medicalización del cuerpo de las mujeres y de todos los eventos (no) reproductivos. La naturalización de la diferencia sexual como dato biológico inmutable, la inferiorización de las mujeres, la fragmentación del cuerpo y de la experiencia subjetiva y la objetualización de los sujetos (de las mujeres) se asientan en estrategias de corte patriarcal que conforman el campo sanitario y su maquinaria institucional, de modo de asegurar la reproducción de un orden social jerarquizado por género, clase, etnia, generación y todas sus intersecciones.

Como ya se ha mencionado, uno de los objetivos que nos propusimos con este estudio fue identificar los significados sobre aborto voluntario y sobre las mujeres que abortan que construyen los/as profesionales, y analizar cómo estos operan en las prácticas profesionales. En este apartado se analizan las bases ontológicas y sociales, así como el sustento ideológico, que dan soporte a la construcción profesional del aborto en cuanto objeto de intervención técnica. Para ello hemos elegido algunas líneas de análisis. Por un lado, el binomio naturaleza-cultura y su presentación a través de diferentes significantes tales como mujer-madre-naturaleza, abortar-acto antinatural versus dar vida-acto natural, que configuran modos de posicionarse de los/as profesionales de la salud y que atraviesan —no sin tensiones— sus prácticas profesionales. Por otro, el cambio en la consideración del aborto como un problema médico al aborto como un problema social, relacionado con las clasificaciones que los/as profesionales hacen de las mujeres que deciden abortar con base en los constructos de género y sus intersecciones.

El constructo naturaleza-cultura en el discurso profesional sobre aborto

¿El aborto voluntario es a la cultura lo que el embarazo es a la naturaleza? He elegido parafrasear a Ortner (1979) en el inicio de este apartado porque el supuesto ontológico sobre el estatuto del aborto que se expresa en los discursos de los/as profesionales permite analizar la relación entre embarazo —en cuanto acto natural— y el aborto voluntario, como su contracara, en cuanto acto antinatural.

Como ya referimos, en su provocativo trabajo, Ortner (1979) ofreció una explicación sobre la dominación masculina como un hecho universal, analizando el dualismo jerarquizante de la relación entre naturaleza y cultura, para evidenciar las bases sociales y culturales de la lógica que presupone la inferioridad de las mujeres. La concepción naturalista opera de modo de obturar o hacer perder peso a cualquier percepción sobre la variabilidad histórica y cultural de estos procesos, los cuales quedan sumergidos en la atemporalidad de los universales. El embarazo y la maternidad quedan ubicados, mediante complejas operaciones sociales y simbólicas, como producto de la naturaleza que definirá el destino ineludible y universal de las mujeres.

Me centraré en explorar cómo se presenta, a través de diferentes significantes, la relación naturaleza-cultura en el discurso de los/as profesionales sobre el aborto. Estos significantes reproducen mandatos de género que justifican el tutelaje³⁹ de las mujeres a través de la acción profesional. Sin embargo, debemos señalar que se observan fisuras en los posicionamientos tradicionales y se identifican nuevas producciones de sentido, las cuales se traducen, en ocasiones, de manera precaria en los modos de intervenir de los/as profesionales, como ya hemos analizado.

En los testimonios de los/as profesionales, más allá de los matices, se advierte la prevalencia de una narrativa principal que remite a la perspectiva ontológica sobre el *ser mujer* asociada a la maternidad como destino natural. En la concepción naturalista de la que participan las creencias colectivas y los discursos científicos (entre ellos, el discurso médico) sobre las mujeres, se encuentra la noción de instinto y la ecuación mujer-madre-naturaleza con efectos poderosos en la producción de los cuerpos y las subjetividades. Una visión que sostiene la irreductibilidad de la maternidad como núcleo central de la «identidad femenina».

39 El derecho civil define *tutela* como la institución cuyo objeto es la guarda de las personas y bienes de quienes están bajo patria potestad o de aquellos que son incapaces de gobernarse por sí mismos. El tutelaje no es solo una forma jurídica o política. Es también un posicionamiento subjetivo que, como señala Amorós (1990), implica un escaso nivel de individuación. En el caso de las mujeres, un orden de prioridades puesto en el ser para otros, en el dar afectos y en el altruismo en detrimento del desarrollo personal. No serán pues intérpretes de sus propias necesidades, intereses, deseos, sino que requerirán que su voluntad sea interpretada por un otro.

Bueno, yo soy hincha de los bebés... El profesional tiene que apoyarla para que decida *continuar con el embarazo, eso es lo natural*, pero bueno, si decide interrumpirlo, ahí sí se le da la información sobre la medicación... no es cuestión de decirle: «Ah, bueno, querés abortar, ta, tenés que tomar esta medicación y listo... no, no». (Médico ginecólogo, 63 años.)

Como te dije, yo *siempre estoy a favor de la vida*. No te olvides que nosotros somos los que recibimos la vida. Yo participo, junto con los padres, de ese momento en el que las emociones están a flor de piel. *El parto es un hecho lleno de emociones...* (Médico ginecólogo, 52 años.)

El deseo «natural» de tener un hijo/a puede encubrir motivaciones de las más diversas que se visten de maternidad, porque su prestigio y legitimidad social es aún incuestionable. Lamas (2001) sostiene que la maternidad funciona en un doble movimiento paradójico: excluye a las mujeres de los poderes establecidos en la sociedad y les otorga un supuesto poder casi omnipotente sobre los hijos. Para *correrse* de ese lugar altruista, las mujeres deben poner límites al ilimitado deseo de dominio de la maternidad. Para ello, dice Lamas, «la mujer tiene que dejar de interpretarse a sí misma como reproductora. O sea, cesar de aceptar, ahora sí, pasivamente, el acuerdo social acerca de su carácter esencialmente reproductora» (2001: 27). Si bien, puede considerarse que ese poder, conceptualizado como «poder de los afectos» por algunas teóricas (Fernández, 1993; Burín, 1987), puede ser ubicado en el terreno de la hiperresponsabilidad que las sociedades les asignan a las mujeres respecto a la crianza de sus hijos/as. Este mandato de responsabilidad se presenta como poder sobre otros (en este caso, los hijos/as), invisibilizando que las mujeres quedan así en el dominio de constituirse como sujetos al servicio de otros. Se trata de una responsabilidad, la materna, construida como moralmente indeclinable y generizada.⁴⁰

Aun en aquellos/as profesionales que reconocen el legítimo derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva y su poder (de sí) para tomar la decisión, se pudo observar que la expectativa de cumplimiento del mandato social de la maternidad concebida como (hiper)responsabilidad tiene efectos poderosos a la hora de posicionarse e interpretar las nuevas prácticas sociales que evidencian repertorios subjetivos diversos en las mujeres.

Entonces, claro, *la vida te sensibiliza* y te lleva a esto, a que la vida siempre, siempre es como una alegría, es como un placer, es como un... que te tira a más, siempre. Entonces, ante la intención de eliminar la vida, siempre a mí me causa un poco de... no sé cómo describirlo, me causa un cierto dolor, también. Pero, profesionalmente, *trato de ser respetuoso de la decisión de la mujer, ¿no?* (Médico ginecólogo, 58 años.)

40 Agradezco a la Dra. Sara Barrón López por este aporte.

Porque la gente acepta más el aborto como una cosa más normal. *Dentro de su anormalidad lo aceptan*. Es una situación no deseada. (Médico ginecólogo, 55 años.)

Y que si lo va a interrumpir, está interrumpiendo la concepción de una vida; que si bien no puede seguir sola, si nadie la interrumpe, puede seguir hasta el final. [...] Hay una realidad: ahí *hay un embarazo y ese embarazo lo lleva la mujer*. (Médico ginecólogo, 63 años.)

La vida, esa fuente «de placer, de alegría», está asociada a la capacidad procreadora del cuerpo femenino. Cuando se enfrentan a situaciones de embarazo no deseado, algunos/as profesionales buscan estimular, a través del asesoramiento, que la mujer asuma su condición y su responsabilidad de ser «dadora de vida», ya que «para ello fuimos formados», dice un médico, o porque, como dijo una experimentada partera, «el parto es un acto lleno de emociones».

La vida en sí es un valor que tenemos que promoverlo. Yo como médico me formé para eso, *salvaguardar la vida*, el bienestar de las personas. [...] Si una mujer se va a hacer un aborto, tiene que ser consciente de que dentro suyo hay una vida. Eso para mí es reimportante, ¿no? (Médico ginecólogo, 45 años.)

Las mujeres que deciden abortar asumen —las más de las veces sin saberlo— un posicionamiento político no exento de costos sociales y subjetivos. Teresa de Lauretis (2000) señala que la subjetividad se *engenera* (*engender*) mediante un mecanismo de compromiso subjetivo que las personas entablan con determinadas representaciones sociales que se ofrecen a través de discursos, hábitos y prácticas. Estas subjetividades *engenerizadas* reproducen y también resisten, crean nuevas significaciones y prácticas enfrentando los discursos y dispositivos institucionales que, a su vez, las han producido. Dice De Lauretis:

La construcción de género prosigue hoy a través de varias tecnologías de género (por ejemplo, el cine) y de discursos institucionales (por ejemplo, teorías) con poder para controlar el campo de significación social y entonces producir, promover e *implantar* representaciones de género. Pero los términos de una construcción diferente de género también subsisten en los márgenes de los discursos hegemónicos. Ubicados desde afuera del contrato social heterosexual e inscriptos en las prácticas micropolíticas, estos términos pueden tener también una parte en la construcción del género, y sus efectos están más bien en el nivel *local* de las resistencias, en la subjetividad y en la autorrepresentación (De Lauretis, 2000: 42).

El aborto voluntario puede ser considerado socialmente un acto contrahegemónico, de resistencia, de autonomía y autorrepresentación, así como de transgresión de los mandatos de género. Pero también es considerado socialmente como un hecho antinatural y a las mujeres que abortan, como «desnaturalizadas»

e «irresponsables», una transgresión en este caso a las leyes de la naturaleza. Su legitimidad es cuestionada desde diversos ámbitos y se ha convertido en terreno de disputa moral e ideológica, porque, en definitiva, estamos hablando de asuntos que remiten a las sexualidades y al poder. Los relatos de los/as profesionales entrevistados dan cuenta de ello.

La *maternidad como poder*, como *bendición*, como... si abortás, sos una hereje y creo que lo vas a seguir siendo, por más que estemos en el siglo XXI... (Partera, 28 años.)

¡Ya el hecho de que una mujer no quiera ser madre ya es como...! (Médica residente de Ginecología, 32 años.)

Toda mujer *sueña*, en algún momento de su vida, con *ser madre*... (Médico ginecólogo, 38 años.)

El discurso médico, en cuanto una de las *tecnologías de género* (De Lauretis, 2000) más poderosas de disciplinamiento de los cuerpos y producción de subjetividades, se enfrenta a estas «prácticas de sí» que despliegan las mujeres que deciden abortar. Su estrategia suele —bajo cada vez más sofisticados y sutiles procedimientos y mecanismos— resituar la domesticación del deseo de las mujeres y el tutelaje profesional de sus decisiones.

El constructo embarazo = vida = felicidad = celebración atraviesa el discurso de los/as profesionales. Como contrapartida, se encuentra la cadena de significantes: aborto = muerte = dolor = trauma = rechazo-censura. Estos significantes ¿deben considerarse como un impensado de la práctica profesional? ¿Qué hacen —subjetivamente hablando— los/as profesionales con lo que les devuelve la realidad de sus *pacientes* y estas con lo que aquellos les devuelven?

Para uno que es madre, para *uno* que *es madre* es, es, te, te... igual asesorás y tratás de sacar tus sentimientos. Pero cuando viene alguien y te dice que no quiere un embarazo... Hemos cambiado pila las tradiciones... igual asesorás y aconsejás y *no le decís a ninguna* «no, no te lo hagas», *ni nada*. Les aconsejo y les digo, pero *por adentro te genera un poquito de ese... ese rechazo*. (Médica residente de Ginecología, 33 años, grupo focal.)

... vos que estuviste embarazada y que lo amaste, es como que a veces te cuesta un poco. Yo *igual asesoro*, pero diciendo «fah, *es tan divino ser madre*, porque...» (Médica residente de Ginecología, 34 años, grupo focal.)

Me da pena que esa mujer no pueda tener su hijo, por todo lo que representa, pero, bueno, uno tiene que *respetar la decisión de cada paciente*. Yo trato de ver, de conversar con ella qué posibilidades tiene de *conservar ese embarazo*, eso es lo primero que tiene que hacer. Y uno empieza a escarbar y muchas de ellas, *inconscientemente, querían quedar embarazadas*... hay que tomarse un tiempito y conversar... (Médico ginecólogo, 62 años.)

Como ya hemos analizado en el capítulo anterior, mediante dispositivos de asesoramiento de tipo normatizador, a través de la escucha y la palabra, se instrumentan actos pedagógicos para intentar disuadir a la mujer de la decisión de abortar. Es interesante observar cómo lo inconsciente parecería ser comprendido como el reducto de los «deseos naturales». Ese *lugar* donde se alojan las verdaderas motivaciones, no aquellas mediadas por la racionalidad (por la cultura). Así, el deseo inconsciente de querer quedar embarazada se hace a la luz mediante la acción «técnica» basada en el paternalismo profesional, que busca restituir el lugar de «la madre».

A través de distintos significantes, se puede observar una narrativa principal de tipo dualista y jerarquizante de la relación entre naturaleza y cultura en los modos de operar «técnico» de los/as profesionales. El discurso médico como tecnología de género ha sido clave en la producción de significados cristalizados sobre las relaciones entre naturaleza y cultura, entre sexo y género, así como acerca del cuerpo y el determinismo biológico. Los/as profesionales de la salud son portavoces de este discurso, no sin contradicciones, puesto que hoy estos disponen de un catálogo más amplio de significados de género y se vinculan con diversidad de demandas de atención en salud, que provienen de subjetividades con mejores condiciones para cuestionar los sistemas dominantes sobre género y sexualidad.

Sin embargo, importa señalar que si género y sexualidad son considerados como sistemas derivados de una compleja tecnología política, de aparatos biomédicos y dispositivos tecnosociales, estrategias de una biopolítica —al decir de Foucault— de la cual el poder médico es protagonista de primera línea, entonces, ¿es posible desde las lógicas establecidas en el campo médico, dar lugar a prácticas con capacidad para enunciar otras relaciones de poder? ¿Qué condiciones se requieren? Las respuestas a estas preguntas son fundamentales para hacer de la agenda de género y derechos una realidad en los servicios de salud y no solo un esfuerzo basado en el voluntarismo de algunos/as profesionales. El campo médico, a pesar de sus resistencias, no es inmune a las transformaciones sociales de género, aunque predomine en su dinámica una cultura androcéntrica que se expresa a través, por ejemplo, de los modos de construcción de sus objetos de intervención profesional.

Las mujeres que abortan: de «patología reproductiva» a «patología social-provocada»

Es interesante observar en el discurso de los/as profesionales los constructos sobre el aborto en cuanto objeto de intervención profesional y cómo estos han mutado progresivamente en los últimos años como producto de la creciente visibilidad y tratamiento del tema en la arena social.

En el campo médico, el aborto pasó de ser considerado un problema bio-médico, una *patología reproductiva* (que se expresa a través de aborto espontáneo y de aborto provocado por razones médico-terapéuticas) a ser visualizado como un problema social y de salud pública, en cuanto *patología provocada* producto de las condiciones sociales que determinan que las mujeres tomen esta decisión. Lo *social* comenzó a golpear las puertas del espacio de la salud, y el aborto ya no solo estaba relacionado con patologías biológicas, sino con problemas sociales que interpelaban la mirada médica. Como consecuencia, los/as médicos dejaban de ser curadores de patologías para involucrarse en estos «nuevos problemas sociales», lo cual —como veremos más adelante— los lleva a poner en juego sus convicciones y valores morales, sus creencias o sus intereses particulares de tipo económico.

Llegamos a ver cosas trágicas acá. [...] Uruguay siempre tuvo un doble discurso sobre el aborto, vamos a decir la verdad. Lo que pasa es que había una inequidad bárbara: la que tenía recursos económicos se lo podía hacer en buenas condiciones y la que no, no podía. *Pero acá la autoridad sanitaria hizo la vista gorda*, no se puede, pero... y siempre ocurrió. Y todo empezó a ser más trágico porque comenzaron a venir bien complicadas. (Médico ginecólogo, 44 años.)

Durante décadas, no solo la autoridad sanitaria había hecho «la vista gorda» al problema del aborto clandestino e inseguro, sino que también los/as profesionales de la salud y, en particular, el cuerpo médico, se habían desentendido hasta que las complicaciones graves irrumpieron en el escenario institucional. Hasta entonces el aborto había sido construido como un problema del orden biológico, que requería, por tanto, una intervención médica que resolviera la situación patológica. Considerado el aborto como *patología reproductiva*, fue despojado de su dimensión social, psicológica, política y ética. De esta forma, se lo conceptualizaba como un acontecimiento involuntario que le ocurría a una mujer en determinado momento de su proceso gestacional o un evento que se producía por intervención técnico-profesional para resolver una situación de riesgo de vida materna. Era una externalidad generada por causas naturales que obturaba la posibilidad de concretar el deseo de maternidad de la mujer. El aborto daba cuenta de una falla de la infraestructura genética o del proceso reproductivo. Era un asunto médico definido desde una supuesta orientación neutral, desde la asepsia profesional. Construido así como objeto profesional, el aborto no

generaba incomodidades ni dilemas éticos. La mujer era tratada como víctima de una situación no buscada por ella ni por el profesional.

Como contracara, el aborto voluntario en cuanto *internalidad*, es decir, provocado por motivos internos y donde la mujer es protagonista de la decisión, genera controversias, rechazos y tratamiento diferencial de las mujeres, en función de ciertos esquemas de clasificación de los motivos que conducen a las mujeres a la decisión y que la tornan más o menos aceptable para el/la profesional. Esto podría explicar por qué durante muchos años en la formación profesional no se abordó el aborto provocado por voluntad y decisión de la mujer. Si bien el aborto voluntario estaba penalizado, los/as profesionales reconocían que se trataba de una práctica extendida. Sin embargo, de esto no se hablaba aunque era «un secreto a voces», como dijo una médica. El secreto operaba para opacar los dispositivos de formación así como los de la consulta clínica. Tampoco se les preguntaba a las mujeres en la historia obstétrica. En caso de indagar, el/la profesional preguntaba solo por antecedentes de aborto espontáneo. Y, entonces, las mujeres tampoco hablaban de sus abortos provocados, por temor a la sanción penal y a la sanción moral del/de la profesional. Por su parte, el/la profesional había sido enseñado a no involucrarse en las situaciones, por temor a la sanción penal y a la sanción moral, esta vez de sus colegas. Es decir, a ser estigmatizado, como analizaremos en futuros apartados.

En la época que yo me formé tenía el aborto provocado que era penado. Sigue siendo, pero la connotación parecía que era legalmente más grave y el aborto terapéutico. Cuando estudiaba era así, espontáneo o provocado. *Y siempre el estudio era desde la parte médica*. Nuestra facultad siempre estuvo muy omisa en la parte de ustedes [se refiere a aspectos psicológicos y sociales]. (Médica ginecóloga, 45 años.)

El aborto provocado por voluntad de la mujer también era considerado un problema jurídico en el discurso médico, al cual denominaban aborto criminal, y desde ese constructo, los/as médicos se preservaban de intervenir por temor a la sanción legal. Así funcionó durante décadas. Este «equilibrio» se trastocó cuando, a partir del nuevo milenio, la muerte de mujeres y la morbilidad severa por aborto inseguro irrumpió en las emergencias obstétricas y el debate social comenzó a interpelar al campo sanitario.

Al aborto provocado, lo tratábamos como *aborto criminal*. (Médico ginecólogo, 52 años.)

La idea era no meterse, no brindar ninguna información, advertir que era ilegal y a lo sumo decir que hay algunas clínicas privadas que hacían abortos y que se consiguieran el teléfono y la dirección como pudieran. Y nada más, ahí terminaba. [...] Mucho miedo al asunto legal, canónico irse por el asunto legal, a no tener nada que ver con esa decisión. [...] Nadie quiere tener sobre sí la sospecha de que está haciendo algo ilegal. O sea, cuando existe algún tipo de riesgo materno, ahí es muy

fácil, todo el mundo lo hace con tranquilidad, nunca hubo ningún problema. Cuando el problema era fetal, bueno, con cierta... un poco más de dificultad, pero también. [...] Estaba el Comando de Lucha contra el Aborto Criminal del MSP que no autorizaba, pero se daba por enterado de que se iba a hacer esa interrupción [se refiere al aborto terapéutico que contemplaba la Ley n.º 9763], y nunca hubo problemas. (Médico ginecólogo, 60 años.)

Se inició un cambio en la construcción del objeto profesional, proceso atravesado por disputas, intereses y conflictos, que aún persiste. Las causas sociales y económicas adquirieron potencia explicativa para justificar que las mujeres, a pesar de la sanción legal y el riesgo, decidieran abortar en cualquier circunstancia. El campo de intervención profesional se trasladó *del aborto* como objeto abstracto y asocial para colocarse en el sujeto que decide abortar, es decir, *las mujeres que abortan*. Así, el aborto provocado en condiciones de inseguridad, considerado «criminal» y silenciado en el ámbito institucional, aparecía en la escena y exigía un posicionamiento diferente en los/as profesionales de la salud.

El aborto tiene toda una implicancia que no es solamente la interrupción del embarazo. El aborto no empieza ni se termina con la evaluación del útero, sea por el método que sea. (Médico ginecólogo, 62 años.)

Este cambio introduce dimensiones novedosas en la consideración del objeto, con sus correspondientes repercusiones en las prácticas profesionales. En el nuevo escenario adquirieron relevancia los aspectos sociales, económicos y psicológicos de las mujeres que abortan. En el discurso de los/as profesionales se evidencia que «hay abortos y abortos» o «que hay situaciones y situaciones que derivan en un aborto», es decir, un intento de clasificar a las mujeres que transitan por esta decisión y, en particular, valorar los motivos que las llevaron a tomar la decisión y las consecuencias que esto implicaría.

Al respecto, Erviti, Castro y Sosa Sánchez (2006) han señalado que:

[...] se ha demostrado que, en las interacciones cotidianas que se establecen entre los/as prestadores de servicios y los/as usuarias, la conducta de los profesionales médicos está mediada por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de diversos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waiztkin, 1991). Se trata de la aplicación de principios profesionales de visión y división del mundo (Bourdieu y Wacquant, 1995), que tienden a ordenar el ámbito médico diferenciando a pacientes «colaboradores» de pacientes «problemáticos», «distinguidos» de «ordinarios», «deseables» de «repugnantes», y a las enfermedades y padecimientos de «normales» de «anormales» y a las «legítimas» de las «ilegítimas» (Lorber, 1982). Tales clasificaciones son constitutivas del tratamiento y la disposición para atender a las usuarias de los servicios médicos, lo que repercute en la calidad del servicio otorgado y en una atención diferencial (Steele y Chiarotti, 2004) (Erviti, Castro y Sosa Sánchez, 2006: 638).

Siguiendo esta línea de análisis, es decir, cómo perciben y describen los/as profesionales a las mujeres que abortan y cómo valoran los motivos que desencadenan la decisión, el discurso de los/as profesionales se organiza con base en categorías que clasifican a las mujeres, las cuales ofician de argumento para justificar —en mayor o menor medida— o no justificar la decisión que han tomado.

Una primera constatación en el discurso de los/as profesionales es que consideran desvalidas a las mujeres que deciden abortar, lo hacen porque «están solas», porque no tienen sostén afectivo y económico, ya sea familiar o de pareja, y ello determina su imposibilidad para continuar con el embarazo. La soledad, el aislamiento afectivo, el no contar con condiciones económicas, la falta de asesoramiento serían los principales desencadenantes de la decisión. Desde esta perspectiva, el no deseo del hijo/a se viste de imposibilidad de sostener la función materna por falta de recursos de apoyo social, económico y afectivo. Esta falta de recursos justifica, desde la visión médica, la decisión como moralmente aceptable. Si las mujeres tuvieran las condiciones para ser madres, no abortarían. Si lo hacen, es porque *no pueden* asumir ese hijo/a, lo cual las diferencia de aquellas que *no desean* hacerlo. En este sentido, el aborto voluntario podría ser considerado como una desviación provocada por las condiciones sociales que *llevan* a la mujer a tomar la decisión. En este registro, el aborto es conceptualizado como una patología o desviación provocada por causas relacionadas con problemas sociales y familiares que interfieren con lo que se espera para las mujeres.

La deconstrucción del modelo tradicional materno-infantil —que ha sido hegemónico en la oferta de servicios de salud hacia las mujeres y en la definición de las prácticas profesionales— exige una crítica radical a la ecuación mujer = madre como dato natural, de modo de permitir otras representaciones del deseo y del no deseo de hijo/a, ambas como legítimas producciones subjetivas y sociales.

A las embarazadas las dejan tiradas. Una mujer embarazada tendría que ser mimada, querida. Y muchas veces encuentran muy poco apoyo. (Médico ginecólogo, 58 años.)

No es lo mismo una mujer sola, encerrada en su propia soledad, decidiendo hacerse un aborto, que una mujer apoyada en ver qué hacer con ese embarazo... De repente la chica abandonada a su suerte termina abortando y sola, con un montón de reproches... (Médico ginecólogo, 48 años.)

No todos llegan con la misma contención del entorno familiar a realizarse el aborto. Todo va a depender de cómo lleguen a ese momento... *Si hubieran tenido un apoyo, no habrían terminado en un aborto.* (Médico ginecólogo, 45 años.)

Estas son la clase de mujeres que genera mayor empatía en los/as profesionales, es decir, aquellas que son percibidas como frágiles, desprovistas de afecto, sin protección de una pareja, sin apoyo de una familia, desvalidas y/o

pobres. En su intervención, el médico busca reparar estas ausencias, a través de un asesoramiento paternal y un apoyo emocional. Su intención se basa en ayudarla para que asuma el embarazo y desista de la idea de abortar. La fragilización, como ya hemos señalado, ha sido una de las estrategias sociales de inferiorización de las mujeres. El profesional busca de esa manera restablecer un orden social que considera la maternidad como destino irrenunciable. El contacto con este perfil de mujeres genera en los/as profesionales sentimientos de pena, tristeza e impotencia.

P2. Hasta con quien vienen acompañadas, es distinto.

P1. Por lo general, vienen *solas*, las de aborto. *Me da pena...*

P3. Sabés lo que me pone peor, es que el médico o la partera hagan una *diferencia* si es espontáneo o provocado. Y lo hacen... (Diálogo grupo focal, parteras.)

En los testimonios de los/as profesionales se puede identificar otro registro que caracteriza a las mujeres que deciden abortar como *descuidadas*, porque han ejercido su vida sexo-genital sin protección, aun sabiendo las consecuencias de no usar un método anticonceptivo. Son las mujeres *irresponsables*, para quienes la maternidad sería un obstáculo frente a otros intereses y para quienes, pudiendo ser madres, no lo desean. Tienen las condiciones materiales (económicas, laborales, familiares) y simbólicas (educación, información) para hacerlo, pero optan por otros proyectos de vida. Estas son las mujeres que reciben, de parte de algunos/as profesionales, el calificativo de *amorales*. Los/as profesionales no se identifican con estas mujeres, pueden respetar su decisión de abortar, pero no la comparten y, en general, sienten rechazo y enojo cuando las atienden. Como dijera un médico: «No entiendo por qué no quiere ser madre».

Porque en ese momento no se acordaron [de usar un método anticonceptivo]. Porque les insistís y les explicás... nos pasa hasta con mujeres grandes, ¡de 35 y 38 años! Que ya tienen familia formada y no quieren un hijo más y les preguntás: ¿con qué te cuidas? Y, sin embargo, los métodos que usan no son seguros. *Las asesorás, les explicás ¡y al tiempo aparecen con un embarazo que no querían!* No es la tónica de todas, pero a algunas les sucede. Y ¿por qué les sucede?... (Médica ginecóloga, 42 años.)

Puede ser que haya mucho de eso, que haya gente o ginecólogos que digan «ah, bueno, ahora arreglate como puedas, si no te cuidaste en su momento, *si fuiste irresponsable...*». No es mi caso, la verdad. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Me da la impresión de que hay una práctica de *sexualidad mucho más libre*, más desenfadada y sin protección. (Médico residente de Ginecología, 30 años, grupo focal.)

Gente que se comporta como adolescente. Porque tuvieron relaciones sexuales, pintó y no se cuidaron. Y a la mañana siguiente despertó y bueno... Se ha de sentir horrible por abortar. Nadie puede sentirse bien al abortar. Porque es la función fundamental del ser humano, la función biológica de reproducir la especie. Creo que no... no se puede sentir bien, salvo que no tenga moral, que *sea amoral*. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Desde sus esquemas de apreciación, donde la maternidad es eje estructurante de los deseos de las mujeres, la decisión de abortar es percibida por los/as profesionales como un acto de irresponsabilidad producto del ejercicio de una sexualidad descuidada. Decisión que, para algunos/as profesionales, luego tendrá costos emocionales trascendentes en la vida de estas mujeres, como, por ejemplo, «el arrepentimiento cuando se toma conciencia del error cometido». La intervención profesional suele vehiculizar mensajes culpabilizadores hacia las mujeres, como estrategia pedagógica para incidir en la decisión o si esta ya ha sido efectivizada, como forma de castigo moral.

La que viene con un aborto provocado..., en gran parte, ellas quisieron lo que les pasó. Uno es más complaciente con una mujer que viene con un aborto espontáneo, que lo está buscando [el embarazo] y que lo desea. Pero *la que viene con un aborto provocado no me moviliza absolutamente nada*. (Médico residente de Ginecología, 37 años.)

Hay que hablar con la mujer. *Respetar su decisión, pero también decirle que no puede andar por ahí sin cuidarse*. Porque la decisión que va a tomar es muy importante y la va a marcar para toda la vida. (Enfermera, 52 años.)

Otro registro que se identificó en los relatos refiere a aquellas mujeres que recurren *con frecuencia* al aborto, las que lo utilizan como método anticonceptivo regular. Un profesional utilizó, para nombrarlas, el mote de *abortadoras* (la contracara de los profesionales *aborteros*), es decir, aquellas mujeres que en su historia reproductiva tienen antecedentes de aborto provocado, que son *reincidentes*, como las definió otra médica. A ellas también les cabe la sanción moral por su irresponsabilidad de no utilizar métodos anticonceptivos. En este grupo también se ubican las mujeres que no han tenido acceso a educación o que no cuentan con capital cultural y recursos de información, y que por ello su raciocinio estaría jaqueado. Estas últimas, a diferencia de las primeras, generan mayor empatía de parte de los/as profesionales, porque mediante procesos educativos sienten que pueden incidir en sus pautas de comportamiento sexual y reproductivo.

G.I. (Hombre, 32 años) Hay casos que dependen también del *hardware*, ¿no? Para poder generar determinado..., o sea, ustedes hablaban de la cultura, de educación en salud sexual y reproductiva, pero tenemos una cosa que va antes que es eso que es la capacidad de haber tenido la educación necesaria para tener determinado desarrollo cultural y un

desarrollo cultural que le permita analizar un problema, dividirlo en sus partes y, luego, en base a las diferentes partes, llegar a una conclusión. Para un grupo de mujeres, que algunas que vemos acá, que no llegan a ese nivel, que no llegan a la capacidad de análisis, entonces las que, como decía X, lo toman como un método anticonceptivo, se ponen las pastillas, vienen, expulsan, se van y vuelven en 15 días cuando tengan una nueva pareja. *Esas pacientes que no llegan a tener capacidad de razonarlo, la capacidad de poder hacer un análisis y ver todo los polos que puede llegar la decisión de hacerse un aborto, esas no les debe generar demasiada culpa, y si genera alguna culpa, debe ser en base a sentimientos, pero no a razón.* Porque hay un grupo que no tiene la capacidad desarrollada por falta de desarrollo cultural, no tiene la capacidad desarrollada para poder analizar el problema. Podrá sentirse mal, pero no sabe porqué se siente mal, pero seguramente ni lo asocian con el aborto. Porque eso es una cosa que había que hacerlo porque... (Médico residente de Ginecología, 32 años, grupo focal.)

Yo pienso que a estas mujeres hay que educarlas para que no regresen con otro embarazo. Me ha pasado, lo he visto. *Desde niñas hay que educarlas...* (Enfermera, 56 años.)

Las mujeres con «falta de educación» son etiquetadas por estos profesionales como deficitarias en su racionalidad para la toma de decisiones y, desde ese déficit, repiten sus historias de abortos porque sus capacidades de aprendizaje de la propia experiencia son limitadas. Según Clavreul (1983), en el discurso médico, el paciente es tratado en cuanto enfermo, y mientras muestre su disposición a ser razonable, se someta al orden médico para recuperar la normalidad que lo aleje de la patología, recuperará su libertad. Al respecto, Herrera dice que «la “imposibilidad” de estas mujeres de volverse sujetos libres, autónomos y razonables parece condenarlas, dentro del orden médico, a una condición de permanente “enfermedad”» (2010: 79).

Por último, se identifican calificaciones positivas de las mujeres que deciden abortar, se las describe, como lo hizo un médico, como *valientes*. Son aquellas mujeres que, a pesar de las condiciones de inseguridad, clandestinidad y sanción jurídica, toman la decisión y la llevan adelante. Son las mujeres para quienes la maternidad no forma parte de su proyecto o, por lo menos, no lo es en ese momento de sus vidas. Esta perspectiva, asociada a una concepción del *aborto* como acto cultural contrahegemónico y emancipatorio para las mujeres, es marginal en el discurso de los/as profesionales. Lo sostienen en mayor medida las mujeres que los hombres profesionales y, en particular, aquellas que, habiendo abortado, comprenden desde ese lugar el proceso por el que atraviesan las otras mujeres. Lejos de una visión de las mujeres como «pacientes» receptoras de la indicación técnica, se trata de una concepción que las considera ciudadanas, capaces de tomar decisiones y de ejercer sus derechos, a pesar incluso de las restricciones

legales para ello. Se trata de discursos que se sustentan en el reconocimiento legítimo de las mujeres como sujetos de derechos, y si bien conviven con contradicciones y ambivalencias, abren paso a nuevas configuraciones de sentido.

Para mí *son unas fenómenas, porque son muy valientes por la decisión de vida que hacen*; no solo la vida de sí que va a vivir o va a morir, sino de proyectos de vida. Para mí es una de las decisiones más difíciles de hacer. Y si llegan a la convicción de que eso es lo mejor, sacrificar otras cosas, para mí es una decisión muy valiente. (Médico ginecólogo, 52 años.)

Tiene que ser una *opción la maternidad*, no como antes que era algo que te pasaba. Me parece que piensa que es una opción, y me parece bien que lo haga así... (Partera, 28 años, grupo focal.)

Yo creo que la mayoría es por situaciones económicas o porque *no está dentro de su plan de vida...* estudiantes que no es el momento y que cuando se les plantea la posibilidad de dar en adopción, dicen ¡no! (Médica ginecóloga, 45 años.)

Estoy convencida de que para la mayoría de las mujeres que abortan *la decisión es liberadora*. (Enfermera, 40 años.)

La combinación de registros discursivos contradictorios que se pudo observar en los relatos de los/as profesionales sobre las mujeres que abortan permite señalar que la propia estructura del campo médico hace muy difícil el cuestionamiento a ciertas representaciones y estereotipos tradicionales sobre las mujeres y, a pesar de estas limitaciones, tiene al mismo tiempo fisuras que generan condiciones de posibilidad para producir —aunque aún marginalmente— otros constructos. Si bien, como dice Herrera, en los «mapas mentales de los profesionales de salud se combinaban elementos del llamado “discurso médico” con otros provenientes de discursos de clasificación social como el de género, etnia y clase social, para dar como resultado esta visión» (2010: 77), también se pueden observar construcciones de sentido, prácticas y disposiciones subjetivas que cuestionan estos mandatos, configurando un escenario institucional en disputa simbólica. Ello es posible porque se inscribe en un contexto social y político atravesado por un intenso debate, con sus controversias y tensiones, y en el que el reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos —como ya hemos señalado— tuvo una traducción legal con la aprobación de la Ley n.º 18.426, que no logró revertir, en ese momento, la tipificación del aborto como delito.

El aborto como evento traumático

Un denominador común que se observó en los testimonios de los/as profesionales, de todas las disciplinas (con excepción de algunos/as psicólogos), fue considerar *el aborto como un evento traumático*, con secuelas emocionales irreversibles y/o duraderas para las mujeres. La literatura científica disponible sobre aborto y salud mental ofrece evidencias sistemáticas⁴¹ que permiten afirmar que los efectos psicológicos del aborto dependen de las circunstancias, los motivos y las condiciones en las cuales tuvo lugar la decisión y la práctica del aborto. Pero, en el discurso de los/as profesionales, esta relatividad no parece tener peso.

Los/as profesionales basan su interpretación en las interacciones que tienen con las mujeres (quienes, sin embargo, no parecen dar señales unívocas al respecto) y, fundamentalmente, en preconcepciones y estereotipos de género. Se pudo observar que realizan una interpretación sesgada de los aspectos emocionales implicados en la situación de aborto, los cuales son leídos en clave de trauma psíquico. Un deslizamiento de sentido en el que opera la ecuación *aborto = evento traumático*. Desde esta perspectiva, la angustia, la ansiedad, la ambivalencia o el temor que las mujeres pueden sentir frente al aborto son interpretados como efectos emocionales nocivos y duraderos de ese acontecimiento. Según los/as profesionales, el efecto traumático se observa en la culpa, en el arrepentimiento, en la angustia (que se traduce en el lloro de las pacientes en la consulta) o en las expresiones de dolor físico (que no se condice con lo médicamente esperable ante el uso de la medicación). Parece difícil comprender que se puede tratar de reacciones emocionales esperables ante una decisión vital difícil. La asignación de un signo negativo asociado a un trauma psíquico irreparable parecería responder más a una consideración del aborto como enfermedad o patología (en cuanto desviación social, como ha señalado Goffman [1973]), y de las mujeres que abortan como irracionales, que a las evidencias científicas divulgadas.

Mirá, yo muchas veces me doy cuenta si esto es un embarazo... por la reacción que tienen luego del legrado. Claro, *te das cuenta porque a veces empiezan a llorar y vos tenés que hacer una continencia*, y, es más, no es raro que la mujer termine diciendo: «Mirá, me puse misoprostol», porque nosotros le preguntamos... (Médico ginecólogo, 52 años.)

Decidir realizarse un aborto es una decisión vital significativa y, como tal, no está exenta de contradicciones y ambivalencias. El contexto de ilegalidad determina que ese proceso tenga características particulares. Las respuestas emocionales, entre ellas el alivio, el malestar o el sufrimiento psíquico, que las mujeres experimentan frente a un aborto voluntario, dan cuenta de las complejidades que este proceso significa para las mujeres, en particular cuando se trata de contextos legales y sociales restrictivos. El aborto que se cursa en el cuerpo impone a las mujeres mensajes que la psique deberá procesar, ya que

41 Hemos hecho referencia a este punto en apartados anteriores.

todo placer o sufrimiento asentado en el cuerpo tiene una expresión psíquica y viceversa. Se trata de representaciones conscientes e inconscientes que dan forma a la dimensión subjetiva del cuerpo. Esta dimensión no es solamente huella de la experiencia corporal directa, sino que se entreteteje con otras que imponen los discursos sociales sobre el cuerpo, creando una compleja trama fantasmática entre la fuerza del soma y la de la cultura, poderosa fuerza que imprime valores, restricciones, imperativos. Este cuerpo subjetivo se expresa también en la experiencia del aborto. Los/as profesionales parecerían disociar el cuerpo biológico del cuerpo subjetivo cuando se enfrentan al dolor o al malestar emocional que relatan las mujeres que vivieron experiencias de aborto en la clandestinidad (López Gómez y Carril, 2010a).

Siempre queda la culpa, *algo que no se puede olvidar...* Tiene consecuencias gravísimas, es algo que se lleva siempre, es algo que no se olvida. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Pero que *deja secuelas*, en general, sí, muchas secuelas. Este... sí. La percepción es que deja y que no lo logran entender hasta mucho tiempo después y *muchas se lo reprochan...* (Partera, 34 años.)

Es muy variable, depende de la situación, pero *todas lo viven como un evento muy traumático* por las razones que sea. [...] Claro, te das cuenta porque a veces empiezan a llorar y vos tenés que hacer una contención... (Enfermera, 55 años.)

El predominio de esta visión sesgada sobre las secuelas psicológicas —irreparables— del aborto lleva a los/as profesionales a suponer que es necesario la instrumentación de dos tipos de abordaje técnico frente a la situación: a) dispositivos de apoyo emocional, cuando se puede estar a tiempo de que la mujer cambie su decisión (en el preaborto) y b) el apoyo psicológico como estrategia para minimizar o tratar el daño (en el posaborto). Al decir de Herrera, «el discurso médico coloniza más que nunca el de la psicoterapia» (2010: 91).

En el primer caso, los/as profesionales médicos, enfermeras y parteras, si bien reconocen tener limitaciones técnicas, sienten que cuentan con habilidades para intervenir en el preaborto. A partir de su «diagnóstico técnico» del aborto = trauma buscan evitar el riesgo psicológico que se les presentifica como inevitable. Estas habilidades técnicas las pondrán en juego en el asesoramiento, buscando encauzar la decisión. «No se trata solo de informar», como dijo un profesional, sino de evitar que la mujer aborte, entre otras razones, porque entienden que luego padecerá emocionalmente los efectos de esta decisión por el resto de su vida. En este contexto, aunque los/as profesionales reconocen su falta de formación en aspectos psicosociales del aborto, se sienten igualmente legitimados a intervenir, desde la autoridad que les confiere el lugar del saber técnico. A falta de un saber específico, se deslizan al terreno de lo moral, con ropaje de saber técnico. Hay algo de *psicología espontánea*, parafraseando a Bourdieu (2003), en la medida que la dimensión de lo afectivo, de la cual se puede dar cuenta a partir

de la propia experiencia subjetiva, parecería no requerir necesariamente de un saber técnico específico. Al respecto, Castro (2011) señala:

[...] Prácticamente no hay materia de la que se ocupen estas disciplinas que no suscite polémicas, debates, censuras y divisiones. Y, a diferencia del objeto de otras disciplinas tan distantes de la experiencia cotidiana del ciudadano común (distancia que, sin duda, contribuye a la respetabilidad de la que gozan) como la física cuántica o la astronomía, el objeto de las ciencias sociales parece pertenecer al reino de lo inmediato, de lo que se vive todos los días con gran familiaridad, de aquello acerca de lo cual todos reclaman poseer ya un conocimiento previo. [...] Todos hacemos sociología espontánea mucho más de lo que puede haber (si acaso lo hay) de física o microbiología espontáneas (Castro, 2011: 13).

Se trata de una práctica basada en una psicología espontánea, del sentido común, normatizadora, que busca revertir la decisión de abortar de las mujeres. Desde esta perspectiva, resulta difícil reconocer o darse cuenta del alivio que sienten muchas mujeres luego del aborto, el cual ha sido ampliamente documentado en la literatura científica a nivel internacional y nacional. Tanto es así que son escasas, en el discurso de los/as profesionales, las referencias al alivio que las mujeres sienten. Cuando se hizo alusión a este sentimiento, surgieron controversias entre los/as entrevistados. El alivio emocional que relatan las mujeres luego de abortar expresa —y al mismo tiempo reafirma— que esa fue la mejor decisión que se pudo tomar, aunque no haya estado exenta de contradicciones y ambivalencias. El siguiente diálogo, que tuvo lugar en el grupo focal de médicos/as residentes de Ginecología, es un ejemplo de ello.

P1. [...] que tendrían que tener *todas un apoyo psicológico después*.

P2. *Lo que es trastorno no sé, sí que te lleve toda la vida, pero que derive en un trastorno... depende del apoyo que tengas.*

P3. *No en una depresión, pero depende de cada uno... Creo que [si] una mujer provocó un aborto, luego, cuando se vuelve a embarazar, es «pah, yo al otro no le di la oportunidad...». He hablado con muchas mujeres que les queda eso, por más de que se hicieran un aborto, por más de que digan «era de un novio de adolescentes que no estaba enamorada». A la mayoría le queda en el fondo esa culpa.*

P5. Yo conozco, además tengo amigas que, ta, les pareció la decisión correcta en ese momento, *y viven con eso y ya está*. Es una decisión que se tomó de una forma pensada, justificada, consciente, *no creo que te genere gran cosa*. No es que te chupe un huevo, pero...

P4. Claro. Tampoco me parece que sea... *es por toda esa controversia moral que genera que se vea así*. Supongo que, más adelante, cuando se vuelva una decisión que la mujer pueda tomar con más libertad, la culpa va a ser cada vez menor, menos que la que hay ahora.

P5. Yo lo que quería decir es que *la mujer, generalmente, después que aborta... es un alivio total, la gran mayoría*. La gran mayoría se van aliviadas.

P3. Claro, *pero yo hablo del después de años*.

P5. Sí, pero de acá se van con un problema solucionado. Para la gran mayoría es...

P1. *El tema es el más adelante*.

P4. Pero, en el caso de que «este no era el momento, no estaban dadas las condiciones», uno lo justificó, y bueno, ta, ya está, es una cosa más de la vida y hay cosas mucho peores con las que uno vive o puede llegar a vivir.

P1. Me parece que eso generaliza mucho.

P5. Depende de cada mujer y depende de por qué lo hizo.

P3. ¡Claro!

P2. ¡Y el apoyo que tengas!

P5. *Pero no siempre te genera un trastorno*.

P1. *No, pero a una gran parte, sí*.

P5. Pero no es tan así. Yo creo que es a la menor parte a la que le genera un trastorno.

P2. Yo no opino lo mismo.

P1. Yo creo que, para mí, está siempre el trauma. No importa si pasaron mil años. Las mujeres te dicen de otra manera si se hicieron un aborto, no te lo dicen igual si fue un aborto espontáneo, lo viven de otra manera. (Diálogo grupo focal, residentes de Ginecología.)

En el segundo caso, la consulta psicológica posaborto se avizora como estrategia paliativa, para remendar el daño que el aborto generaría en la mujer. Para este tipo de intervención, los/as profesionales no se sienten preparados. El aborto construido así como un problema psicológico requerirá un técnico experto de lo *psi* que pueda tratar el trauma psíquico. Ese es el lugar en el cual ubican a los/as psicólogos u otros profesionales psi, el de los reparadores del daño, fundamentalmente en los dispositivos de intervención posaborto. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede decir que el aborto voluntario es construido como objeto profesional en cuanto *patología social provocadora de efectos psicológicos traumáticos*.

P1. *Yo pienso que todas deberían tener una consulta psicológica después del aborto*. Me parece que lo necesitan porque el aborto provoca daño en las mujeres.

P2. ¿Te parece? *Yo pienso que sí, que algo genera*, pero no sé si es necesario que consulten siempre con un psicólogo.

P3. Yo estoy de acuerdo con P1. *Pienso que causa mucho daño y a las mujeres les queda la marca*. No sé, me pongo en ese lugar y no me resulta fácil... (Grupo focal, enfermeras.)

Sobre todo después, porque en el momento... por eso le digo «piénselo bien», porque al principio uno está «no, que no quiero, que no lo quiero» y después... ¡la cantidad que se han arrepentido y se arrepienten! ¿Y después? Ahora sí es más normal, pero antes a las pacientes les daba vergüenza y miedo, por lo legal, consultar y de repente no buscan ayuda y aparte... *¡el trastorno psicológico de las que se han hecho el aborto!* (Médico ginecólogo, residente, 35 años.)

Se puede afirmar que cuando los/as profesionales representan a las mujeres como desvalidas o vulnerables frente al aborto, compelidas a tomar una decisión que, «en el fondo», no desean tomar, la respuesta institucional es más bien terapéutica y las mujeres son consideradas sujetos pasivos que requieren de la intervención técnica correctiva o reparadora. Lejos está este pensamiento de una concepción que las considere sujetos con capacidad y autoridad para tomar decisiones sobre sus vidas.

Cuando se analizó el discurso de los/as psicólogos, estos ofrecieron otras interpretaciones sobre este punto. En general, consideran que el aborto *per se* no produce efectos patógenos en la subjetividad de las mujeres. Ello no significa que sea un acontecimiento banal ni que el proceso pueda estar acompañado de ambivalencia afectiva, dolor psíquico, angustia ante la pérdida del ideal materno o malestar emocional. Dependerá de la plataforma psíquica de cada mujer, de las condiciones legales, sociales y familiares, del origen del embarazo, del momento de vida, de las condiciones en las que tuvo lugar la práctica, entre otras variables. En este sentido, entienden que no hay un patrón de comportamiento psicológico único esperable para todos los casos. Todos/as comparten que se trata de un evento significativo en la vida de las mujeres, y, como dijo un participante del grupo focal, «yo lo que he visto es que es un evento traumatogénico, no necesariamente traumático y en ese sentido puede ser liberador» (psicólogo, 48 años). U otra, que afirmó que «la persona no es más la misma luego de una situación de este tipo. Tampoco es la misma luego de un embarazo que continúa y tiene un hijo» (psicóloga, 55 años). En todo caso, los matices se expresaron más con relación al tipo y alcance de la intervención técnica psi que con respecto a los efectos psicológicos traumáticos del aborto.

La intervención profesional como constructo

Nos propusimos analizar cómo se expresa la relación entre acción técnica y acción moral en las apreciaciones que tienen los/as profesionales sobre sus prácticas de atención a mujeres en situación de aborto voluntario. Un conjunto de preguntas se orientaron a conocer cómo describían los/as profesionales sus intervenciones con mujeres que consultaban por un embarazo no deseado que se planteaban interrumpir o que habían voluntariamente abortado. Nos interesaba saber qué hacían, cómo se sentían, cómo interactuaban con las mujeres. Partimos del supuesto de que los/as profesionales, en particular los/as médicos, desde la autoridad que les confiere su lugar de poder-saber en la sociedad, realizan un deslizamiento de sentido, al intervenir con base en acciones morales más que en postulados propiamente técnicos. El juicio clínico y el juicio moral se presentan *empastados*, de modo que resulta difícil —cuando no imposible— para el propio profesional distinguir estos planos implicados en su práctica profesional.

Según Cook, Dickens y Fathalla (2005), la atención en salud reproductiva plantea con frecuencia problemas éticos y bioéticos de manera compleja. Según los autores, «cada vez que los profesionales de la salud reproductiva se enfrentan a los problemas de la práctica profesional diaria, desde satisfacer las necesidades de las personas vulnerables hasta responder a las solicitudes de confidencialidad de individuos influyentes relacionadas con asuntos sensibles, deben enfrentar interrogantes éticos y bioéticos» (2005: 58). Los autores señalan que se puede identificar cuatro niveles de análisis ético: microético, macroético, mesoético y megaético. El nivel microético se aplica al análisis de cómo una persona trata a otra en función de sus deberes éticos. Se trata del plano de las interacciones entre profesionales y mujeres usuarias. A nivel macroético se analizan los criterios éticos sobre el trato colectivo que un grupo de personas le brinda a otro grupo de personas o comunidades. Se trata del nivel de la definición y orientación de las políticas públicas, y el principio ético de justicia es el que guía este nivel de análisis. Por su parte, el análisis del nivel mesoético se ubica en «algún lugar entre el nivel microético y el macroético [...] y se interesa en los gerentes y administradores de recursos gubernamentales, institucionales y del sector privado, en la medida que orientan la asignación administrativa y burocrática de recursos y establecen prioridades entre necesidades que compiten entre sí» (2005: 71). Finalmente, el nivel megaético, dicen los autores, trasciende los problemas de salud nacionales que pueden ser tenidos en cuenta por la macroética e incluye consideraciones relacionadas con los problemas globales que inciden en la salud humana. Los planos a los que se hace referencia están interconectados y se pueden observar inconsistencias, contradicciones y conflictos entre los distintos niveles. En consonancia con el desarrollo que realizamos previamente sobre los distintos planos implicados en el proceso de la

política pública (definición de la política, organización de servicios y prácticas profesionales), las tensiones que se pueden registrar entre ellos pueden ser analizadas también desde el punto de vista ético.

En nuestro caso, el foco de análisis se ubica en el plano de las prácticas profesionales, donde se concentra el nivel de análisis microético, siguiendo el planteo de Cook, Dickens y Fathalla (2005) y, si bien no desconocemos la importancia de la dimensión ética, desde nuestra perspectiva, su consideración debe realizarse en conexión con otro tipo de análisis, de corte sociológico interpretativo de las percepciones y apreciaciones que los/as sujetos realizan sobre su quehacer profesional. La relación entre acción técnica y acción moral que se expresa en las prácticas profesionales, y que orientó inicialmente nuestra exploración, fue adquiriendo complejidad creciente en el devenir de los encuentros con los/as profesionales. Asuntos relacionados con la articulación entre la dimensión personal y la dimensión profesional (articulación persona-rol profesional) y entre práctica profesional y estatus, en particular los efectos del estigma del aborto en la autoimagen y el ideal profesional, se configuraron como campos de observancia de las tensiones entre lo técnico y lo moral en las apreciaciones de los/as profesionales sobre sus prácticas.

Schraiber (2010) habla de las resistencias de los/as profesionales para abordar determinadas demandas y necesidades de atención de las mujeres, a través de lo que la autora denomina *excusa tecnológica*. A través de ella, los médicos/as justificarían la incompetencia técnica para tratar aquellas situaciones que no pueden reducirse a los clásicos «males de la nosografía», eximiéndose de cualquier tipo de relación o compromiso afectivo, social, político con la situación. Según la autora, el ideal de la buena asistencia se configuraría sobre la base del acceso a la tecnología, la cual representa un bien en sí mismo, desde una concepción de neutralidad de la acción técnico-profesional basada en una lectura biomédica centrada en la enfermedad. Desde este paradigma es que opera la excusa tecnológica, es decir, para aquellas cuestiones categorizadas como problemas sociales y no biomédicos. Se trata de asuntos que trascienden el «cuerpo físico» y que colocan las dimensiones social, cultural y subjetiva de los procesos de producción de salud-enfermedad en el centro de la demanda de atención.

Esta perspectiva contribuye a comprender por qué algunos de los/as profesionales de nuestro estudio, en particular los/as médicos, manifestaron sentirse «incómodos» al atender a mujeres en situación de aborto voluntario debido a que no se sentían «preparados para ello, no saber qué hacer...». Esta excusa tecnológica, basada en la autopercepción del déficit para intervenir de manera técnicamente adecuada, genera condiciones para legitimar que la acción profesional se base en un tipo de intervención de carácter personal a partir de las ideas, preconcepciones y valores que los/as profesionales tienen sobre su objeto de intervención.

Uno de los dispositivos privilegiados para analizar cómo se pone en juego la excusa tecnológica es el espacio del asesoramiento. Como ya hemos señalado en el capítulo anterior, las prácticas de asesoramiento pueden estructurarse desde una visión crítica de los estereotipos y mandatos de género o pueden configurarse como estrategias de reproducción social (Bourdieu, 2011), en las que los actores perpetúan un orden social dominante que produce y recrea modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad. El uso del término *consejería* para designar este tipo de dispositivos, adoptada —en mi opinión, de manera acrítica— por organismos y organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, habilita —desde el propio uso del término— un tipo de intervención que se caracteriza fundamentalmente por su dependencia moral del sistema de valores del/la profesional actuante, quien actúa con base en *consejos* profesionales, no necesariamente ajustados a los lineamientos generales definidos en la política pública. Como señaló Zola (1999a), el punto es dilucidar cuáles factores son de naturaleza exclusivamente técnica y científica, y en tal sentido advierte que uno de los peligros es enmascarar la práctica profesional con todas sus complejidades y presentarla como un orden que remite solo a la competencia técnica, científica y objetiva, ofreciendo una construcción despolitizada de esta.

En esta dirección, los dispositivos y prácticas de asesoramiento pueden ser considerados analizadores de los procesos de cambio social e institucional. Los modos como se conciben y organizan estos espacios permiten observar las tensiones implicadas y cómo los actores, en este caso, los/as profesionales, gestionan la relación entre acción técnica y acción moral en sus intervenciones profesionales.

Las situaciones que escapan a la nosografía clásica, como, por ejemplo, el aborto voluntario o la violencia contra las mujeres, son las más de las veces consideradas por los/as médicos/as como asuntos que competen a la esfera extra-técnica y, al ser ubicadas desde esta concepción, se legitima la puesta en juego de la llamada excusa tecnológica (Schraiber, 2010). El análisis de los testimonios permite afirmar que esta excusa tecnológica opera para configurar dos clases de intervenciones que, con frecuencia, fueron referidas por el personal médico (en particular, la primera de ellas): a) la derivación a otro profesional y b) la acción desde lo personal. Ambas intervenciones se presentaron bajo la cualidad de la práctica profesional.

Mediante la derivación a otro/a profesional, se busca resolver la situación planteada por la mujer mediante una puesta de distancia personal y deslinde profesional del *caso* para que otro/a profesional sea quien lo asuma. El/la profesional argumenta que no cuenta con herramientas técnicas o con condiciones institucionales o laborales para «resolver la consulta» y, por tanto, la mujer será mejor atendida en otro espacio y con otro profesional. Por su parte, la acción desde lo personal es un tipo de intervención en el que adquiere relieve el sistema de valores del/de la profesional mediante una serie de apreciaciones ideológicas, morales o religiosas que se presentan tras el formato de juicio clínico, dotado de autoridad y valor técnico-científico. Asimismo, la acción desde lo personal

introduce otras variantes que remiten a la compleja relación entre lo personal (es decir, la dimensión de lo subjetivo) y lo profesional en el ejercicio del rol.

Como hemos analizado en apartados anteriores, el aborto voluntario como objeto de intervención profesional no es unívoco en los/as profesionales, producto de las transformaciones sociales y políticas sobre salud y derechos sexuales y derechos reproductivos que se registran en el período de estudio. En este escenario cambiante, los/as profesionales dan cuenta de narrativas que definen el aborto como problema social, no solo por sus consecuencias, sino también por sus causas. Al mismo tiempo, se registra un desplazamiento del foco de la intervención del aborto como objeto abstracto a las mujeres que abortan. En este sentido, es interesante observar las mediaciones entre estos procesos de construcción del aborto como objeto profesional y los procesos de construcción de las intervenciones técnico-profesionales, con las variantes y especificidades propias de cada campo profesional. La apertura de estas líneas de interrogación resulta clave para analizar las condiciones institucionales y técnico-profesionales que inciden en el cambio de modelo de atención en salud hacia uno integral en salud sexual y reproductiva.

Articulación persona-rol profesional en la atención de mujeres en situación de aborto

El análisis de los relatos de los/as profesionales permitió observar cómo es considerada la dimensión personal implicada en la intervención técnico-profesional. Rothman y Vilaseca (2001) han acuñado la noción *articulación persona-rol profesional* para dar cuenta de cómo se pone en juego la subjetividad en el ejercicio del rol profesional. Esta noción resulta útil para analizar cómo, en el ejercicio profesional, se entrelazan cuestiones que remiten a las trayectorias biográficas, las cuales junto con otros dominios dan cuenta de las relaciones conscientes y no conscientes que el/a profesional tiene con su objeto de intervención. Lo que Lourau (1994) definió como *implicación*. El análisis de la implicación es una herramienta útil para comprender los niveles de involucramiento personal con la tarea profesional. Se trata de un proceso complejo que exige condiciones de posibilidad para que ello acontezca. Los niveles de determinación de la práctica profesional son un precipitado de planos diferentes que remiten a lo social, lo político, lo ideológico, lo económico y lo subjetivo. El tratamiento de este último plano habitualmente queda excluido de las políticas públicas y del análisis social e institucional. Se suele considerar que la subjetividad es una dimensión de lo íntimo-privado, que cada quien en función de sus posibilidades podrá —o no— abordar en espacios extrainstitucionales. Así, lo subjetivo, considerado como asocial, queda escindido del análisis de las prácticas profesionales. Sin embargo, las reacciones emocionales frente a las mujeres que abortan o frente a los/as colegas que lo practican, las trayectorias biográficas y los modelos

mentales desde los cuales enuncian, piensan y actúan profesionalmente, entre otros aspectos, operan —junto con otras dimensiones— para producir modos específicos de intervención técnico-profesional.

G2 (mujer, 30 años). A mí me parece que depende de la vivencia de cada uno. Me imagino que para una mujer que tiene 40 años y que tiene que lograr un embarazo y no ha logrado un embarazo, que vengan estas mujeres con uno, dos, tres abortos o un aborto, lo que sea, le da rabia; supongo, no es mi caso. *Creo que me daría rabia tratar de tener yo un embarazo y no poder lograrlo, y ver que se te está terminando el tiempo para poder lograrlo y que vengan pacientes que deciden abortarlo.* (Médica residente de Ginecología, 35 años, grupo focal.)

Yo no solo me imponía *desde mi lugar de licenciada, sino como mujer, porque lo había vivido*, porque cuando yo me fui a realizar un aborto provocado, yo no quería sentir dolor... (Enfermera, 56 años.)

Los/as médicos/as, psicólogos/as, enfermeras/os, parteras son profesionales que se han construido como tales en una sociedad determinada y en momentos históricos particulares. Los modos de hacerse profesional son producto de mandatos y encargos sociales, de dispositivos académicos de formación y de ejercicio profesional, así como de procesos de índole subjetiva que construyen identidades profesionales históricamente situadas. Los/as profesionales del campo médico-sanitario incorporan y reproducen cotidianamente los *habitus* a través de sus prácticas profesionales que se generan y matizan en los dispositivos de formación universitaria. Al decir de Castro, «se trata de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente) por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce» (2014: 174).

El estudio sobre la formación médica forma parte de la literatura clásica en la sociología de la salud, en especial a través de los estudios seminales de la Escuela de Columbia (Merton, Reader y Kendall, 1957) y de la Escuela de Chicago (Becker *et al.*, 1961). Según Castro (2014), se han identificado los tipos de aprendizaje que los/as estudiantes de medicina deben incorporar como base del ejercicio del rol profesional: el entrenamiento en la incertidumbre (saber diferenciar entre las limitaciones de la ciencia médica y los límites personales), el entrenamiento para la atención *distante* (aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes) y el entrenamiento en el manejo de los errores y los fracasos en su práctica. Es interesante observar cómo estos aprendizajes —que se centran especialmente en la relación entre lo personal y lo técnico-profesional— se ponen en juego en la atención a mujeres en situación de aborto. Para Castro, «estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que juega un papel central en la génesis del *habitus* profesional» (2014: 191), el cual se define a partir de un currículum oficial y de un currículum oculto a través de los cuales se sientan las bases para la producción y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social.

Las consideraciones sobre las políticas de formación médica y sus efectos en términos de subjetivación y de creación de profesionales no pueden extenderse mecánicamente a las otras profesiones que actúan en el campo de la salud, aunque ellas compartan algunas de sus características en lo que refiere a los modos de articular lo personal y lo profesional en el ejercicio del rol. Tampoco puede considerarse un todo homogéneo y ahistórico, ya que la formación médica registra variaciones que conviven con otras características estables en el paso del tiempo.

Reconociendo que existen diferencias entre las distintas formaciones académicas del área de la salud, es importante considerar que los discursos de los/as profesionales dan cuenta de que en todas ellas existe interés por el tratamiento de la relación persona-rol profesional (ya sea en la búsqueda de sinergias entre estos dos planos como de su disociación operativa) en la medida que se la visualiza como una dimensión que inevitablemente actúa en la configuración de las acciones técnico-profesionales.

Los caminos tienen que venir por varios lados... las políticas pueden ser uno, pero también está la formación del profesional. *El problema que la calidad humana no la podemos formar*, eso viene de la familia, de los valores. Si yo tengo un buen ginecólogo, tengo políticas que están apoyando a la institución, pero él, como humano, como hombre, no trata a esa mujer con el respeto que ella se merece, *podrá ser excelente técnico, pero humanamente no lo es*. (Enfermera, 43 años.)

Pero si no estás convencida de que eso está bien... en enfermería hay de todo... hay que apuntar a la formación desde los primeros momentos, no solo de los ginecólogos. Para los médicos, los pacientes son la cama o la patología, pero para enfermería son algo más y *eso lo transmitimos a los estudiantes, pero si además no lo traen desde la cuna...* (Enfermera, 58 años, grupo focal.)

[...] Toca cuestiones muy primarias. [...] Yo lo he vivido en una manera muy progresiva, esto es parte de mi vida, a mí me implica mucho tiempo. Pero no es de un día para otro que tú te convences de este tema. *Esto lleva un proceso de convicción personal muy fuerte, además de la formación*. (Psicóloga, 47 años.)

A mí me parece que es un tema personal, psicológico y social de cada uno de nosotros, de cada uno. *Es diferente para cada uno*. (Partera, 59 años.)

La dimensión subjetiva a la que hacen referencia los/as profesionales relacionada con los sistemas de valores y con las convicciones fue identificada como un factor clave en la intervención profesional. Lo que es interesante observar es que esta dimensión queda circunscripta a la órbita de lo individual (disociado de lo social) y los dispositivos de formación (al menos los que tradicionalmente se definen en las instituciones de formación profesional) no

parecerían tener como objetivo su abordaje. Varios de los estudios disponibles referidos en capítulos anteriores han coincidido en afirmar que el déficit en la formación integral de los/as médicos (y, en general, de los/as profesionales de la salud) con relación al aborto es un factor relevante para la implementación de políticas públicas que favorezcan el acceso a servicios de aborto legal o para la prevención de aborto de riesgo.

Desde nuestro enfoque, entendemos que las posibilidades de los/as profesionales para atender a las mujeres en situación de aborto —desde una postura que garantice su decisión, la respete y la promueva—, no se limitan al campo de los recursos cognitivos y de información disponibles en los/as profesionales. Entenderlo así es producto de una mirada simplificadora y unívoca de las complejidades implicadas, que por lo pronto conduce a la insistencia en el desarrollo de estrategias de capacitación que —más allá de las buenas intenciones— no provocan necesariamente cambios en las relaciones de poder ni trastocan el ordenamiento del campo médico.

En todo caso, sería interesante analizar si los dispositivos de capacitación que han incluido el tratamiento de los sistemas de valores personales de los/as profesionales (como, por ejemplo, los talleres de clarificación de valores y transformación de actitudes [CVTA]) han generado efectos positivos en la transformación de las relaciones de poder entre profesionales y usuarias. La OMS, por ejemplo, recomienda el uso de actividades de capacitación de proveedores basados en estrategias de clarificación de valores. Asimismo, ha recomendado que los programas de formación utilicen una amplia gama de metodologías de enseñanza-aprendizaje que abarquen las habilidades técnicas y las clínicas, así como las creencias y actitudes de los/as profesionales respecto al aborto (OMS, 2003). Según Gómez Ponce de León y Turner (2009), la aplicación de capacitaciones con base en CVTA a cargo de la organización internacional IPAS, en varios países del globo, reportó resultados positivos en términos de la valoración de los/as profesionales que participaron de estas experiencias y su traducción en mejora de las prestaciones. Sin embargo, los estudios disponibles no parecen ser concluyentes respecto al impacto de este modelo de capacitación en el acceso de las mujeres a sus derechos en el espacio de la salud. Sin desconocer la importancia que significa la incorporación del análisis de la dimensión ética y del sistema de valores personales de los/as profesionales, entendemos que si ello no se articula con el tratamiento de otras dimensiones que están implicadas en el campo de la salud y en la formación profesional, el análisis del marco valorativo es insuficiente para dar cuenta del orden social e institucional que se pone en juego. Por ejemplo, ¿desde el enfoque CVTA es posible deconstruir la relación entre valores personales y valores profesionales transmitidos desde la formación de grado? O ¿es posible incidir en la organización del poder y las jerarquías dentro del campo médico y sus efectos de dominio hacia otras profesiones y hacia las usuarias?

En este sentido, uno de los aprendizajes básicos en la formación médica es el entrenamiento para una atención *distante* que desligue lo personal de lo profesional.

Ello se sostiene en un paradigma que postula la supuesta objetividad y neutralidad de la acción técnico-profesional. Este aprendizaje incorporado en la visión de los/as médicos como herramienta técnica se impone cual mandato profesional, en la medida que el/la profesional debe ser capaz de objetualizarse, de desimplicarse afectivamente y moralmente, movimiento que resulta difícil de sostener.

Yo creo que el ginecólogo como actuante pone distancia como cualquier profesional. No te vas a involucrar sentimentalmente con cada uno de los pacientes; si no, abandonás la profesión antes de recibirte de especialista. (Médico ginecólogo, 56 años.)

Una cosa es lo que creamos para nosotros y otra es lo que, como profesionales de la salud, estamos obligados a transmitir o a informar. Creo que es muy válido que uno pueda estar en contra del aborto y que al mismo tiempo uno no puede transmitir eso al usuario, a la persona que está consultando. O tener que abrir, fuera de todo subjetivismo, las opciones y actuar en forma ética, recta, y no es fácil. Y no es fácil porque es un ser humano. (Médico ginecólogo, 45 años.)

Entonces, ¿cómo se vive este desdoblamiento en la relación persona-rol profesional al que hacen referencia los/as profesionales médicos como condición que les permitiría operar técnicamente, es decir, *atender con distancia*? Tal vez esta pregunta oriente la comprensión de los recurrentes silencios con los que nos encontramos cuando le preguntamos a los/as profesionales cómo se sentían al recibir a mujeres en situación de aborto. Fue interesante observar que a la mayoría de los/as médicos/as, a diferencia de las otras profesiones, les resultaba «difícil» articular una respuesta a esa pregunta porque ello —probablemente— les exigía integrar la dimensión afectiva a su reflexión sobre el quehacer técnico. Parecería tratarse de un proceso similar al que opera con los pacientes, de despersonalización, en este caso del profesional, como exigencia para la acción técnica, el cual se ve interpelado cuando la pregunta se coloca en el plano del análisis de la implicación. Es decir, cuando se trata de enunciar qué *me* pasa al enfrentar estas situaciones, cómo *lo vivo*, cómo *me* siento, en la medida que es una pregunta que busca provocar la relación virtuosa entre los planos del sentir, el pensar y el hacer en la acción técnico-profesional.

Entrevistadora: —¿Qué es lo que usted siente frente a una mujer que le dijo que abortó o que quiere abortar?

—Mirá, yo lo que *trato es de no juzgar a la mujer*, y tratar de interpretar y apoyar la situación. Porque creo que hay situaciones diversas en las personas y muchas veces nos llevan a tomar decisiones límite, ¿no? Pero siempre tratar de interpretar y apoyar, ¿no?

Entrevistadora: —Claro, pero, a ver... Eso sería lo que usted hace, pero la pregunta es sobre lo que usted siente cuando una mujer viene y le dice «doctor, esto no lo quiero más», ¿qué le pasa a usted?

[El entrevistado queda en silencio cinco segundos.]

[Suspira.]

[El entrevistado queda nuevamente en silencio.]

—*No sé, no es fácil de explicar* porque, este... como te dije, yo siempre estoy a favor de la vida [...]. Pero profesionalmente trato de ser respetuoso con la mujer. (Médico ginecólogo, 55 años.)

Entrevistadora: —¿Qué sentís cuando una mujer te dice que quiere abortar?

—Que es un... [silencio] *¿Qué siento?* [Silencio largo.] *Que tal vez... Si bien lo respeto...* [silencio]. Y bueno, depende de la situación..., depende de la situación..., depende del vínculo que creé con la paciente... (Médica ginecóloga, 45 años.)

Como contracara, los relatos de algunas parteras y enfermeras permitieron observar otros modelos de ejercicio del rol profesional en los que el involucramiento personal se antepone a la *atención distante*. Las parteras, por ejemplo, relataron experiencias concretas en las que su intervención profesional trascendía los límites del servicio de salud y el encuadre institucional. Se trataba más bien de un tipo de asesoramiento que hemos denominado integral-implicado, caracterizado por una modalidad de ejercicio del rol profesional donde compromiso personal y profesional se imbrican. Se trata de un tipo de posicionamiento que genera posibilidades de mayor cercanía con las mujeres y las comunidades. Estas profesionales se perciben como parte de redes sociales informales a través de las cuales brindan información, apoyo y acompañamiento a las mujeres. Desde su lugar de cuidadoras, asumen un mandato de género que maternaliza todos los roles y se hace extensivo a todos los ámbitos de desempeño, incluido el profesional. También puede considerarse que se trata de una modalidad de construcción del rol profesional que se desmarca de la «neutralidad» que impone el campo médico. El relato que a continuación se presenta y que formó parte del diálogo del grupo focal de parteras es elocuente al respecto:

PI. Y son situaciones que nosotros vemos todos los días y que podemos medir el grado de riesgo o no, *igual nos suben los niveles de ansiedad*. Alguien que no sabe qué es lo que está pasando por más que vos le hayas explicado con detalles... A mí me ha tocado acompañar a alguien que sabía y en ese momento no sabía nada y era una médica. *Me llamaba a las dos de la mañana...* Y ella sabía exactamente lo que iba a pasar, hasta el libro me pidió. La asesoré. Tuvo que ir con su receta a comprar ella misma las pastillas porque no las conseguía en ningún lado y en ese momento me dijo «a mí se me quemaron todos los papeles». Me llamó a la una de la mañana y me dijo «¿estoy empapada en sangre, qué hago?»... Y ahí es como decís vos: *¿hasta dónde me involucro? ¿Estaré bien involucrándome? ¿Me involucro porque es paciente, porque es colega, porque*

algún día puede pasarme a mí? Empezamos a pensar en todo eso. Y de cómo podemos después resolver, porque uno se mete en situaciones muy angustiantes... y después uno tiene que reponerse. Porque te emocionás con un parto y esto también llega hasta lo más profundo. *Entonces, digo, es muy difícil en esta profesión estar al margen de las cosas que te van pasando. Entonces, eso también te hace estar afuera o adentro, afuera o adentro.* (Partera, 45 años, grupo focal.)

P2. Yo pienso que *no es posible dejar de involucrarse cuando tenés compromiso con la salud y con las mujeres.* A mí me pasa que... cómo te puedo decir, yo, si tengo que dejarle mi celular, lo hago, no me voy tranquila sabiendo que una mujer se va sola a su casa a ponerse las pastillas... ¿Y si algo sale mal? ¿Qué hace? No sé, yo conocí mujeres que, estando solas en su casa con sus hijos, la pasaron muy mal porque no tenían con quien hablar del tema. Es muy duro eso... (Enfermera, 32 años.)

El siguiente fragmento de diálogo del grupo focal da cuenta de cómo se perciben las parteras en la construcción y desempeño de su rol profesional:

P1. Nosotras..., me pasa que llega al servicio de salud gente que se ha colocado las pastillas, entonces por eso es frecuente.

P2. A mí *me pasa en el pasillo.*

[Se superponen las voces.]

P3. No sé si es por mi forma de ser, pero me pasa en el pasillo... «Vení que tengo que hablar con vos», personas...

P2. A mí *me llaman por teléfono...*

[Se superponen las voces.]

P5. *La vecina, la que hace un mandado, la almacenera...* No me pasa tanto en la policlínica, con la paciente que se sienta y no la conozco y me dice «estoy embarazada y no lo quiero», eso no me pasa. Me pasa más...

P8. [...] *A mí me pasa que me llama gente porque otra persona me conoce entonces la derivan y te sienten como una fuente segura para recibir información.* Y eso se corre muy rápido dentro de los lugares donde una está, que va más allá de lo profesional. Es lo que yo siento, que cuando la gente empieza a encontrar el tema de la confianza. La confianza que me inspira cuando da la información, cuando... ¿no? *Entonces eso va como haciendo una tela que se va narrando que va más, me parece, con lo personal y va por fuera del lugar donde uno trabaja.* (Diálogo grupo focal, parteras.)

En el plano de la dimensión personal, el peso del factor religioso en la práctica profesional en salud es materia de investigación hace ya varios años en la región. A diferencia de lo que sucede en otros países, los/as profesionales

de nuestro estudio hicieron escasas referencias a las opciones religiosas y su influencia en la acción profesional en aborto. Estos/as profesionales declararon tener baja religiosidad, en sus relatos la religión no fue un aspecto relevante en las valoraciones sobre la relación profesionales y aborto. Según el Informe 2014 de Latinobarómetro, la población uruguaya se autoidentifica como religiosa en un 54 % (41 % como católicos y 13 %, otras religiones) y la población atea y agnóstica es de 38 %, pero la práctica religiosa es baja y se constata una arraigada cultura de la laicidad del Estado (Ferré, Gerstenblüth y Rossi, 2009). En este sentido, y en comparación con la mayoría de los países de la región,⁴² donde los estudios que hemos relevado reportan el importante peso de este factor como barrera para la instrumentación de servicios de aborto legal o de prevención de aborto de riesgo, en el caso uruguayo la religiosidad no parecería ser un elemento relevante, desde la perspectiva de los/as propios profesionales.

En los que tienen prejuicios religiosos, ahí sí he encontrado que es una práctica mala que no se debe hacer. *Pero eso es un grupo, creo que de menor cuantía dentro de los ginecólogos. [...] Tienen una posición religiosa muy firme... bueno, entonces para ellos es una práctica horrible. Pero, para el resto, no es la práctica en sí... uno dice «no se cuidó» y no sé qué, «qué pelotuda», «es culpa de ella», pero bueno, ahora vamos a solucionar el problema. (Médico ginecólogo, 58 años.)*

Yo lo que sé es que las personas que *no asesoran es por lo religioso y tampoco las derivan, pero no son muchas.* (Médica residente de Ginecología, grupo focal.)

En todo caso, las resistencias de los/as profesionales parecen estar radicadas en otros órdenes de determinación que no remiten preponderantemente al plano religioso, aunque puedan estar relacionadas con este. En especial, se ubican en los planos de las convicciones morales, de los sistemas de valores, de las relaciones y estereotipos de género producto de construcciones sociales incorporadas subjetivamente. Como hemos señalado, es interesante consignar en los discursos de los/as entrevistados la convivencia de visiones de mundo diferentes y contradictorias. Desde aquellas que reproducen la dominación de género y todas sus intersecciones a otras que promueven visiones y prácticas que cuestionan ciertos instituidos, históricamente invisibilizados y naturalizados.

G1. Que los profesionales que no quieran hacerlo que no lo hagan...

G5. Creo que es un tema en el que nunca nos vamos a poner todos de acuerdo, en muchas cosas.

G2. *Me parece que, aunque seamos profesionales y todo, hay convicciones propias e internas que trae uno que...*

42 Según el Latinobarómetro 2014, Uruguay es el país con menor presencia de población católica de la región y con mayor presencia de ateos y agnósticos.

G3. Pero que también hay que trabajarlas así porque así se trató el tema del asesoramiento y llevó años... capaz que *esta etapa es nueva y va a llevar a muchos profesionales a que puedan internalizar algunas cosas y poner de lado otras, porque es una etapa nueva*, va a ser una etapa nueva [...]. (Grupo focal, ginecólogos.)

Como hemos mencionado anteriormente, la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que incluye la aplicación de la normativa n.º 369 de prevención de aborto de riesgo, no incluyó la figura de la objeción de conciencia como opción para los/as profesionales médicos. Por lo tanto, en el contexto jurídico que tuvo lugar el estudio, esta posibilidad no estaba contemplada. Como veremos en el siguiente apartado, ante la pregunta específica sobre si realizaría abortos en un hipotético escenario donde este estuviera despenalizado, las reservas y dudas que presentaron algunos/as médicos parecerían estar fundadas más en razones relacionadas con el estatus y el prestigio profesional y con cuestiones filosóficas e ideológicas sobre las mujeres, la maternidad y la procreación que en razones de índole religiosa.⁴³

43 Como hemos señalado, en noviembre de 2012 fue aprobada la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual incluye la objeción de conciencia para los/as médicos ginecólogos. Esta fue puesta en marcha en el SNS en enero de 2013 y —según datos oficiales—, poco menos de un tercio son objetores de conciencia. Los estudios primarios que se han realizado sobre este punto ofrecen indicios sobre los argumentos en los que se basan los/as médicos objetores y, en general, estos no refieren a cuestiones de índole religiosa. Aún más, en varios casos, no parecería tratarse *stricto sensu* de razones ideológicas o filosóficas como establece la figura de la objeción de conciencia en cuanto derecho de los/as profesionales (MYSU, 2015).

La excusa tecnológica: el estigma del aborto en el horizonte

La investigación sobre aborto voluntario a nivel internacional ha retomado, desde hace unos pocos años, el estudio sobre estigma (concepto originalmente propuesto por Goffman [1963]), y lo ha ubicado en el centro del marco conceptual como opción teórica (y política) para analizar sus modos de producción y sus efectos en mujeres, profesionales y comunidades locales. Según Cockrill y Hessini (2014), la investigación sobre estigma y aborto está subdesarrollada en comparación con otras aplicaciones del concepto en asuntos como VIH o enfermedad mental, donde se puede encontrar un importante volumen de estudios. En un texto reciente, Kumar (2013) señala la importancia de la precisión y el rigor en el tratamiento del concepto de estigma del aborto, ante la observación de un creciente e impreciso uso del término.

Abortion stigma has been defined as «a negative attribute ascribed to women who seek to terminate a pregnancy that marks them, internally or externally, as inferior to ideals of womanhood» (Kumar *et al.*, 2009). This definition is linked to ideals of womanhood such as female sexuality being solely for the purpose of procreation, that women are not «real women» until they are mothers, and the idea that all women at all times wish to be mothers. The distinguishing feature, however, of abortion stigma from other types of reproductive stigmas is that women who seek to end a pregnancy are making an active decision to end a potential life (Kumar *et al.*, 2009). It is not only life that women can give, but also death and that is deeply disturbing to the moral order (Kumar, 2013: 329).⁴⁴

La autora señala los esfuerzos que se han realizado para expandir el concepto relacionándolo con la discriminación y la exclusión social (Tagoe-Darko, 2013; «Independence of Private versus Public Abortion Providers...», 2012) y en el caso de los proveedores, como un dato que puede coexistir con la convicción moral sobre el servicio que brindan como valioso, según lo han desarrollado Martin, Debbink, Hassinger y Harris (2011). Varios autores coinciden en afirmar que el limitado acceso a servicios de aborto legal y seguro, la escasez de profesionales entrenados/as y preparados/as para prestar servicios de aborto seguro, y las leyes que lo penalizan pueden ser causas de estigma o pueden ser su consecuencia. Como no se trata de un concepto binario, la intensidad del

44 El estigma del aborto se ha definido como «un atributo negativo atribuido a las mujeres que buscan terminar un embarazo y que las señala —interna o externamente— como inferiores en función de los ideales de la feminidad» (Kumar *et al.*, 2009). Esta definición está vinculada a ideales de feminidad acerca de la sexualidad femenina cuya finalidad debe ser únicamente reproductiva o procreadora; a que las mujeres no sean consideradas «mujeres reales» hasta ser madres, y a la idea de que todas las mujeres siempre desean ser madres. La característica distintiva del estigma del aborto respecto a otros tipos de estigma es que las mujeres que buscan terminar un embarazo toman una decisión activa para terminar con una vida potencial (Kumar *et al.*, 2009). No solo las mujeres pueden dar vida sino también pueden decidir no darla y eso es profundamente perturbador para el orden moral (Kumar, 2013: 329). (Traducción de la autora).

estigma del aborto puede fluctuar dependiendo de los marcos legales y, en este sentido, el estigma estaría directamente producido y relacionado con las dinámicas sociales (Harris y Grossman, 2011). En esta misma dirección, Kumar (2013) señala que es importante distinguir analíticamente el estigma de los procesos y dinámicas sociales incluyendo la discriminación, el prejuicio y la exclusión social tanto para entender sus relaciones como para identificar su especificidad.

En 2009, Kumar, Hessini y Mitchell conceptualizaron la producción social del estigma de aborto y clasificaron los niveles de incidencia (individual, comunitario, institucional, estructural y societal). Mientras que Norris *et al.* (2011) exploraron las múltiples constituciones, causas y consecuencias del estigma en mujeres y profesionales. Algunos autores han desarrollado evidencias que permiten relacionar el secreto y el silencio sobre el aborto con el temor al estigma (Shellenberg y Tsui, 2012). En esta misma dirección, Kumar, Hessini y Mitchell (2009) señalaron que el silencio y el secreto asociados al estigma se sostienen en, y a su vez producen, una imagen distorsionada de la realidad, en la medida que construyen la visión de que el aborto es un fenómeno raro. A ello le llamaron *prevalence paradox*, la paradoja es que siendo un fenómeno bastante prevalente parece infrecuente y ocasional. Según Freedman (2010), el estigma estructural que rodea al aborto es la principal barrera para que los/as profesionales, incluso aquellos que han sido capacitados especialmente, asuman la provisión de servicios. Por su parte, Cockrill y Nack (2013) han señalado que las estrategias que utilizan las mujeres y los proveedores para manejar el estigma del aborto contribuyen, sin que esa sea su intención, a reforzar el silencio y el aislamiento social. En la región, Sorhaindo *et al.* (2014) han estudiado recientemente el estigma del aborto en cinco estados de México y concluyeron que el cambio legal ha contribuido a disminuir los prejuicios y el estigma, particularmente en la Ciudad de México.

Según Harris, Martin, Debbink y Hassinger (2011), en un estudio realizado en Estados Unidos se pudo observar que los trabajadores/as relacionados con los servicios de aborto legal sienten los efectos de realizar un trabajo socialmente estigmatizado y reportaron la experiencia del estigma tanto en los discursos públicos como en el relacionamiento con sus familiares directos y amigos. En particular, hallaron que en el caso de los/as médicos, el trabajo en aborto les representa una amenaza a su prestigio y legitimidad profesional. Ellos perciben que son juzgados como moral y técnicamente deficitarios e incompetentes tanto por colegas que optaron por otro tipo de carrera profesional como por las propias pacientes. Los autores del estudio postulan la hipótesis que denominaron *legitimacy paradox*, en la que la paradoja es que aunque muchos médicos muy capacitados y legitimados brinden servicios de aborto, quienes realizan abortos continúan siendo estereotipados como ilegítimos, desviados o médicos/as de mala calidad. El silencio en torno al aborto, que no solo afecta a las mujeres, sino también a los/as profesionales, refuerza el círculo vicioso según el cual se trataría de una práctica poco frecuente, inusual, o, por lo pronto, su no divulgación

alimentaría la creencia de que ningún profesional conocido presta servicios de aborto. De esa forma, el estereotipo social que legitima la creencia que los médicos/as convencionales no practican abortos se perpetúa.

En nuestro estudio, inicialmente no nos propusimos indagar sobre el estigma del aborto con los/as profesionales. Con el devenir de las sucesivas lecturas del material de campo, comenzamos a identificar una serie de indicios que nos condujeron a introducir algunos de los elementos conceptuales relacionados con estigma y aborto. En particular, nos interesó analizar en qué medida la excusa tecnológica a la que hace alusión Schraiber (2008, 2010) —y que hemos adoptado en nuestro análisis— se relaciona con el estigma del aborto o con el temor de los/as profesionales a ser estigmatizados en su práctica profesional si se los relaciona con el tema. Siguiendo esta línea de pensamiento, la excusa tecnológica no solo se explicaría a partir de una concepción biomédica de la salud (que objetualiza y separa mente y cuerpo, y que considera la salud y la enfermedad como ocurrencias asociales), sino que también parecería basarse en el temor a la desacreditación profesional. Entonces, se podría considerar que el origen de la excusa tecnológica no está relacionado únicamente con una concepción teórico-técnica sobre los límites y alcances de la intervención profesional, sino también con efectos del estigma del aborto en los/as profesionales.

Una de las prácticas que hemos recogido como frecuente en el relato de los/as profesionales era la derivación hacia otro colega o servicio para que realizara el asesoramiento a las mujeres en situación de embarazo no deseado. Hemos observado, en particular, en los/as profesionales médicos, que la derivación se justificaba en la valoración sobre sus propias limitaciones técnicas para atender adecuadamente estas situaciones. Si bien la normativa n.º 369 incluida en la Ley n.º 18.426 establece que todo profesional puede realizar el asesoramiento, sin embargo, para algunos/as de estos profesionales, esta acción técnica no era factible. Los argumentos esgrimidos se basaban en la falta de preparación para ello, en que otro profesional podría hacerlo mejor o en el temor a la sanción penal.

A pesar de que el marco normativo habilita el asesoramiento pre y posaborto a cualquier médico o profesional de la salud, para algunos se producía una asociación o un deslizamiento de sentido entre asesorar y practicar el aborto. Desde esta perspectiva, en algunos/as profesionales, la derivación al servicio del CHPR se sostenía en el imaginario de que allí se realizaba no solo el asesoramiento, sino que se colaboraba para «resolver» la situación. Este imaginario también fue observado en mujeres que concurrían al CHPR con la expectativa de acceder al aborto, según han reportado algunos estudios al respecto (Carril y López Gómez, 2008; Rostagnol, 2008). En la medida en que no se distinguen ambos planos del proceso, el asesoramiento a las mujeres (que habilita la normativa) y la realización de la práctica (que pena la ley), se generaba como efecto directo, en algunos/as profesionales, la toma de distancia de la situación por temor a la sanción penal.

En general, *las referimos al Pereira* [se refiere al CHPR]...⁴⁵ yo lo que palpo es que los profesionales que yo conozco las derivan al Pereira... Y yo le informé que dada la situación actual, que para poder practicarse un aborto, si usted quiere abortar, la tengo que derivar al Pereira Rossell... *porque si vos te involucrás, ¿dónde podés terminar vos también?* Porque la ley actual es esa... (Médico ginecólogo, 55 años.)

Al mismo tiempo, en varios testimonios de profesionales observamos que otro registro operaba de manera eficiente, generando la toma de distancia de la situación, ejercida a través de la derivación. Se trataba del temor al estigma social y profesional. La pregunta que se formulaba el médico al que hemos hecho referencia, «¿dónde podés terminar vos también?», parecería no solo referirse a la marca penal y el encierro, sino a otros enclaustramientos relacionados con la desacreditación y el aislamiento que produce el estigma social y profesional. El temor al estigma era una de las causas de la derivación a otro profesional.

La imagen devaluada sobre los/as médicos que realizaban abortos (en la clandestinidad) percibidos como profesionales con poco prestigio (que optaron por esta práctica por motivos de lucro económico), los «aborteros», como los nombró más de un/a profesional entrevistado/a, es una imagen contraria al ideal profesional. La *distancia técnica* que se expresa a través de la derivación a otro/a colega podría fundarse en el rechazo a la autoimagen de *ser como ellos*, a quedar ubicados en ese lugar estigmatizado —contradictoriamente necesitado y demandado—. Es como si se dijera «alguien tiene que cumplir ese papel, pero no yo».

Si puedo, derivaría a otro técnico. Quizás mi escapatoria estaría un poco por ahí. [...] Es un camino feo hacer una carrera de médico y de ginecólogo para dedicarse... porque casi exclusivamente se dedicaban a eso... Este... no sé, me parece que tanto camino para terminar dedicándose a interrupciones del embarazo. Creo que se llegaba a ese punto por motivo económico, no por vocación... (Médica ginecóloga, 45 años.)

Claro, por más que la normativa dice que podemos, ta, *yo no me quiero meter en eso, que la asesore otro, eso es lo que dicen muchos*, aunque esto viene cambiando, pero, no sé, hay algo de temor, *de cómo te verán*. (Médica ginecóloga, grupo focal.)

—Yo les cuento una cosita cortita porque me tengo que ir a dar una clase a una institución sobre metas prestacionales en salud sexual y reproductiva. Me dijeron tres o cuatro colegas que me ayudaban a preparar y ayer les mandé el *powerpoint* y recién uno de ellos me llama y me dice que él no se va a parar delante de nadie a decirlo.

—¿Decir qué?

45 Como hemos señalado, en el CHPR funcionaba la policlínica de asesoramiento de la organización Iniciativas Sanitarias, la primera en instalarse en el país en el marco de un acuerdo con el hospital.

—Eso, la presentación, que es sobre salud sexual y reproductiva y que incluye la Ordenanza n.º 369, el asesoramiento y todo, y él, particularmente, *no va a hablar. Imaginate que si no va a hablar, en la práctica después...*

—Eso es todo un tema también... (Diálogo grupo focal, médicos de Ginecología.)

Otro plano en el cual es posible analizar cómo opera el estigma es la relación de los/as profesionales con las distintas prácticas de aborto. Durante décadas el acceso al aborto voluntario en Uruguay, al igual que en otros países de la región, se resolvía a través del aborto quirúrgico realizado en clínicas clandestinas, donde generalmente estaban involucrados médicos/as, parteras y enfermeros/as. Estas clínicas tenían distinto grado de seguridad sanitaria en sus prácticas. Algunas de ellas, conducidas por médicos/as, ofrecían a altos costos económicos acceso a un aborto quirúrgico en condiciones de mayor seguridad. Pero también estaban las que realizaban prácticas de aborto inseguro, a las que acudían, por lo general, las mujeres de menores recursos económicos. En contextos de ilegalidad y penalización, el aborto es, por definición, inseguro. Es inseguro desde el punto de vista jurídico y también desde el punto de vista sanitario, ya que la oferta de servicios clandestinos está desregulada, sin control alguno por parte del Estado y, por tanto, no se puede velar por las condiciones adecuadas para su realización y calidad de atención. Lo que es interesante de registrar en el discurso de algunos/as profesionales es la *imagen en bloque* —utilizando la noción acuñada por Inés Hercovich respecto a la violación (Hercovich, 1992)— que se ha construido sobre los médicos/as que realizaban abortos quirúrgicos en clandestinidad. Esta autora definió las imágenes en bloque como un refugio y señaló que

Ellas reúnen y combinan las creencias y las emociones ligadas a los hechos que angustian de forma tal que queden expulsados todos aquellos elementos de las representaciones del acto, el escenario y los protagonistas que puedan conmovir y cuestionar las certidumbres apaciguadoras. Para ello se seleccionan y condensan solo algunas de las imágenes y de los sentidos asociados a un concepto o vivencia [...]. Tanto las imágenes en bloque como las palabras o las fórmulas que se hacen cargo de expresarlas se ofrecen y actúan como un todo coherente y exhaustivo, creando la ilusión de representar y designar fielmente aquello en lo que estamos pensando o aquello de lo que estamos hablando (Hercovich, 1992: 64).

Sin embargo, dice la autora, cuando estas imágenes se miran de cerca, se muestran «como lo que son: un conglomerado básicamente incompleto, condensación de imágenes y sentidos indiscriminados, superpuestos, desordenados, contradictorios, que pueden sobrevivir sin mayores problemas en tanto el valor de certidumbre que tienen como bloque y que las mantiene fuera de todo cuestionamiento» (Hercovich, 1992: 64).

En los discursos de los/as profesionales de distintas disciplinas, observamos el peso de la imagen en bloque de «los aborteros», que caracteriza a un profesional, en general hombre, que carece de prestigio, de escrúpulos,

interesado exclusivamente por el lucro, amoral y que no ofrece seguridad ni calidad técnica.

—*Conozco un lugar donde se hacían abortos.* Era el padre de un conocido de mi familia quien los hacía. Y la herencia de esa persona la recibió en función de todos los abortos que hizo el padre. Eso me genera alguna cosa...

Entrevistadora: —¿Qué cosa?

—Como que no sé, primero que no sé qué hacer... pienso qué haría con el cuerpo de los bebés... No sé en qué tiempo los haría, qué haría con esos cuerpos, no sé dónde los pondría... o sea...

Entrevistadora: —¿Los cuerpos?

—Los cuerpos de los fetos, por ejemplo. No creo que a todas las mujeres que se lo haría fuera como un embrión. *Yo me imagino como una cosa más fantasmática donde el tipo sacaba, no sé qué hacía, los tiraba por el water, no sé... Me genera como una cosa de ese lugar, porque además sé donde está, no sé, una cosa fea...* (Psicóloga, 30 años.)

Creo que una de las cosas es esto: *es la mirada de sus colegas, que pueden mirarlos como aborteros.* El ser juzgados por sus pares. Eso juega muy en contra al momento de sentirse habilitados para poder hacer otras cosas. Después lo legal que da miedo, también eso se cruza y da miedo. Y es un tema que a ellos, a nosotros también, pero a ellos que, de repente, están acompañando a una mujer que está haciendo reposo para que tenga su bebé, o para que tal persona pueda llegar al parto, que también es dramático, y que al ratito tienen que acompañar a alguien que justamente quiere lo contrario. Es como que no debe ser fácil para sí, moviliza mucho. Y bueno, se está cómodo en lo conocido, en un consenso de que es bueno, sano y natural, tener hijos. (Psicóloga, 45 años.)

Esta imagen estereotipada, construida desde el estigma y encargada a su vez de reproducirlo, se expandía al actual escenario. De alguna manera, lo que parecía operar era que si asumían una actitud de mayor involucramiento con las demandas de atención que requerían las mujeres, se instalaba el temor a ser considerados como esos «médicos aborteros», descalificados por el corpus profesional y cuya identidad y estatus profesional se condensaba en y reducía a ese punto. Lo que Everett Hughes (1993) definió con el concepto de *master status*, es decir, una característica del individuo que es dominante sobre todas las demás y que moldea las percepciones que los demás tienen sobre la persona.

Para mí realmente *es caer muy bajo, ¿no?* Porque, digo, considero que *lucrar...* porque lo que ellos hacen es establecer un *negocio*. Me parece que, por un lado, porque están fuera de la ley, ya eso es para rechazar. Pero más cómo lo hacen, porque montan un negocio. [...] Yo realmente

siento un rechazo por eso. Me llaman la atención las personas que se formaron profesionalmente, de formación profunda y después... es cierto que con eso lucran, a veces la ambición económica pesa más que otras cosas... (Médico ginecólogo, 57 años.)

Conocía profesionales que practicaban abortos, pero no los lugares en que los practicaban. Uno conoce personas que todo el mundo dice que tienen clínicas o que hacen abortos. Y nosotros como enfermeras muchas veces teníamos la seguridad de que había ciertos médicos que ingresaban pacientes para hacerles abortos dentro de las instituciones, con una historietita de que, bueno, un embarazo que no había avanzado, diez mil cosas que nosotros teníamos claro que no podría ser que a fulano de tal siempre le pasara lo mismo a sus pacientes. [...] Por lo menos no había lucro dentro de la institución. Yo creo que sí había lucro afuera, yo creo que pagaban para que se los hicieran, pero eso lo creo, no tengo ninguna certeza. [...] Sí, sí, lo hacían en buenas condiciones, donde tenían el acceso a todos los recursos y, bueno, la atención necesaria. Pero creo que la situación cambió sustancialmente desde que está el misoprostol. Uno puede ser medio tonto, pero no tanto. *Pero, en realidad, lo que sí siempre me molestó muchísimo fue el tema del lucro, de la comercialización, y me parecía como un abuso.* (Enfermera, 55 años.)

Se movía muchísimo dinero atrás de eso. Costaba más caro hacerse un aborto que tener un parto. Se hicieron *fortunas*. *Ante eso, la sociedad y las autoridades se tapaban los ojos...* (Médico ginecólogo, 64 años.)

Un elemento mediador entre esta imagen desprestigiada y la práctica actual del aborto es el cambio que se había comenzado a registrar a comienzos del milenio a través de la introducción del misoprostol para practicar un aborto temprano y seguro. Esta realidad sin duda modificaba la relación tradicional del profesional médico/a con la práctica del aborto. Progresivamente el aborto quirúrgico era desplazado por el aborto con medicamento y si bien este estaba igualmente penalizado en aquel entonces en Uruguay, se comenzaban a construir modalidades de gestión del aborto con mayor autonomía en las mujeres, donde el profesional médico ocuparía un lugar de menor protagonismo. En nuestro contexto de estudio, como ya hemos señalado, la intervención profesional se limitaba a brindar información y asesoramiento sobre el procedimiento, quedando excluida la prescripción de medicamento, que las mujeres debían resolver en el mercado clandestino o mediante redes informales. El aborto tenía lugar en el ámbito privado, sin acompañamiento profesional y bajo entera responsabilidad de la mujer. Esto establecía una diferencia importante con el aborto quirúrgico, el cual necesariamente requiere de una intervención directa por parte del técnico, además de infraestructura e insumos específicos.

En este sentido, el aborto médico realizado por las mujeres abre una fractura en el biopoder que pretende controlar sus cuerpos y sus vidas, pues la ciencia

y la tecnología que se desarrollaron con el fin de producir, mantener y regular la vida de acuerdo a los dictados del poder es utilizada aquí para resistirlo y operar una decisión personal que no se somete a ellos. Más aún, aquellos individuos que se espera sean agentes de su propia normalización operan aquí su propia anormalización al desatarse de la identidad —en este caso la identidad mujer = madre— que les correspondería en función de la producción histórica del género (Amuchástegui, 2012: 56).

En las entrevistas con los/as médicos buscamos explorar sus apreciaciones sobre el aborto quirúrgico (dilatación y curetaje, y aspiración manual endouterina) y sobre el aborto con medicamento. Nos interesaba saber cómo era vivido el cambio en la práctica del aborto inducido, considerando especialmente cómo se posicionaban estos/as profesionales en términos del ejercicio de su rol. También queríamos conocer cómo imaginaban su práctica profesional en un eventual escenario de legalización del aborto en el país, considerando que ello podía ser factible en el corto plazo.

Una primera observación es que el aborto quirúrgico parecía resultar moral y emocionalmente más difícil para los/as profesionales médicos que el aborto con medicamento.⁴⁶ El aborto quirúrgico incluye dos tipos de intervenciones técnicas: dilatación y curetaje (D&C) y aspiración manual endouterina (AMEU). La primera es considerada una práctica tradicional de la ginecoobstetricia, aprendida y adiestrada desde los primeros momentos de la formación profesional. Esta es valorada como una marca de identidad profesional: «Hacer legrados es algo que lo tomamos naturalmente, porque además no sirve solo para completar abortos», dice un médico con varios años de ejercicio profesional. Además, en Uruguay, es considerado un acto médico que, por tanto, tiene un valor económico específico. La AMEU, o también denominada legrado aspirativo, es utilizada exclusivamente para práctica del aborto (a diferencia de D&C) y no es considerado acto médico. A pesar de ser un método más seguro que la D&C, es notablemente menos utilizado. Tal vez estos sean factores que expliquen las dificultades registradas para que este método se incorpore en los servicios de salud, a pesar de haber existido iniciativas para entrenar profesionales e introducir la tecnología necesaria para ello. El siguiente diálogo de un grupo focal de ginecólogos/as de planta ilustra al respecto:

—En este hospital no se hace aspiración porque no tenemos el aparato...

—El legrado sigue siendo —*voy a decir algo asqueroso*— el legrado sigue siendo un acto quirúrgico que se paga...

[Silencio.]

—También eso tiene que ver.

[Se superponen las voces.]

46 Como contracara, algunos estudios reportaron que el aborto con medicamentos parecería resultar emocionalmente más difícil para las mujeres (Carril y López Gómez, 2008).

—Acá, de repente, los residentes capaz hacen *menos AMEU porque tienen que hacer legrados, porque tienen que aprender.*

—También eso, pero se ve que el legrado es una de las maniobras más difíciles, siempre lo estamos repitiendo, que es un huevo, que se perfora, que chuco chuco, que quién no perforó alguna vez [se ríe], ¿no? Pero creo que en la práctica muchas veces puede tener que ver el no uso del AMEU con el tema de lo que no es un acto quirúrgico que se cobra. Eso siendo honesta, me parece que tiene que ver... en una guardia vos planteás «le hago un AMEU aspirativo, se va y esto no es nada...», *pero seguramente si el AMEU entrara dentro de lo que es un acto quirúrgico, seguro que se haría más.*

—¡Uh, sí!

Los dispositivos de formación médica, las diferencias generacionales, el interés económico y la no disponibilidad de insumos parecerían estar en la base, con menor o mayor peso, de las dificultades de incorporar AMEU en la práctica clínica. El factor económico es un punto interesante de analizar. La expresión «asqueroso», usada por la joven médica en el grupo focal, habla de una cierta *conciencia* del interés lucrativo que se pone en juego y que cubre de opción técnica o clínica una decisión de tipo económica. Esta es reconocida como una barrera, pero, sin embargo, no es cuestionada su legitimidad. El doble estándar en la aceptación del interés económico es llamativo en la medida que este fue fuertemente censurado en los «médicos aborteros», considerados inescrupulosos por su afán lucrativo.

Sí, el AMEU es un excelente procedimiento que permite evacuar de la cavidad uterina los restos. El asunto está en que, primero, no se ha hecho, no se ha introducido el aprendizaje de los residentes en forma sistemática. Ha habido alguna vez un curso, alguna cosa promocionada por la firma que lo importaba y, además, *en la memoria está muy relacionado, del punto de vista del pensamiento generalizado de los médicos y los ginecólogos, con el aborto ilegal.* Entonces, eso ha hecho con una cierta barrera en su utilización, a mantenerlo disponible. A que la mutualista lo compre, lo tenga a disposición en el hospital o salud pública general, compre ese tipo de insumo. *Porque se tiene la noción de que eso es para hacer abortos y nada más.* Salvo cuando se utilizan pequeñas cánulas que es para hacer biopsias de endometrio, eso es de uso muy habitual, pero no es el caso. Y, por otro lado, yo creo que *hay otro problema: al hacer un legrado, evidentemente esto implica un acto médico que, además, en la formación general del ginecólogo es un acto médico en el que casi todo el mundo se tiene confianza, confianza desde el punto de vista técnico. Hay confianza técnica porque habitualmente se hacen cientos y cientos de legrados a lo largo de la formación,* entonces,

cuando el médico se enfrenta a la práctica privada, tiene experiencia y se siente cómodo, entonces, lo hace sin mayores problemas. Si bien tiene sus complicaciones, pero, bueno, en general lo hace de forma cómoda. Lo que pasa es que, a su vez, me da la sensación de que al momento de introducir el AMEU en el mercado, también inconscientemente haría que los médicos no lo quisieran usar porque restaría actos médicos. Eso puede estar influyendo, no digo que sea lo principal, pero es un punto de los puntos. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Finalmente, el aborto con medicamento significó un cambio notable en la práctica de aborto y en la relación profesional de la salud-usuaria. Como hemos señalado, no solo impactó en la gestión del aborto por parte de las mujeres, al permitir mayores niveles de autonomía aun en situaciones legales restrictivas, sino que introdujo un elemento novedoso en la intervención técnico-profesional. En el caso de los/as médicos, brindaba la posibilidad de un *involucramiento distante*: básicamente mediante la información sobre el procedimiento, las dosis y las características del proceso. El resto ocurría fuera del servicio, sin participación médica y en el ámbito privado de cada mujer. Esta debía obtener la medicación, situación que estaba en relación directa con sus recursos económicos y sociales, con las redes de apoyo a las que podía acceder.

Hoy está el tema de las *pastillas de misoprostol*, que de alguna manera son esas cosas ilegales, pero que están permitidas y que todo el mundo las conoce. De hecho, no sé dónde las venden, pero las obtienen. La cuestión es que llegan... yo hago guardia en un solo lugar, que es donde se está más en contacto con la paciente que se hace un aborto, y llegan diciendo que se pusieron pastillas de misoprostol. Algunas no lo dicen, pero uno se da cuenta que lo hicieron. [...] *Hoy, en la práctica, llegan con un aborto casi consumado y lo que hay que hacer es una ecografía para ver si hay o no algún resto. Vienen a la emergencia para ver si está solucionado o hay que hacerle un legrado porque hay restos. Si viene con un aborto espontáneo o con uno inducido se las trata igual. Ha cambiado evidentemente.* (Médico ginecólogo, 52 años.)

Ahora lo que pasa es que llegan, llegan y siguen llegando y muchas llegan ya sabiendo los pasos que tienen que hacer, llegan con otro conocimiento que era algo que el equipo no estaba acostumbrado a ver. Esto te digo yo desde el área privada. [...] *Creo que el hecho del misoprostol ha permitido otra liberación en la mujer, de poder acceder a otra seguridad en la atención y salir de esa cosa tan penalizada, porque antes se hacía tres veces peor, más allá de la carga emocional, porque creo que antes por la situación misma. Creo que el servicio, ahora, recibe más usuarias que antes no recibía; se resolvía en donde se tenía que resolver. El servicio está tratando de acompasar la cabeza a estos cambios que han existido.* Creo que va por ahí, por eso cuesta tanto el quiebre y la

aceptación. Por eso el rechazo que genera, porque no se estaba acostumbrado a ver una mujer que llegue y diga que se colocó las pastillas... (Enfermera, 35 años.)

Algunos/as médicos tenían sus reservas y críticas al uso del misoprostol en las condiciones que se practicaba en ese momento en el país, particularmente por la distancia que la normativa n.º 369 establecía con las mujeres, a quienes no protegía en la situación. Eran los límites de la normativa actuando en un contexto legal restrictivo —ese intervenir en el borde, como lo hemos nombrado— que, al mismo tiempo que habilitaba la intervención técnica, lo hacía desde un tipo de abordaje acotado.

Y si esa mujer tiene que hacer *eso en su propia soledad, sin el acompañamiento de nadie, no creo que sea lo correcto*, psicológicamente o socialmente. Porque psicológicamente quizás es muy fuerte y está contenida ella misma, pero socialmente está sola. Y desde el punto de vista de la salud no, podemos decir que esa medicación esté exenta de riesgos. Quizás una de cada tantas, quizás es bajísimo el riesgo, pero creo que *debería estar acompañado del equipo de salud*, pero no decirle «vaya para su casa, colóquese las cuatro pastillas y cuando tenga las pérdidas, venga y consulte». Vaya a saber dónde está, cómo es la casa, cómo es el contexto familiar que la va a contener. Vaya a saber qué tienen para ir cuando comienzan las pérdidas. De repente, vive en un barrio que no entran ni ómnibus ni taxis, ni nada, entonces... Por suerte no me ha tocado manejar situaciones de contexto muy crítico en el lugar que yo trabajo. (Médico ginecólogo, 56 años.)

En esta dirección, se pudo observar el desarrollo de estrategias que buscaban superar las barreras legales y el temor a la sanción social y el estigma profesional. Como ya hemos señalado, la situación de parteras, enfermeras y psicólogos/as mostraba diferencias en términos del involucramiento. En general, se implicaban en mayor medida en el proceso, brindando sostén emocional a las mujeres o clarificando dudas sobre el procedimiento, el manejo del dolor y el proceso expulsivo, e incluso, en algunos casos, acompañando a las mujeres en sus casas. Esto diferenciaba claramente el involucramiento profesional de unos y otros.

Mientras para la gran mayoría de los/as médicos el aborto con medicamento era vivido como un evento menos exigente desde el punto de vista técnico, emocional e incluso moral, este parecía exigir mayor protagonismo para las otras profesiones. Se trata de las profesiones más «feminizadas», relacionadas con los cuidados, a quienes les implicaba alta exposición afectiva. Este punto es interesante considerarlo en cuanto indicio del proceso de desmedicalización del aborto y de su construcción como campo de intervención de otras profesiones de la salud.

La incorporación del misoprostol fue fantástico... Porque *eso posibilita una autonomía, una independencia... cuando en el sistema las cosas*

funcionan mal; cuando las cosas funcionan bien, las mujeres cuentan con el sistema y se sienten muy cómodas. No es solo el misoprostol, es todo el tránsito por esto cuando hay un *acompañamiento*, un asesoramiento. (Psicóloga, 38 años.)

A lo que yo voy es que si vos pudieras tener la libertad, porque también creo que hay mujeres muy capacitadas y que son muy lúcidas que no necesitan que vos estés todo el tiempo ahí. *Entonces, me parece que lo que tendríamos que tener como equipo es la libertad de estar en base a lo que la mujer elige y necesite.* Porque, seguramente, si ella tuviera la libertad de que se puso ocho pastillas y no pasó nada, que pueda llamarte y que puedas ir a verla para ver cómo es la situación. Entonces me parece que ahí actualmente nos quedamos a mitad de camino... (Partera, 35 años.)

Este escenario cambiante sobre el aborto como práctica y sobre las mujeres que abortan como sujetos de la acción daba cuenta de las complejidades del proceso social de transición y sus repercusiones en la construcción de los objetos de intervención profesional y en los modos de relacionar la acción técnica y la acción moral en los/as profesionales, con las variantes observadas en función del tipo de profesión, los años de ejercicio y el sexo. Este escenario, proyectado en un eventual cambio legal, fue explorado con los/as profesionales con el objetivo de conocer la manera en que se percibían en el caso de que el aborto fuera despenalizado en el país. Este aspecto, clave para comprender las tensiones en la incorporación del reconocimiento pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en el espacio institucional de la salud, será materia de tratamiento en el próximo apartado.

Transformar el espacio de la salud: el enfoque de derechos en las prácticas profesionales

Como ya lo hemos señalado, uno de los aspectos centrales de este estudio fue explorar el proceso de incorporación del enfoque de derechos sexuales y de derechos reproductivos en los discursos y prácticas profesionales. Nos interesaba analizar si el derecho a decidir de las mujeres formaba parte del repertorio de apreciaciones y argumentaciones que los/as entrevistados ponían en juego en sus concepciones sobre el aborto y sobre las mujeres que abortan.

El estudio se enmarcó en un tiempo histórico caracterizado por cambios normativos importantes en el país que fueron producto de intensos procesos de debate social y político sobre el cuerpo, la sexualidad, la reproducción y el aborto. En ese escenario tuvo lugar la aprobación de la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que reconoció parcialmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. Sin embargo, esta ley no incluyó el reconocimiento del derecho de las mujeres a la interrupción del embarazo, debido al veto interpuesto por el Poder Ejecutivo a los capítulos específicos sobre su despenalización. Así, el derecho a decidir de las mujeres quedó legalmente cercenado. El debate social y político atravesó un período de intensas batallas ideológicas en la medida que quienes defendían «el derecho superior de la vida y el feto» se habían fortalecido en su posición, ahora legitimada desde el poder político y médico encarnado en la figura del presidente de la República. El papel del movimiento feminista, en alianza con otros actores, fue clave para sostener el debate público y para construir, como hemos analizado, una demanda ciudadana de exigibilidad y defensa de este derecho. Ello posibilitó que la agenda por el derecho al aborto legal permaneciera en el escenario de debate público a pesar del veto presidencial, que dio clausura al tratamiento político-parlamentario en esa legislatura.

Los/as profesionales fueron portavoces de estas disputas. En sus opiniones, se pudo observar la convivencia de posturas de reconocimiento del derecho a la decisión de las mujeres junto con valoraciones que establecían condicionantes o limitantes a ese derecho. Se pudo constatar también que, ante un eventual escenario de legalización del aborto, los/as profesionales manifestaron tener posiciones ampliamente favorables. Sin embargo, los médicos/as, en particular, tuvieron reparos a participar en la prestación de servicios, condicionando su involucramiento al tipo de ley que se concretase. Algunos de ellos, los menos, expresaron que en caso de aprobarse una ley, harían uso de «su derecho» a objetar conciencia.

Se puede afirmar que, en general, los/as profesionales entrevistados manifestaron posturas favorables al reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, en sus esquemas de apreciación también se pudo observar que la aceptabilidad de este derecho estaba condicionada a determinados parámetros. Se consideraba que la decisión debía estar mediada por una intervención técnica que apoyara, acompañara y/o asesorara a la mujer. Una decisión condicionada moralmente y mediada técnicamente.

Las *limitaciones al derecho a decidir de las mujeres* se ubicaban básicamente con relación a las condiciones y circunstancias que llevaron al embarazo y a la toma de la decisión de interrumpirlo, los antecedentes de maternidad y de abortos inducidos, la participación del cogenitor, entre las más destacadas.

El derecho a decidir de las mujeres

El lenguaje de los derechos sexuales y los derechos reproductivos progresivamente comienza a formar parte de los discursos de los/as profesionales de la salud. Claro que no de forma homogénea. En un estudio que realizamos en el año 2002 (López Gómez *et al.*, 2003), fue interesante constatar que los relatos de los/as profesionales y de las mujeres usuarias no incorporaban este lenguaje, lo cual era indicador de cuán lejos se estaba de integrar el enfoque de los derechos en el ámbito de la salud. A menos de diez años de aquella investigación, pudimos observar ahora que los/as profesionales hablaban espontáneamente de los derechos reproductivos como una dimensión cuya inclusión no les generaba mayores dificultades. Como hemos señalado en otra oportunidad, el discurso de la reproducción y la salud es menos incómodo que el de la sexualidad y el placer (Abracinskas y López Gómez, 2001), y esto es especialmente pertinente en el ámbito de la salud y sus actores. Siguiendo a Amuchástegui (2012), el cuerpo sexual queda escindido e invisibilizado en el cuerpo fértil y en el cuerpo del aborto.

En la misma dirección, Miller (2001) advierte que los derechos sexuales quedan habitualmente subsumidos, como subconjunto, en los derechos reproductivos. Ello se sostiene en una visión heteronormativa y normatizadora de la sexualidad que la confina a sus fines reproductivos. El espacio de la salud, centrado en un modelo biomédico y materno-infantil hegemónico, se resiste a incorporar un enfoque de derechos sexuales y de derechos reproductivos, a pesar de los avances que se pueden registrar en los últimos años. La salud y la atención institucional de la salud es una arena de disputas, y los llamados enfoques integracionistas y desarrollistas que dominaron el terreno de la definición de políticas y programas en el decenio 1975-1985 (Moser, 1991; Young, 1991) perviven en la organización y la cultura institucionales. Este enfoque dirigido a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su contribución al desarrollo

de los países, denominado Mujer en el Desarrollo (MED), tuvo su traducción en las políticas de salud, a través de la propuesta de que las mujeres realizaban una contribución relevante a la salud de la población, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar. Un ejemplo de ello fue el paradigmático informe de Banco Mundial *Invertir en Salud* (1993), el cual específicamente ubicaba a la mujer como recurso no remunerado, voluntario en el cuidado de la salud, para asegurar la sostenibilidad de las reformas neoliberales del sector mediante la reducción de los costos de financiamiento, modelo que se buscó imponer en la región durante la década de los noventa.

El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre fortaleció la invisibilidad de las mujeres en cuanto sujetos de derechos y, desde este paradigma, se ha resistido el reconocimiento pleno de sus sexualidades diversas y sus decisiones reproductivas.

Los servicios de salud y los/as profesionales que en ellos se desempeñan, en general, actúan para atender las *necesidades prácticas de las mujeres* sin que ello implique abordar sus *necesidades estratégicas de género* (enfoque Género en Desarrollo, GED) (Moser, 1991; Young, 1991). La distinción entre las categorías permite analizar el enfoque de las políticas y de las prácticas profesionales: mientras las necesidades prácticas se derivan de las necesidades de las mujeres de cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo, las necesidades e intereses estratégicos cuestionan la posición de las mujeres en la sociedad, tendiendo a subvertir el orden genérico que las coloca en posición de subordinación. Desde un enfoque que incorpora el análisis de género y derechos en el campo de la salud, se entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género y, en tal sentido, las sexualidades y las decisiones reproductivas son un *locus* privilegiado de análisis (De Los Ríos, 1995). En acuerdo con Ávila (2000), transformar las necesidades en derechos es el camino para destruir la lógica materno-infantil. Por su parte, Dixon-Mueller (1993) recuerda que no es posible pensar la democratización en las relaciones entre hombres y mujeres —y entre hombres y entre mujeres— si no se democratizan sus intercambios sexuales y la matriz que los sustenta basada en las duplas: heterosexualidad-homosexualidad, mujer-varón, femenino-masculino, normal-patológico.

Los avances en el marco normativo que reconoce los derechos sexuales y los reproductivos y que ubica al Estado uruguayo como su garante contribuyen al reconocimiento de los derechos y a su legitimación. Esto no necesariamente significa que los/as profesionales se apropien de este mandato ético y orienten en esa dirección sus prácticas profesionales. Si bien se observaron, tal como ya hemos ilustrado, contradicciones y controversias en el discurso de los/as entrevistados, podemos señalar que, en general, los/as profesionales no manifestaron opiniones discrepantes con la nueva «agenda de derechos».

En el servicio, estamos buscando implementar la ley de salud reproductiva. En verdad, hay cosas que las hacíamos desde antes, pero ahora

que es ley, el servicio tiene que hacerlo, *porque ahora es un derecho*. (Enfermera, 36 años.)

La ley es un avance porque reconoce *los derechos a la salud sexual y reproductiva*. *Creo que va a significar un cambio importante*. Claro, con aborto tenemos muchos límites todavía. (Médica ginecóloga, 40 años.)

En general, este fue el tenor de las valoraciones respecto a la Ley n.º 18.426 y lo que esta representa en términos de reconocimiento de derechos. Pero, particularmente, nos interesaba saber cómo se posicionaban estos/as profesionales respecto al derecho a decidir de las mujeres frente a un embarazo no deseado. Y fue allí cuando se pudieron evidenciar las diferencias y los matices. El consenso respecto a los derechos reproductivos de las mujeres comenzaba a relativizarse cuando se lo miraba finamente en el plano del derecho a la decisión. Entonces, se expresaron los límites que para los/as profesionales debía tener ese derecho. Estos básicamente se pueden agrupar en tres tipos de límites: a) respecto a quién(es) toman la decisión; b) respecto a las condiciones para la toma de la decisión; c) respecto a las circunstancias y motivos que determinan la decisión.

El primer aspecto estuvo centrado principalmente en el lugar del proge-nitor en la decisión y, en tal sentido, surgieron interrogantes sobre los límites y alcances de la participación de los hombres en las decisiones reproductivas.

Pienso que es el cuerpo de la mujer y que en el cuerpo de la mujer, la persona, sobre su propio cuerpo decide lo que pasa o no. A pesar del tránsito final de los nueve meses, *no tengo muy claro el lugar del tercero ahí*. Se supone que un hijo es el resultado de los dos. Entonces, tengo una paradoja entre que la mujer decida pero ¿qué pasa con la situación cuando el padre quiere ser padre o el padre no se entera que estaba embarazada? Para mí moralmente tenés que decir que lo vas a hacer porque implica a otro, si no, la mujer queda en el lugar de la máquina de «todo lo puedo»: me lo puedo sacar, me lo puedo poner, todo sola [...]. No me queda claro el lugar que tiene el varón. No sé, es una cosa que no me queda muy clara... (Psicóloga, 32 años.)

Para mí un tema clave es que *la decisión la tiene que tomar también la pareja*, cosa que ahora no sé como es, pero nadie asegura que la pareja participe. Acá las mujeres vienen solas y todo está dirigido a ellas. (Médico ginecólogo, 47 años.)

Amuchástegui (2005) sostiene que, al incursionar en el plano de las decisiones sobre los cuerpos, la relación entre la ética y los derechos es un campo de lucha política en todos los ámbitos. Las relaciones afectivo-sexuales y los comportamientos reproductivos no escapan a este conflicto; es por eso que la decisión acerca de quién debe decidir sobre un aborto es un punto clave ya que pone en evidencia la tensión entre el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva y el derecho de los varones a la paternidad. En esta línea, Guevara Ruisenior (2001) sostiene que con frecuencia se parte de una

concepción restringida de los derechos reproductivos ya que al trasladar el concepto mecánicamente a los varones no se toma en cuenta que los procesos reproductivos tienen lugar en el cuerpo de las mujeres. De esa forma, se invisibilizan las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, y se desconoce el papel de las instituciones para limitar el ejercicio de los derechos de las mujeres.

Las limitaciones que estos/as profesionales hacen del derecho a decidir de las mujeres se sustentan en una representación de la pareja como una unidad indiferenciada, cognitiva, emocional y físicamente, sostenida por el amor y en la que no existe (o no debería existir) el conflicto de intereses y/o deseos. La pareja ideal se postula como referente normativo y totalizante (Carril y López Gómez, 2012).

Una segunda línea de limitantes al derecho a decidir estuvo relacionada con las condiciones para la toma de la decisión. En particular, las referencias estuvieron vinculadas al tipo de información de que disponen las mujeres, al asesoramiento o no con el cual contaron y a los recursos sociales de apoyo para decidir. En este punto, algunos/as profesionales centraron la importancia del asesoramiento profesional para la toma de la decisión. Una decisión acompañada, mediada por la reflexión y la información brindada por un profesional, aseguraría mejores resultados y una mayor aceptación. Esta perspectiva se sostiene en una visión del rol profesional como mediador entre intereses en conflicto y como salvaguarda o protector de una decisión mediada por el saber técnico que refuerza las estrategias de tutelaje de las mujeres.

Muchas mujeres ya vienen con la decisión tomada, pero a mí *me parece que hay que darles un tiempo para que se informen, para que lo piensen, para que lo hablen con un profesional.* (Médico ginecólogo, 45 años.)

Las mujeres necesitan de apoyo para tomar la decisión, porque están muy solas. A veces vienen al servicio y cuando se ponen a hablar con uno, *las cosas se le aclaran y a veces cambian la decisión.* (Médico ginecólogo, 55 años.)

Es un punto neurálgico. La *mujer* se siente con el *derecho a decidir*, después está el otro tema que es el ser de la *vida que ella lleva.* (Médico ginecólogo, 52 años.)

El tercer condicionante estuvo relacionado con las circunstancias y motivos que determinan la decisión en la mujer. Aquí, como ya hemos ilustrado, los abortos son clasificados en función de su mayor o menor aceptabilidad. De allí deriva que las decisiones de las mujeres tengan grados de aceptación diferentes. Se puede afirmar que la mayoría de los/as profesionales tenía algún tipo de reparo dependiendo de los motivos o circunstancias que llevan a la mujer a abortar. Sin embargo, se observó que a pesar de estas discrepancias, la amplia mayoría señaló «respetar la decisión de la mujer». Esta expresión reiterada en los testimonios de los/as entrevistados puede tener múltiples sentidos. Puede ser entendida como una manifestación de los cambios sociales respecto a la aceptación del

aborto; como una manera de establecer distancia subjetiva con la decisión («yo no lo haría, pero la respeto»), o como una forma de reconocer que las mujeres tienen autonomía para tomar la decisión aunque no estén de acuerdo con esta («no estoy de acuerdo, pero es su decisión»), entre otras posibilidades. Es interesante observar que ningún profesional se sintió con la legitimidad para expresar públicamente que «no respeta la decisión de abortar de una mujer». La fórmula de transacción fue entonces la de una aceptación condicionada. Así, las controversias o los reparos se desplazaron ya no al derecho a la decisión, sino a cómo y por qué esta es tomada.

Yo *respeto el derecho de la mujer*, siempre lo digo, pero no me pidan que yo esté de acuerdo con el aborto. (Médico ginecólogo, 57 años.)

P5. Yo te quiero contar una cosa que vos dijiste [se dirige al participante n.º 1], vos dijiste «acompañar la decisión». Yo, la reflexión que recojo, supervisando a algunos estudiantes, *¿es acompañar la decisión sea cual sea?*

P1. *Sí, sea cual sea.*

P5. *Bueno, ¿eso es un disparate!* Veinticinco semanas acompañar la decisión de interrumpir es un disparate [golpea la mesa], es un disparate. Te digo un caso, nace un niño vivo que va al CTI. Digo, es un disparate, ¡nació un niño vivo! No puede ser acompañar la decisión de interrumpir a las 25 semanas, ¡no puede ser! Por el mismo nivel de proyección. Porque si vos querés sacártelo, sacártelo, sacártelo, ¿dónde va a quedar eso proyectado? Yo temo por el niño, pobrecito, que va a ser discapacitado severo o morir, o la madre. (Diálogo grupo focal, psicólogos.)

Me parece que tendría que existir ese ámbito en que la mujer pueda hablar con libertad y con tiempo. Paso siguiente, si la mujer tuvo ese ámbito en el que pudo hablar y desahogarse, y así continúa con la decisión, creo que la misma institución debería suministrarle el fármaco e indicarle cómo hacerlo. *Porque una vez que se tomó la decisión, hay que darle todo el amparo.* (Médico ginecólogo, 55 años.)

La decisión es de la mujer y es ella quien mejor sabe por qué toma esa decisión. *Capaz que yo no estoy de acuerdo, pero respeto lo que ella decida.* (Partera, 36 años.)

En este análisis importa rescatar algunos testimonios de profesionales, tal vez los menos, que no condicionaron ni realizaron valoración moral alguna sobre la decisión, ni sobre el proceso y circunstancias en la cual esta decisión tiene lugar. Algunas profesionales, mujeres y más jóvenes, fueron portavoces de este posicionamiento empático con el derecho de las mujeres a decidir. Tal vez, ello augura nuevas construcciones de género y nuevas prácticas profesionales que no solo respetan los derechos, sino que los reconocen, los promueven y los defienden.

La mujer tiene que tener *la libertad de optar* de tener los hijos que quiera tener... Tampoco tenemos que subestimar a la gente cuando decidió el aborto, lo pensó ochocientas veces antes de venir con la decisión. Ya se debe haber quedado sin dormir, ya debe haber puesto las cosas en una balanza y dijo: esto es lo mejor. Y punto. (Médica ginecóloga, 35 años.)

Las variantes que observamos en el discurso de los/as profesionales tuvieron su correlato en sus posicionamientos frente a un eventual cambio del marco legal que estaba nuevamente en la discusión social y parlamentaria en ese entonces, tal como veremos en el siguiente apartado.

Los/as profesionales frente a la práctica legal del aborto: una «transición de conciencia»

El estudio buscó conocer las opiniones de los/as profesionales sobre la necesidad de un cambio legal en materia de aborto voluntario en Uruguay. En ese período, un nuevo proyecto de ley estaba siendo elaborado en el Parlamento nacional y una primera versión fue lanzada a la discusión política y social. El proyecto buscaba restituir los capítulos sobre despenalización del aborto que habían sido vetados en la Ley n.º 18.426. Cuando tuvo lugar el trabajo de recolección de información del estudio, nos encontrábamos en la antesala de un nuevo e intenso debate público que se inició a mediados de 2011. La pregunta que hicimos a los/as entrevistados fue cuál era su opinión sobre la necesidad de cambiar la ley que penaliza el aborto y, en caso de que este fuera despenalizado en el país, si participaría en las prestaciones de los servicios de salud. Nos interesaba saber si los/as profesionales, en particular si los médicos/as, realizarían abortos en caso de que este fuera legal y en qué condiciones estarían dispuestos a participar de las prestaciones.

Una primera constatación fue encontrar que la gran mayoría de los/as profesionales, independientemente de su edad, profesión y sexo, acordaron con la necesidad de disponer de un marco legal menos restrictivo. Los argumentos fueron básicamente similares y se basaron en que la Ley n.º 18.426 no resolvía el problema del acceso al aborto legal y seguro, y, además, constreñía las posibilidades de los servicios de salud, generando tensiones de distinto tipo, al dejar a los/as profesionales actuando en el borde de la ley. Hubo coincidencias en afirmar que si bien esta ley podía considerarse un avance en materia de derechos, no resolvía la situación de las mujeres, quienes debían recurrir al circuito clandestino para acceder a la medicación. Hasta allí podríamos decir que básicamente había nivel de acuerdo. Los matices y las diferencias se expresaron respecto al alcance que debería tener un nuevo marco legal. Incluso, podemos señalar que aun aquellos profesionales con posturas más conservadoras aceptaban la posibilidad de este cambio, siempre que la ley incluyera restricciones y condiciones.

No que sea una práctica a piacere. Hay que dar condiciones para que los abortos sean los mínimos [...]. Yo no tengo una opinión definida. Me cuesta definirme. Volvemos a la ambivalencia, porque de hecho pienso que actualmente está despenalizado. Yo creo que hay que ser prudente. Que si el Estado toma para sí esa responsabilidad, hay que hacerlo dentro de los servicios del Estado [...]. Bueno, no creo que le puedas pedir al Círculo Católico [servicio mutal] que haga abortos. Creo que tiene derecho a no hacerlo. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Yo estoy de acuerdo, por supuesto, que no la penalicen. A veces me conformo con el misoprostol, capaz que tampoco es necesaria una ley. Pero si no quiere tener el embarazo, no vamos a hacer un legrado aspirativo, tenemos misoprostol. (Médica ginecóloga, 48 años.)

No, no, mantener la ley que hay, no, porque seguiríamos con la misma sociedad, volveríamos a lo mismo que te estoy diciendo desde el principio, a la hipocresía de que te doy todas las formas de hacerlo y no termino de hacerlo. Creo que no, creo que habría que autorizar el aborto, pero —salvando lo religioso, salvando un montón de cosas— creo que las religiones más allá de las ortodoxias y más allá de lo que se exprese públicamente, creo que hoy día el sentimiento está en las ortodoxias nada más, en los ortodoxos de cada una de sus respectivas religiones. Creo que el común de la gente, la gran mayoría de la gente, más allá de encontrar quizás hasta en los propios cristianos, encontrar que esto está mal, quieren darle una solución. Es decir, está mal, pero le queremos dar una solución. Y creo que la solución puede pasar porque se autorice, pero con determinadas reglas. Es decir, que esto no sea un libertinaje, que no pasemos de prohibirlo a autorizarlo en la farmacia de la esquina. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Algunos/as profesionales subrayaron la importancia de la participación ciudadana directa en la decisión sobre el cambio legal, como una estrategia que permita laudar jurídica y socialmente un asunto pendiente, en ese entonces, de definición política.

*No lo sé, no lo tengo claro, no lo tengo claro porque tengo ideas que... Creo que tenemos que llegar porque en la situación en la que estamos... esto te lo digo como ciudadana. [...] *Votando. ¡Es un tema que se trata en todas las legislaturas! Es un tema que cada vez que cambia el gobierno se discute y nunca se resuelve.* Y no es de ahora, hace cuarenta años que estamos con esto. ¿Y por qué no se decide? Por el costo político, no se decide... Implica que un determinado sector, sea cual sea, va a votar la ley del aborto y eso tiene un costo político y religioso, y nadie termina decidiéndolo. Y estuvimos ahí, en esta legislatura y, bueno, se echó abajo por el presidente. Yo pensaba que el presidente no lo iba a vetar porque ya estaban dadas las... y, sin embargo, lo hizo. (Médica ginecóloga, 40 años.)*

Las posturas de los/as profesionales respecto a las características que debía tener una ley que habilitase la práctica legal del aborto incluía restricciones en materia de plazos, y fundamentalmente una serie de ideas respecto al lugar central del asesoramiento profesional como requisito para acceder al procedimiento. La intervención técnico-profesional fue ubicada de manera prioritaria en ese ámbito, el del asesoramiento, precisamente en el espacio que al momento de realizar este estudio les resultaba tan complejo de asumir y respecto al cual se sentían poco instrumentados. Es interesante observar, entonces, que si bien los/as profesionales, en particular los/as médicos, habían manifestado sus dificultades para atender a mujeres en situación de aborto, por considerar que no estaban preparados profesionalmente para ello, a la hora de imaginar un marco legal que habilite la práctica del aborto, se ubican en el lugar de los que legítimamente tienen la autoridad (técnico-moraldependiente) para asesorar a la mujer en la toma de la decisión. Ese espacio de asesoramiento, de tutelaje de la decisión, centra su énfasis en un tipo de intervención correctiva que prevenga el daño psicológico que significa el aborto, desde una concepción que lo patologiza y que, como hemos analizado, lo considera un evento irremediablemente traumático. Así, el equipo de salud es considerado como estrategia de control normativo, de consulta necesaria para las mujeres que quieran acceder al aborto, una especie de policía sanitaria que tendrá el encargo legal de velar porque la decisión que tome la mujer sea técnica y moralmente justificable.

Creo que se debería autorizar, pero dándole un marco que tenga la contención de lo que yo te decía, con ese apoyo psicológico, con equipos preparados precisamente por esto. Es decir, que quien quiera hacerlo de forma legal, digamos, tenga que tener sí la obligación de pasar por determinados... *por un equipo de salud donde sea asesorada, donde se le diga todas las cosas correctamente como son*. Y, después, apoyada psicológicamente si lo va a resolver. Pero creo que se debería pasar por ese equipo. Es decir, *que solamente fuese autorizado y que se cubriera desde el punto de vista sanitario, se cubriera con el equipo de salud*. Pasando, primero, por un equipo de salud, y no yendo a la guardia diciendo: «¿a qué viene?», «me vengo a hacer un aborto, me interno en la cama 104, póngame la pasilla y cuando aborte, légreme y me voy para casa». No un trámite sencillo. (Médico ginecólogo, 58 años.)

Yo creo que más que nada lo que cambia y *que hay que hacer es la contención, de hacer pasar por el equipo de salud, es decir, no autorizar al libre... al voleo*. Y nosotros estaríamos viendo un montón de situaciones en las cuales, con un equipo de salud adecuado, podríamos ver quizás aquellas que vienen contempladas, de repente, evitar de llegar al aborto. (Médico ginecólogo, 62 años.)

[...] *la despenalización, sí, estoy de acuerdo*. Creo que hay algunas..., que tampoco tenés que ser tan..., una vez que se despenalice, *hay que crear*

un ámbito de información, y que la paciente... que no pase como en otros países que al despenalizarse el aborto pasa a ser su método «anticonceptivo». Nos pasó una vez, de tener una paciente cubana con su decimosexta interrupción del embarazo; su método anticonceptivo era el aborto y lo tomaba como algo muy natural. (Médica ginecóloga, 46 años.)

Al igual que aconteció en otras dimensiones de análisis del problema que nos atañe, fue interesante evidenciar las diferencias y los matices que se pueden observar en los relatos de los/as profesionales, dependiendo de su profesión, edad y sexo. La ilustración que tomamos a continuación, correspondiente a una partera, es elocuente al respecto. Su pensamiento se centra en su condición de mujer y, desde allí, busca colocarse en el lugar de la «paciente», para entonces poder hablar desde su investidura profesional. Este movimiento en el discurso da cuenta de las condiciones de posibilidad de enunciación que genera la doble inscripción, de género y de profesión, aun cuando se trate de una posición menos autónoma, subordinada al poder médico.

Yo creo que sí, porque estoy segura de que no nos vamos a hacer un aborto como dicen. Estamos teniendo una realidad que no la quieren ver. A ninguna de nosotras dentro de nuestra mente... va a ser una decisión horrible de tomar. Uno después ve a las pacientes y ve que no ha sido una decisión fácil de tomar. Es mentira que al año siguiente se va a hacer un aborto, ¡es mentira! (Partera, 60 años.)

Las parteras fueron enfáticas en afirmar que era necesario cambiar el marco legal y disponer de condiciones para que las mujeres puedan acceder a los procedimientos sin ser penadas por ello: «No hay más que hablar porque ya se sabe todo, en los países donde el aborto fue legalizado, los abortos disminuyeron», «se controla a las mujeres, porque, ¿a quién se le niega el aborto?, a las mujeres, no a los varones...». Este fue el tono de su intercambio en el grupo focal y, en general, en los discursos de las entrevistadas. Similar recorrido expresaron las enfermeras, entre quienes no hubo discrepancias respecto a la necesidad de cambiar el marco legal y de que este reconociera el derecho a decidir de las mujeres. Por su parte, la discusión entre los psicólogos/as en el grupo focal, integrado por hombres y mujeres, así como en las entrevistas que se realizaron, si bien manifestaron posturas favorables a la legalización, hubo matices respecto al alcance que debía tener la nueva ley.

Algunos profesionales se pondrán de acuerdo y otros no, y serán las autoridades [las] que tendrán que decidir. El personal de enfermería puede jugar un rol importante en el acompañamiento de las mujeres, estamos formadas para eso, para los cuidados, para contener. *La ley es importante y nosotras podríamos estar ahí, para acompañar, para apoyar a las mujeres.* (Enfermera, 39 años.)

Yo estoy de acuerdo con que se despenalice, totalmente, totalmente. Creo que es darle forma, que es formalizar una cosa que se está haciendo, y

darle de alguna forma la seguridad a la gente de lo que está haciendo. Porque en la medida que está admitido, y que está institucionalizado, se le da seguridad a la gente. Porque ahora, así como estamos, se sigue con la historietita... (Enfermera, 35 años.)

No me vendría bien cualquier propuesta de legalización. Ahí voy, porque creo que en algunas situaciones ya sea en el podo de los pobres, como para arriba, se puede dar de hacer cosas sin contactarse con las cosas que uno hace. Consumimos coca-cola, consumimos misoprostol. No sé si esto en la vida deja marcas, creo que para algunas sí y para otras no. No sé. [...] Me parece importante... Creo que tiene que haber un circuito... a veces me parece que se puede transformar en esto de lo invisible del hijo. No sé si se me mezcla la cuestión cristiana [se ríe]. (Psicóloga, 32 años.)

Yo estoy a favor de la despenalización, a que se despenalice el aborto en momentos tempranos, ¿no? Obviamente. Porque luego, médicamente, es un riesgo para la mujer. (Psicóloga, 52 años.)

En general, entonces, podemos decir que estos profesionales compartían una visión sobre la necesidad de un cambio legal que regulase la práctica del aborto y que ofreciese garantías a las mujeres, y a sí mismos/as en sus prácticas profesionales. Como pudimos observar, los alcances y limitaciones a las que aspiraban tenían diferencias, si bien estas se manifestaban dentro del rango de los modelos jurídicos menos restrictivos, por plazos o por causales amplias o por la definición de condicionantes para el acceso a la prestación en los servicios de salud. A pesar del cambio que ya se había registrado en las prácticas de aborto y en su gestión por las mujeres mediante el uso de misoprostol, igualmente los/as profesionales reubicaron el protagonismo en los servicios de salud, esta vez en el asesoramiento a cargo de equipos de multiprofesionales.

Cuando se les formuló a los/as médicos la pregunta de si en un escenario de cambio legal practicarían abortos, surgieron dudas en algunos de ellos/as, e incluso la negativa cuando se imaginaban ante la posibilidad de realizar aborto quirúrgico. La expresión utilizada por una médica parecería sintetizar el momento en el cual se encontraban, en un proceso de «transición de conciencia», en un momento de adecuación para un eventual escenario de aborto legal que parecía concretarse inexorablemente en el corto plazo y que les exigía reflexionar sobre su involucramiento profesional.

Creo que me agarrás en *un momento de «transición de conciencia»*, de haber estado muy radicalmente, en su momento, cuando surgieron las iniciativas... yo pensaba que si se despenalizaba, yo iba a decir «no lo hago». Ahora he ido cambiando mi mentalidad, pero todavía no sé si enfrentada la situación... (Médica ginecóloga, 52 años.)

¿Hacer yo un aborto? Si es un embarazo chico, sí. No tengo problemas. Podría ser parte de la práctica ginecológica habitual, si es un embarazo chiquito no me genera un problema moral. Yo conozco gente que está a favor del aborto, pero no lo haría, que lo haga un colega. A mí no me genera ese conflicto. (Médica ginecóloga, 45 años.)

Mirá, no lo tengo resuelto, no sé. Va un poco en contra de todo eso de que nosotros estamos a favor de la vida. Pero es cierto que uno se encuentra con situaciones tan dramáticas, entonces yo me lo he cuestionado varias veces, porque va a llegar. Entonces, siempre pienso que no me gustaría, no me gustaría hacerlo. (Médica ginecóloga, 48 años.)

¿Vos sabés que lo tengo que pensar? En principio, no tengo ningún tipo de impedimento, pero creo que es algo que ya hay que meditarlo muy bien... vos sabés que tengo varios conocidos que trabajan o trabajaron en Iniciativas y trabajan un tiempo y se terminan yendo... (Médico ginecólogo, 52 años.)

Como ya hemos señalado en capítulos anteriores, el temor al estigma profesional así como a la valoración sobre las limitaciones técnicas para realizar el asesoramiento parecerían ser factores inhibidores, en ese momento, de posturas más decididas respecto a involucrarse en la prestación de servicios. Ningún profesional hizo alusión a que haría objeción de conciencia en caso de que debiera brindar servicios. Sin embargo, ello no significaba que esta posibilidad se configurara en el futuro o que otras formas de resistencias pudieran ponerse en juego por parte de los/as profesionales. El escenario que observamos, en ese entonces, dejaba dudas sobre cómo jugarían los/as médicos en un nuevo contexto legal.

Las mayores resistencias se pusieron de manifiesto en caso de tener que realizar aborto quirúrgico. La imagen internalizada de este procedimiento asociado a «los aborteros» y a una intervención directa por el profesional, a diferencia del aborto por medicamento, generaba rechazo en algunos/as médicos, para quienes había una diferencia muy importante entre recetar misoprostol y realizar un legrado. Las palabras de una joven residente fueron expresivas al respecto,

Si se legaliza, todo lo que quieran, y yo tenerle que hacer el legrado quirúrgico, no me veo mucho. Yo uso misoprostol, la asesoro, la ayudo, la contengo, la acompaño..., pero que yo tenga que... (Médica residente de Ginecología, 28 años.)

En este punto fue donde se pudo observar que las manifestaciones a favor del aborto legal tenían su contracara en los/as médicos. El siguiente diálogo de un grupo focal de residentes es interesante para analizar las tensiones que instalaba la posibilidad del cambio legal.

—¿Les parece que va a ser fácil que venga una mujer y que todos le demos el misoprostol?

—No, no va a ser fácil.

—No, no creo que todos.

—Se hará una policlínica y...

—Hacer *un legrado quirúrgico con una paciente con un aborto es feo*, tenés que dilatar y dilatar, es feo.

[Se superponen las voces.]

—A mí me pasó un caso que no iba con misoprostol y *hubo que dilatar «eso»* y fue horrible.

—*Igual, pondrán límites de cómo es la ley.*

—Salís de ahí como si hubieras ido a una *carnicería... el legrado...*

[Se superponen las voces.]

—Mirá que un aborto quirúrgico de 12 semanas con huevo vivo, el que se lo planteo que lo vaya a tener que hacer o los que los vayamos a tener que hacer, este...

—Es una carnicería.

—*No es lo mismo que recetar misoprostol.*

—Y no es lo mismo el legradito que hacés de repaso.

Las apreciaciones y las percepciones de estos/as profesionales, en particular lo que se pudo observar en el discurso de los/as médicos, anticipaban un escenario que luego se configuró con la aprobación y puesta en marcha de la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), hacia fines de 2012.

Una puesta a punto sobre el actual marco legal

La ley vigente en Uruguay aprobada en octubre de 2012 habilita la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta las 12 semanas de gestación (aborto por decisión de la mujer) o fuera de ese plazo ante situaciones de riesgo de vida y salud grave de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida extrauterina y violación (para esta última el plazo se extiende a 14 semanas). El aborto será considerado legal siempre y cuando tenga lugar en el marco de la ruta de atención prevista en un servicio de salud del SNIS. Si las condiciones no se cumplen, es decir, si el aborto se realiza fuera del marco de las consultas del servicio de salud o fuera de los plazos establecidos, tiene pleno efecto la tipificación del delito y la pena establecida en el Código Penal. La ley y el decreto reglamentario establecieron la ruta crítica dentro del servicio de salud que toda mujer en situación de embarazo no deseado deberá transitar, en función de lo que se ha denominado como IVE1, IVE2 e IVE3.

La primera consulta con un médico, denominada IVE1, es aquella en que la mujer manifiesta su deseo de interrumpir el embarazo. El médico debe verificar

los requisitos básicos que la ley establece: voluntad de la mujer; ciudadana natural, legal o extranjera con más de un año de residencia; edad gestacional. En esta consulta se solicitará: grupo sanguíneo y ecografía ginecológica, los cuales deben ser coordinados con carácter de urgente y haber sido realizados para la tercera consulta. Se procede a la derivación a un equipo interdisciplinario mediante un pase con los requisitos básicos, anteriormente mencionados y por escrito.

La segunda instancia, denominada IVE2, implica la consulta con un equipo multiprofesional de salud que debe conformarse luego de la consulta IVE1, en un tiempo no mayor a las 36 horas. El equipo debe estar integrado por un ginecólogo/a, un trabajador del área social y un especialista del área de la salud mental. Los tres profesionales pueden trabajar en conjunto o de manera separada según el caso o la disponibilidad en el momento, pero todos deben valorar a la mujer en plazos breves y las consultas deben quedar registradas en la historia clínica y en la ficha de IVE, elaborada específicamente para tal fin. Cabe resaltar que si el técnico que realizó la consulta IVE1 es ginecólogo, la segunda instancia puede realizarse solo con los otros dos especialistas, siempre que se cumplan los plazos establecidos y que el ginecólogo haya realizado el asesoramiento correspondiente a su área. Los técnicos deben realizar asesoramiento, completar la ficha IVE2, entregar la constancia de asesoramiento que debe ser firmada y dar pase a la tercera consulta. Según establece la ley, los contenidos del asesoramiento son: información en materia legal; en métodos para aborto seguro y disminución de riesgos; brindar información sobre alternativas al aborto (adopción, programas de asistencia estatal a la maternidad); brindar apoyo psicoemocional; asesorar sobre planificación familiar posaborto; establecer adecuadamente ciudadanía o residencia; corroborar los documentos legales ante violación e incapacidad; entrega de constancia de asesoramiento, y asegurar que la paraclínica esté pronta para la tercera consulta. En el caso de adolescentes, el equipo debe establecer la autonomía progresiva y orientar al juez en adolescentes cuando exista discrepancia entre la adolescente y sus padres o tutores. La fecha para la tercera consulta debe ser como mínimo cinco días corridos después de la valoración realizada en IVE 2 establecido en la ley como período de reflexión obligatorio para la mujer.

Finalmente, tiene lugar la consulta IVE3, la cual debe ser realizada por ginecólogo, quien valorará nuevamente los requisitos básicos y que se hayan cumplido los pasos previos. Siendo correcto el procedimiento y si la mujer ratifica su deseo de interrumpir el embarazo, se valorará según criterios médicos la manera y el lugar donde debe ocurrir el aborto. Una vez elegido el método, se la asesora sobre su modo de uso, signos y síntomas de riesgo y sobre consulta precoz. Si se opta por el método farmacológico, se otorga receta de misoprostol y mifepristona. Por último, otorga el consentimiento informado y se fija consulta posaborto en un plazo no mayor a 10 días (IVE4).

La ley aprobada recibió críticas desde distintos sectores y perspectivas. Quienes históricamente abogaron en contra de cualquier cambio del marco

normativo, la consideraron un retroceso e iniciaron un proceso para su derogación por la población, mediante el mecanismo constitucional de consulta ciudadana, que apenas contó con el concurso del 9 % de los habilitados para votar. Para quienes habían trabajado arduamente por la despenalización del aborto y el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, el resultado generó fuertes controversias y disconformidad con los actores políticos. Las principales críticas desde la mirada feminista fueron que la ley promulgada no destipificaba el delito de aborto, sino que suspendía la pena establecida en el Código Penal vigente (1938), siempre y cuando se cumplan con ciertas condiciones y requisitos. Entre ellas, se observa que la ruta crítica que las mujeres deben transitar dentro del servicio de salud para acceder al aborto legal responde más a un modelo de tutelaje profesional que a un enfoque de reconocimiento de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida reproductiva. A su vez, la puesta en marcha de los servicios IVE instaló, desde un primer momento, discusiones sobre sus características, sobre la objeción de conciencia de los ginecólogos/as (que prevé la reglamentación de la ley solo para la instancia de IVE3) y sobre la objeción por ideario institucional para los efectores de salud (que también establece la ley). Estos cuestionamientos son relevantes tanto desde el punto de vista de las limitaciones jurídicas de la ley como respecto a su legado simbólico. De todas formas, la ley generó un escenario novedoso y desafiante, en términos del desarrollo de estrategias para su implementación en el SNS a partir de enero de 2013.

Casi un tercio de los profesionales médicos de ginecología de todo el país presentó objeción de conciencia y, en algunos casos, como en el departamento de Salto, la totalidad de los médicos/as ginecólogos son objetores. La objeción de conciencia que adujeron varios profesionales no se fundamentó en razones religiosas, sino en cuestiones de índole filosófica y moral y, en algunos casos, incluso se podría hipotetizar que hubo razones económicas y políticas, en especial en aquellos lugares donde la objeción de conciencia tuvo un carácter claramente corporativo y no individual.

El discurso de los/as profesionales que entrevistamos en nuestro estudio un tiempo antes de la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo ofreció indicios para pensar que esto era una posibilidad cierta en el escenario del cambio legal. El análisis del material recogido y la experiencia vivida nos permite afirmar que existen poderosos factores ideológicos, subjetivos y morales que orientan, como hemos demostrado, la interpretación de este hecho.

Conclusiones en clave de apertura

El acceso al aborto legal y seguro, y el reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres sobre su vida reproductiva son asuntos críticos en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe, con importantes consecuencias en el bienestar y la vida de las mujeres. Las estrategias de incidencia social y política desarrolladas desde los movimientos de mujeres y feministas, en alianza con otros actores sociales, han sido fundamentales para dar visibilidad y tratamiento público a un problema que, durante décadas, fue considerado un asunto privado excluido de las agendas políticas.

La creciente legitimación social y política de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos que se registra en la arena internacional y en escenarios nacionales no ha estado ni está exenta de disputas y controversias. El impulso de la agenda de género y derechos sostenida desde esos movimientos ha permitido avanzar de manera significativa en los últimos años en el ámbito regional. Sin embargo, es importante consignar que —en la medida que se trata de un campo de luchas sociales, ideológicas, morales, económicas y políticas— esta agenda está expuesta a retrocesos y conflictos. El enlace virtuoso entre conocimiento y acción social es clave para robustecer esta plataforma y para incidir en su incorporación en las políticas públicas. El fortalecimiento de una agenda de investigación que aborde, con rigor y responsabilidad social, el estudio sistemático de las distintas dimensiones implicadas en el problema del aborto inseguro e ilegal y sus efectos en distintos niveles es uno de los desafíos a los que está llamada una academia socialmente comprometida. La necesidad de generar evidencias e interpretaciones desde las ciencias sociales que contribuyan a fortalecer las acciones de incidencia social, con la producción de nuevo conocimiento sobre las tensiones que se observan en la relación entre profesionales de la salud y mujeres que abortan en contextos legales restrictivos, como era el caso uruguayo en el período que nos ocupó —entre los años 2000 y 2012—.

En el inicio del nuevo milenio, la sociedad uruguaya, a impulsos del movimiento feminista, se involucró crecientemente en el debate sobre el derecho de las mujeres al aborto voluntario, en el marco más amplio de la discusión sobre la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. La elevada tasa de mortalidad materna por aborto inseguro que se registró en ese entonces interpeló fuertemente el sostenido silencio de uno de los actores clave, ausente en el debate nacional posdictadura: los/as profesionales de la salud, en particular, los/as médicos ginecólogos. Amparados en interpretaciones altamente restrictivas respecto al alcance de la ley que penalizaba el aborto (Ley n.º 9763) y ante el temor a la sanción penal y al estigma social, los/as médicos habían tomado distancia no solo del debate público, sino también de la realización de abortos institucionales, salvo en situaciones muy

excepcionales: cuando la mujer corría riesgo de salud o de vida. A partir del año 2000, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad de Ginecología del Uruguay ingresaron en la arena pública y desde una perspectiva de defensa del derecho a la salud denunciaron la realidad de la mortalidad y morbilidad severa, sumando su voz a las organizaciones feministas. La agenda por el aborto seguro y legal se fue transformando en una plataforma ciudadana robusta en la que diversos actores articularon argumentos y acciones para incidir en el cambio del marco jurídico que penalizaba el aborto, así como en la respuesta institucional del sector de la salud frente a este problema.

Como resultado del proceso de participación ciudadana, Uruguay avanzó de manera significativa en el reconocimiento formal de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, mediante la generación de un marco normativo (la Ley n.º 18.426, de 2008) que reconoce parcialmente este derecho y que define una serie de medidas programáticas para su protección y promoción en el sistema de salud. Este marco normativo, a pesar de sus limitaciones, significó un avance importante tanto desde el punto de vista jurídico como simbólico y social. La ley, finalmente promulgada por el Poder Ejecutivo, no reflejó los consensos y las mayorías parlamentarias alcanzadas luego de intensos debates políticos, mayorías que reflejaban las tendencias en la sociedad uruguaya. El veto interpuesto por el presidente de la República a los capítulos que despenalizaban el aborto por sola voluntad de la mujer, en el marco del primer gobierno nacional de izquierda en la historia del país (2005-2009), fue una fuerte señal de las controversias y resistencias que generaba la agenda de género y derechos en sectores de la sociedad que no estaban dispuestos a perder esa batalla ideológica y moral. Como resultado, el país contó con una ley que si bien reconoce los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos, limitaba el acceso al aborto en la medida que mantuvo en plena vigencia la ley que lo consideraba un delito. En ese escenario legal contradictorio, la Ordenanza n.º 369 de atención pre y posaborto (vigente desde 2004 e incluida en la ley de 2008) abrió una ventana de oportunidad para el desarrollo de una estrategia institucional de prevención del aborto de riesgo, al permitir vincular a las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario con los servicios de salud. Sin embargo, las medidas impulsadas restituían la regulación de la práctica del aborto al poder médico, desde un discurso que combinaba elementos tradicionales de la práctica médica con argumentos novedosos respecto a las mujeres como sujetos de derechos.

Se trató de un tiempo histórico de intensas disputas ideológicas que se plasmaron en complejos procesos de transición jurídico-normativa, institucional y cultural en un contexto más amplio caracterizado por cambios políticos importantes en la vida del país. En este escenario cambiante, los servicios de salud y los/as profesionales que en ellos se desempeñaban estaban llamados a jugar un papel fundamental para favorecer el acceso de las mujeres a la información y a una atención que previniera la práctica insegura del aborto y sus consecuencias.

Los testimonios que recogimos en las entrevistas y grupos focales con profesionales médicos/as ginecólogos, parteras, enfermeras y psicólogos/as, muestran que el debate social había tenido efectos en el discurso de los/as profesionales. Sin embargo, si bien estos conocían la normativa pre y posaborto, ella quedaba librada a la voluntad individual del profesional de implementarla en la medida que ni desde la autoridad sanitaria ni tampoco desde los servicios de salud se habían definido claros lineamientos para su instrumentación y difusión en la población usuaria. Conocer los lineamientos normativos y programáticos es una condición necesaria, pero *per se* no garantiza su implementación.

De ser un asunto silenciado dentro y fuera de los consultorios, el aborto voluntario se había transformado en el marco del debate público, en un asunto para los servicios de salud. Este comenzaba a ser percibido por los/as profesionales como una decisión legítima de las mujeres, si bien el marco legal imponía restricciones importantes a la intervención profesional. Los/as profesionales de la salud, en cuanto actores sociales, reproducían en el escenario de la atención institucional las tensiones y resistencias que se observaban a nivel de la definición de la política pública. La compleja relación entre la legalidad y la legitimidad se hizo presente en el campo de las prácticas profesionales, ya que la ley definía la actuación profesional en los momentos previos y posteriores al aborto, pero no en su realización. Esta restricción legal se traducía, en la práctica, en una actuación profesional *en el borde*, lo cual generaba tensiones de distinto orden. Este es uno de los puntos críticos que explica la baja implementación de la normativa de atención pre y posaborto en ese momento.

El cambio del modelo de atención que promovía la política de salud, desde uno de corte materno-infantil hacia otro de tipo integral en salud sexual y reproductiva fue analizado a través del estudio de los esquemas de percepción y apreciaciones de los/as profesionales sobre sus prácticas profesionales. Los resultados nos ayudan a comprender la compleja vinculación, determinación y afectación mutua que tienen los distintos niveles implicados en el proceso de la política: el de la definición, el de implementación y organización en los servicios de salud y el de las propias prácticas profesionales. Es decir, las tensiones existentes en el plano de lo jurídico-normativo (aborto-delito, atención pre y posaborto y reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho) no fueron inocuas en el plano de la organización de los servicios ni, en particular, para las prácticas profesionales. Ello dificultaba la incorporación de un enfoque integral en las prácticas reforzado por una política de baja intensidad sobre la atención pre y posaborto. La transformación del modelo hegemónico institucional materno-infantil, tan arraigado en la cultura institucional y en las prácticas profesionales, exige señales claras desde la autoridad sanitaria y no mensajes ambivalentes y tímidos como los que tuvieron lugar en ese momento.

Las prácticas profesionales consideradas como prácticas sociales específicas históricamente situadas son un analizador de los pactos, disputas y conflictos que se registran en el campo social. Desde una perspectiva feminista, colocar

el foco en los/as profesionales de la salud frente al aborto voluntario permitió evidenciar algunas de las dimensiones implicadas en el proceso de construcción del aborto como objeto de intervención técnico-profesional y de las mujeres que abortan, como sujetos de derechos.

Los/as profesionales, a través de un amplio repertorio de significantes, enunciaban la disputa simbólica producto de un tiempo histórico marcado por la transformación social y política respecto al cuerpo, las sexualidades, las mujeres y el aborto. Las percepciones y apreciaciones de estos/as profesionales nos permitieron identificar estrategias de reproducción del orden social que perpetúan desigualdades estructurales de género y que la maquinaria institucional reproduce. Pero también se observaron interpelaciones a estos ordenamientos y sus efectos. Según Bourdieu (2007), la acción supone la complicidad entre el campo —en cuanto lo social hecho instituciones— y el *habitus* —en cuanto lo social hecho cuerpo—, como subjetividad socializada que se incorpora en los esquemas mentales de apreciación, percepción y acción. Los/as profesionales incorporan tempranamente un *habitus* en la formación profesional mediante la adquisición de un lenguaje verbal y paraverbal que los identifica como parte de un corpus profesional, el cual recrean a través de sus prácticas. Hacer del espacio de la salud un escenario de ejercicio de la ciudadanía para las mujeres requiere, junto con la voluntad política inequívoca de las autoridades, de una sociedad civil activa que demande y exija protección de sus derechos. Será esa sociedad civil activa la que impacte en el proceso de transformación del *habitus* que produce y reproduce el campo médico. Sin esa transformación, las posibilidades de integrar un enfoque de derechos sexuales y reproductivos en el espacio de la salud serán limitadas.

La hegemonía de la medicina en el campo sanitario es una barrera para el logro de la salud integral, la cooperación, el diálogo interdisciplinario y la complementariedad del trabajo en equipo de salud, que postula el enfoque de la salud sexual y reproductiva. A partir de los testimonios de los/as profesionales pudimos observar que durante décadas, desde el campo médico, el aborto había sido construido como un problema del orden biológico, como una patología reproductiva despojada de su dimensión social, psicológica, política y ética. De esta forma, se lo conceptualizaba como un acontecimiento involuntario, una externalidad generada por causas «naturales» que impedía concretar el deseo de maternidad de la mujer. Desde esta construcción del objeto profesional, el aborto no generaba incomodidades ni dilemas éticos en los/as profesionales. También era considerado un problema jurídico, y la manera de evitar tener contacto con esa realidad fue desentenderse del asunto por temor a la sanción penal y el estigma. Esta realidad comenzó a mutar cuando, a partir del nuevo milenio, la muerte de mujeres por aborto inseguro irrumpió en las emergencias obstétricas y el debate social interpeló el campo médico. El aborto comenzó a ser percibido como un problema social y el campo de intervención profesional se trasladó del aborto (como objeto abstracto y asocial) al sujeto que decide abortar, es decir,

a las mujeres y sus circunstancias. En este punto, los relatos de los/as profesionales entrevistados dieron cuenta de denominadores comunes, pero también de diferencias y matices en función de las edades, el sexo, el tipo de profesión y los años de ejercicio profesional. Sus discursos variaban en función de los grados de autonomía y autorregulación de las profesiones respecto del poder médico.

El análisis de los discursos —contradictorios y ambivalentes— de los/as profesionales sobre las mujeres que abortan permite señalar que la propia estructura del orden médico impregna todo el campo sanitario y hace muy difícil el cuestionamiento a ciertas representaciones y estereotipos tradicionales de género, incluso para otras profesiones. Así sucede con el embarazo y la maternidad como hecho «natural» (y el aborto como contracara, hecho antinatural). En este sentido, las mujeres que abortan eran, en alguna medida, responsabilizadas por sus conductas, activándose contra ellas lo que Zola (1999a) definió como «batalla moral». La percepción de las mujeres como seres frágiles o vulnerables frente al problema del aborto, compelidas a tomar una decisión que —de contar con otras condiciones sociales, familiares o económicas— no hubieran tomado, formó parte del libreto de algunos profesionales, fundamentalmente, de médicos hombres. La respuesta frente a esta situación era más bien terapéutica, pues las mujeres eran consideradas como sujetos pasivos o víctimas de sus circunstancias, por lo cual requerían una intervención técnica correctiva de la decisión o reparadora del daño emocional. La identificación y empatía con estas mujeres, desde una visión paternalista, obstruía la posibilidad de comprender el sentido liberador que podía tener la decisión de abortar para muchas de estas mujeres. La visión del aborto como un acto de autonomía que interpela los mandatos sociales de género se registró en el discurso de profesionales jóvenes y en las mujeres, aunque en una versión aún precaria y marginal. El hecho de concebir a las mujeres como ciudadanas con derecho a tener derechos implica cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, en la formación académica, en las prácticas profesionales y en las subjetividades.

Los/as profesionales, en su mayoría, expresaron *respetar* la decisión de la mujer. Esta afirmación puede interpretarse como una manifestación de los cambios en la aceptación social del aborto; como una manera de establecer distancia subjetiva y moral con la decisión («yo no lo haría, pero la respeto»); o como una forma de asumir la autonomía de las mujeres para tomar la decisión («no estoy de acuerdo, pero es su decisión»). Cuando se analizó el alcance de este reconocimiento se pudo observar que el derecho a decidir estaba limitado según fueran los motivos para abortar y las condiciones de la toma de la decisión: «Hay abortos y abortos».

El espacio de la consulta, esa «caja poco transparente», era el escenario discreto donde cada profesional abordaría (o no) la demanda de atención, y la herramienta para hacerlo era el asesoramiento pre y posaborto. Como señala Schraiber (2008, 2010), el profesional ejerce su autonomía técnica en el núcleo duro de su práctica profesional: el juicio clínico y la toma de la decisión

asistencial. En este sentido, las prácticas de asesoramiento pueden ser consideradas analizadores de los procesos de cambio social e institucional. Los significados de los/as profesionales asociados al asesoramiento técnico-profesional canalizaban distintas modalidades de *hacer* asesoramiento, a las que clasificamos en: a) formal-instrumental, b) médico-normativo y c) integral-implicado. Estas modalidades se mixturaban, se debaten y coexisten en el discurso y en las prácticas profesionales. La prevalencia de una u otra modalidad varió en función del tipo de profesión y el sexo de los/as profesionales. Mientras que los médicos hombres se perfilaban más hacia la instrumentación de modalidades de tipo formal-instrumental y médico-normativo; el discurso de las mujeres, parteras, enfermeras y los/as psicólogos/as se inclinaba hacia un tipo de asesoramiento integral-implicado. Esto responde, por lo menos, a dos cuestiones. Por un lado, a las diferencias en la forma de articular la relación persona-rol profesional en la práctica clínica que postula cada profesión. Por otro, a cómo se pone en juego la relación entre acción técnica y acción moral en la práctica profesional.

El estudio de los llamados dispositivos de asesoramiento en el campo de la salud sexual y reproductiva merece especial atención dado que son ampliamente recomendados en las políticas públicas. Por ejemplo, el uso del término *consejería* para designar este tipo de acciones técnico-profesionales, adoptada por organismos y organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, habilita —desde el propio uso del término— un tipo de intervención que se caracteriza fundamentalmente por su dependencia moral del sistema de valores del/la profesional, quien actúa con base en *consejos* profesionales, no necesariamente ajustados a los lineamientos definidos en la política pública. El estudio que realizamos ofrece evidencias en esta dirección al analizar cómo la acción técnica y la acción moral se entrelazan bajo la cualidad de práctica profesional cuando se trata de asesorar a las mujeres en asuntos relacionados con su vida reproductiva. Los tipos de asesoramiento que hemos identificado permiten analizar el grado de implicación entre técnica y moral, y las derivaciones que esto tiene en las prácticas profesionales. Por ejemplo, la consideración del aborto como un acontecimiento traumático con secuelas emocionales irreversibles o duraderas para las mujeres, que formaba parte del discurso de los/as profesionales, responde más bien a una concepción del aborto como enfermedad o patología, y de las mujeres que abortan como irracionales. Esta formulación está lejos de lo que enseñan las evidencias científicas disponibles a nivel internacional, así como del alivio que las mujeres relatan de sus experiencias posaborto y que los/as propios profesionales escuchan en sus prácticas clínicas. Sin embargo, desde ese constructo de aborto = trauma, algunos/as profesionales estructuran un tipo de acción técnico-moral dependiente que es iatrogénica por los efectos culpabilizadores que genera. En este plano, parecen radicarse las resistencias de los/as profesionales: en el de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente.

Las situaciones que escapan a la nosografía clásica, como, por ejemplo, el aborto voluntario o la violencia contra las mujeres, son las más de las veces consideradas por los/as médicos/as como asuntos extratécnicos y, al ser ubicadas desde esta concepción, se legitima la puesta en juego de lo que Schraiber denomina excusa tecnológica. Nuestro estudio permitió evidenciar que la excusa tecnológica se presenta bajo dos modalidades de práctica profesional, con frecuencia referidas por el personal médico: a) la derivación a otro profesional y b) la acción desde lo personal. La derivación a otro profesional se asentaba en valoraciones sobre las propias capacidades y limitaciones técnicas para atender a mujeres en situación de aborto. No se sentían *técnicamente* preparados. Junto con ello, la derivación podía ser considerada un efecto del estigma profesional. A partir de un deslizamiento de sentido que asociaba asesorar y realizar el aborto, en algunos médicos/as se instalaba el temor a ser considerados como esos «médicos aborteros», descalificados por el colectivo profesional, y cuya identidad y estatus profesional estaban marcados por el estigma. La distancia técnica que se expresa a través de la derivación se fundaba en el rechazo a quedar ubicados en ese lugar estigmatizado.

Por su parte, la acción desde lo personal, es decir, la subjetividad implicada en la intervención técnica fue identificada como un factor clave en las prácticas profesionales. Las reacciones emocionales frente a las mujeres que abortan o frente a los/as colegas que lo practican, los modelos mentales desde los cuales enuncian, sienten, piensan y actúan profesionalmente, las trayectorias biográficas, entre otros aspectos, operan —junto con otras dimensiones— para producir modos específicos de intervención técnico-profesional. Hemos encontrado en los/as profesionales diferentes estrategias para gestionar esta compleja relación entre lo personal y lo profesional, desde la neutralidad afectiva hasta el involucramiento indiscriminado. Se observó que estas estrategias están relacionadas, aunque no solo, con el tipo de profesión y formación académica. A pesar de su relevancia, sin embargo, las políticas públicas suelen desconocer la dimensión de la subjetividad implicada en los problemas que atiende.

Los cambios que se registraron en la región y en Uruguay en las prácticas de aborto a través del uso de medicamentos marcó un antes y un después en la construcción del aborto como objeto de intervención técnico-profesional así como en la relación con las mujeres que deciden abortar. Progresivamente el aborto quirúrgico era desplazado por el aborto con medicamento y se comenzaban a construir nuevas modalidades de gestión del aborto inducido para las mujeres. El profesional médico ocuparía un lugar de menor protagonismo y las mujeres adquirirían mayor autonomía. Para la gran mayoría de los/as médicos, el aborto con medicamento era vivido como un evento menos exigente desde el punto de vista técnico, emocional e incluso moral, a diferencia de lo que les sucedía con el aborto quirúrgico. Sin embargo, el aborto con medicamento parecía exigir mayor protagonismo a las otras profesiones, en particular aquellas *feminizadas* relacionadas con los cuidados, a quienes les implicaba mayor exposición afectiva.

Este punto es interesante de ser considerado en cuanto indicio del proceso de desmedicalización del aborto y de su construcción como campo de intervención para otras profesiones de la salud.

Se pudo constatar que ante un eventual escenario de legalización del aborto, los/as profesionales manifestaron posiciones ampliamente favorables. Independientemente de su edad, profesión y sexo, los/as profesionales estuvieron de acuerdo con la necesidad de disponer de un marco legal menos restrictivo. Los argumentos fueron básicamente similares y se basaron en que la Ley n.º 18.426, si bien era valorada positivamente, no resolvía el problema del acceso al aborto legal y seguro, y constreñía las posibilidades de intervención de los servicios de salud. Se reconocía que esta no resolvía la situación de las mujeres, quienes debían recurrir finalmente al circuito clandestino para acceder al aborto. Algunos médicos/as tuvieron reparos en participar de la prestación de servicios en caso de que se legalizara el aborto, condicionando su involucramiento al tipo de ley que se concretase. Ningún profesional hizo alusión a que haría objeción de conciencia en caso de que debiera brindar servicios. Sin embargo, ello no significaba que esa posibilidad no se pudiera configurar en el futuro o que otras formas de resistencias pudieran ponerse en juego por parte de los/as profesionales. La expresión utilizada por una médica sintetiza el momento en el cual se encontraban los/as profesionales, en un proceso de «transición de conciencia», de cambio subjetivo ante un eventual escenario de aborto legal que parecía concretarse inexorablemente en el corto plazo y que los interpelaba en su involucramiento profesional.

La aprobación en octubre de 2012 de la Ley n.º 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, fue un paso importante en el proceso de consolidación progresiva de la agenda de género y derechos en Uruguay. El nuevo marco legal, aun con sus críticas y limitaciones, en particular por el tutelaje que implica del proceso de decisión de las mujeres, habilita el acceso al aborto legal en los servicios de salud.

Los resultados respecto a cómo los/as profesionales de la salud se posicionaban ante el aborto voluntario, en la antesala de ese cambio legal que finalmente tuvo lugar en el país, contribuyen a comprender las complejidades implicadas en el proceso de incorporación del enfoque de los derechos sexuales y los reproductivos en el campo sanitario. A su vez, aporta al análisis de las resistencias que se observan hoy en la implementación de la nueva ley en el país, en particular en los/as médicos ginecólogos que han objetado conciencia, pero no únicamente.

El tratamiento del problema que hemos abordado ofrece evidencias e interpretaciones de utilidad para el caso uruguayo y para los de otros países de la región donde se han adoptado similares estrategias de reducción de riesgo de aborto inseguro. Contribuye a comprender las complejidades involucradas en la instrumentación de medidas programáticas que reconozcan los derechos (no) reproductivos de las mujeres y que promuevan su atención integral. La definición de acciones programáticas es una condición necesaria para avanzar

en la concreción de los derechos, pero si estas acciones no se sostienen con una decidida voluntad política y en una sociedad civil activa en la exigencia de sus derechos, habrá fuertes barreras y resistencias para su incorporación en los servicios y prácticas profesionales. La integralidad que promueve el enfoque de la salud sexual y reproductiva para que se transforme en prácticas en los servicios de salud exige insistir en algunas medidas fundamentales: a) en transformar los dispositivos de formación profesional y los currículos académicos de las distintas profesiones involucradas, no solo del sector médico; b) en la protocolización de la atención, en particular de los llamados dispositivos de asesoramiento; c) en la reorganización de los servicios de salud y los modelos de atención mediante el fomento del trabajo en equipos de salud, en su calidad de espacios que habilitan acordar modalidades de intervención, pensar las prácticas profesionales y rendir cuentas, y d) en el desarrollo de acciones de incidencia social dirigidas a fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en el espacio de la salud, entre otras.

Como hemos enfatizado a lo largo de estas páginas, el aborto voluntario como ejercicio de derechos es un objeto de disputa. Su reconocimiento trastoca las relaciones de dominación de género que se producen y reproducen en los distintos ámbitos sociales y que anidan en las subjetividades. Las dinámicas que se pueden observar en el espacio institucional de la salud son un ejemplo de ello.

El diálogo fecundo entre las teorías feministas y los enfoques interpretativos en ciencias sociales se enfrenta a importantes retos en el estudio de la compleja relación entre servicios de salud, profesionales y derechos sexuales y reproductivos, en tiempos de instrumentación de prestaciones en salud sexual y salud reproductiva en los países de la región. Deconstruir los modelos de calidad de atención de cuño biomédico y tecnocrático que se aplican en el campo sanitario para evaluar su propio desempeño es uno de los desafíos políticos, teóricos y metodológicos más relevantes en el entendido de que, las más de las veces, se definen como problemas de calidad prácticas que al ser vistas desde otro ángulo pueden ser conceptualizadas como vulneración o violación de derechos de las mujeres.

Finalmente, podemos concluir señalando que la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto —relación mediada por el encuentro con los/as profesionales de la salud— es un *locus* privilegiado para analizar, monitorear y evaluar las posibilidades, dificultades y resistencias que encuentra la agenda de género y derechos en el campo sanitario. Allí radica precisamente una de las dimensiones más importantes donde se juega el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular para el acceso al aborto seguro y legal.

PARTE 3
NOTAS TÉCNICAS

Método para un abordaje hermenéutico

En los apartados anteriores presentamos el corpus teórico que orientó la construcción del problema de investigación y que ofició de sustento para el análisis de la información que recolectamos durante su transcurso.

Se desarrolló un estudio de abordaje cualitativo por entender que esta era la opción más adecuada al problema de investigación y a los objetivos que nos propusimos. La opción por desarrollar una investigación cualitativa se sustenta fundamentalmente, y ante todo, en la adopción de un paradigma epistemológico: el enfoque interpretativo o sociología comprensiva en su articulación con el corpus feminista. Los métodos no son medios neutrales de acceso a la información y el conocimiento. Como sostiene Castro (1996): «La opción por los métodos cualitativos implica que un conjunto de supuestos metateóricos acerca de dicha realidad han sido aceptados de antemano» (1996: 59).

Como han enseñado Guba y Lincoln (1994), los paradigmas en cuanto conjunto de creencias básicas representan una visión del mundo que define la naturaleza de ese mundo, el lugar de los individuos en él y el rango de posibles relaciones con ese mundo y sus partes. Según estos autores, cada paradigma responde a tres cuestiones fundamentales, articuladas entre sí: la cuestión ontológica, la cuestión epistemológica y la cuestión metodológica. La pregunta ontológica principal refiere a la naturaleza de la realidad que se pretende conocer; la cuestión epistemológica implica la definición del tipo de relación entre el investigador/a que conoce y la realidad que se busca conocer, y la cuestión metodológica remite a la elección del método específico que guiará el conocimiento de la realidad. A estas cuestiones, podemos sumar —siguiendo a Sautu (2003)— la cuestión axiológica, que responde a la pregunta por el sistema de valores que orienta y sustenta la práctica del/de la investigador.

La investigación cualitativa, a través de sus diferentes métodos, coloca el énfasis en el estudio de los procesos sociales basándose en el supuesto ontológico de que la realidad es construcción social (Gergen, 2007), de allí que privilegie el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos y de los productos de su interacción (Castro, 1996). El aporte principal de esta perspectiva se basa en el significado que la realidad tiene para los individuos y las diversas maneras en que estos significados se vinculan con las conductas y comportamientos humanos. Por tanto, el nivel de realidad que se busca conocer es el de la dimensión subjetiva de la acción humana, y el orden social es entendido como la combinatoria y sumatoria de negociaciones intersubjetivas. Como ha desarrollado Max Weber en su vasta obra, se trata del entendimiento interpretativo de la acción social en su significado subjetivo. Desde esta perspectiva, al colocar el énfasis en las contingencias y en la dimensión subjetiva, se privilegia un tipo de conocimiento comprensivo de la realidad. En consecuencia, la perspectiva interpretativa se basa en el método inductivo a partir de observaciones concretas

de los individuos y sus interacciones (Glaser y Strauss, 1967). Para el logro de un conocimiento hermenéutico, se debe apelar a conceptos flexibles que permitan comprender la naturaleza diversa de los significados e interpretaciones que los individuos realizan sobre el objeto y los contextos. Por tanto, se asume que para alcanzar el conocimiento no se debe partir de teorías generales cerradas, sino de conceptos sensibilizadores, los cuales representan «direcciones hacia las cuales mirar» (Blumer, 1996, citado en Castro, 1996). Por último, se asume el carácter descriptivo, analítico y exploratorio que debe imprimirse al desarrollo de las ciencias sociales.

Como sostiene De Souza Minayo (2009), se trata de un tipo de investigación que tiene la capacidad de incorporar la cuestión del significado y la intencionalidad como inherentes a los actos, el sentido de la acción para los/as protagonistas y la relación de estos universos subjetivos con las estructuras, las relaciones y las dinámicas sociales, consideradas estas como construcciones humanas.

La investigación cualitativa genera datos de importancia teórica y no de representatividad estadística y, por ello, desde paradigmas positivistas de la ciencia, se la ha cuestionado en su capacidad de producir conocimiento científico legítimo para el diseño, evaluación y seguimiento de políticas públicas. Los hallazgos generados con base en diseños cualitativos —entre otros aportes— dan cuenta de procesos y relaciones sociales; contribuyen a la reconstrucción del escenario social, histórico y cultural donde adquieren sentido los datos mediante su contextualización e historización; reconocen la complejidad de lo social, la heterogeneidad de los sujetos y los grupos humanos; las relaciones de cooperación y conflicto, la naturaleza dinámica y contradictoria de los acontecimientos; se basan en la perspectiva de los actores mediante la recuperación de su palabra (perspectiva *emic*) y desarrollan un tipo de conocimiento implicado y situado (Guba y Lincoln, 1994; Haraway, 1995).

Es un tipo de conocimiento que se basa en un nivel de análisis micro mediante la particularización, profundización y reconocimiento de las diferencias y diversidades. Su aporte fundamental se sustenta en la recuperación de la perspectiva de los sujetos, de sus vivencias y experiencia subjetiva, en los sentidos que los acontecimientos adquieren para los sujetos y colectivos humanos, en las estructuras discursivas que dan cuenta de visiones de mundo de las cuales son portadoras las personas en un determinado momento biográfico, que es, al mismo tiempo, sociohistórico y cultural. Por ello, el aporte de la investigación cualitativa es de alta significación en la medida en que permite un acercamiento dinámico a una realidad que también es considerada como dinámica, cambiante, diversa. Mediante su capacidad para adentrarse en el mundo de los significados, busca una descripción densa de la realidad subjetiva, social y simbólica (Geertz, 1983).

La investigación cualitativa en salud y reproducción, con su énfasis en abordar los estudios en profundidad a partir de un número limitado de casos, ha permitido construir y desarrollar conocimiento de base empírica en un amplio

repertorio de objetos de estudio. El enfoque cualitativo se torna insoslayable cuando se trata de explorar el universo de significados y esquemas de percepción y las apreciaciones sobre las prácticas profesionales frente a las mujeres en situación de aborto voluntario que ponen en juego los/as propios profesionales que se desempeñan en el sistema de salud. Así como para comprender los factores que determinan y producen los posicionamientos ideológicos, éticos, teóricos y subjetivos que se vehiculizan en los discursos en torno a la temática. Podríamos decir que se trata de un *objeto cualitativo por antonomasia*, como lo llamó Ortí (1986), en función de los atributos que presenta. Según Vieytes (2008), los objetos de investigación cualitativa deben tener ciertos atributos, los cuales pueden (o no) confluir en un mismo objeto. Entre ellos se destacan los atributos de densidad subjetiva, abstracción, complejidad, intolerabilidad social, precariedad y sobredeterminación.

En el problema de investigación que hemos definido, se pueden identificar algunos de los atributos reseñados en el párrafo anterior. Se trata de un problema *subjetivamente denso* debido a la intensidad de las vivencias y experiencias que rodean la realidad social del aborto voluntario en nuestras sociedades, tanto para las mujeres que lo han vivido como para los/as profesionales que las atienden. Este atributo se potencia en su combinación con el de *intolerabilidad social*, en cuanto se trata de un asunto tolerado en bajo grado a nivel social y cuya exposición amenaza a los actores con el temor al estigma y la exclusión social. La *abstracción* es también una cualidad de este objeto y sus conexiones, en la medida que en él se anudan valoraciones morales, estereotipos, representaciones sociales e imaginarios sobre asuntos como la libertad, la autodeterminación, la autonomía, la vida, entre otras cuestiones. Se trata de un objeto *complejo* porque, como dice Vieytes (2008), se «presenta en un ambiente de turbulencia, desequilibrio, imprevisibilidad y por estar en proceso de transformación súbita, constituido por elementos aleatorios, cambios de decisión, interacciones, retroacciones» (2001: 50). Tal como hemos referido en la primera parte, el contexto que produce y en el cual adquiere sentido el problema de investigación es cambiante, incierto y contradictorio en lo que refiere a los marcos normativos y legales en los cuales se desarrolla la práctica de los/as profesionales frente a las mujeres en situación de aborto. Por último, se trata de un objeto *sobredeterminado simbólica, ideológica e imaginariamente*, puesto que podemos afirmar que el campo de la salud está sobredeterminado, lo cual se expresa en distintos registros y niveles como, por ejemplo, en las interacciones entre profesionales y usuarios/as; en las jerarquías médicas y las estratificaciones entre las distintas disciplinas; en las relaciones entre profesionales, gestores de servicios y tomadores de decisión; en la formación profesional, etcétera. También el aborto como objeto social y político está sobredeterminado por una compleja red de símbolos, valores, representaciones sociales, intereses múltiples y metáforas que remiten a cuestiones relacionadas con el cuerpo, la (no) maternidad, el (no) deseo, la sexualidad, la feminidad, los derechos, entre otras.

El desarrollo de la investigación

Se desarrolló un estudio descriptivo, exploratorio y analítico en el que se definió una muestra intencional teórica de profesionales de la salud de distintas disciplinas que se desempeñaban en servicios públicos y/o privados de la salud, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, y que estaban directamente involucrados en las prestaciones de salud sexual y reproductiva en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Para la recolección de la información se utilizaron complementariamente dos técnicas: entrevista semidirigida en profundidad y grupo focal. En un primer momento, se buscó instrumentar entrevistas con profesionales de todas las disciplinas mencionadas. En un segundo momento, nos propusimos realizar, por lo menos, un grupo focal por profesión. Como veremos más adelante este plan inicial fue modificado en el transcurso del trabajo de campo.

La entrevista es una técnica que permite adentrarse en el relato de los sujetos permitiendo conocer sus perspectivas, significados, percepciones y analizar el sentido personal que cada profesional atribuye a su práctica ante situaciones de aborto voluntario. Esta técnica se utilizó a los efectos de explorar, en un clima de mayor intimidad y confidencialidad, el universo de significados y esquemas de percepción. Se partió del supuesto teórico y metodológico de que esta técnica permite una aproximación de distinto orden al discurso de los sujetos, pudiendo acceder —en alguna medida— a una descripción más densa y profunda de elementos relevantes a estudiar (Vasilachis, 2007).

Por su parte, el grupo focal es una técnica que permite identificar los implícitos y supuestos que organizan el discurso de los/as participantes, favoreciendo el análisis del discurso público así como la identificación de los puntos de consenso y las discrepancias en torno al problema de la investigación. Por ello, los grupos focales, en este caso, fueron integrados por prestadores/as de la salud de la misma profesión, a los efectos de explorar los fundamentos teóricos, técnicos, ideológicos y éticos que sustentaban sus posiciones, según el tipo de profesión y el rol que cumplen en el proceso de atención de la salud.

El universo de estudio incluyó a profesionales de cuatro disciplinas que se desempeñaban de forma remunerada, orgánica y rutinizada en las áreas de ginecología, obstetricia y salud reproductiva de los servicios de salud públicos o privados/mutuales, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Los/as profesionales incluidos provenían de ginecología y obstetricia, parteras, enfermería y psicología, en la medida que para todas ellas se establecen roles y funciones en la atención a la salud sexual y reproductiva y, en especial, con relación a las mujeres en situaciones de embarazo no deseado y aborto inducido, en función de lo establecido por la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. A los efectos de la elaboración de la muestra intencional teórica, se consideraron los siguientes criterios:

- a. Profesionales, mujeres y varones, de ginecología, partería, psicología y enfermería, que se desempeñaban de manera remunerada, rutinizada y orgánica en servicios de salud públicos y/o privados del SNIS en Montevideo, con funciones de atención directa en salud reproductiva;
- b. Se consideró la inclusión de profesionales con hasta 10 años de ejercicio y más de 10 años de ejercicio en servicios de salud públicos y/o privados. En particular, para el caso del personal médico se buscó contemplar la inclusión de profesionales con diferentes funciones y posiciones en la estructura jerárquica: jefes de servicio (por ser quienes establecen los criterios que guían el trabajo del servicio), médicos de planta, que son quienes tienen bajo su responsabilidad las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, médicos de guardia con responsabilidad en situaciones de emergencia obstétrica y, finalmente, médicos residentes, que se encuentran en situación de aprendizaje supervisado.

El trabajo de recolección de la información se inició el segundo semestre de 2009 y se extendió hasta junio de 2011, y tuvo lugar en Montevideo, capital del país. Este período abarcó un tramo en el cual la Ley n.º 18.426, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, comenzaba a ser tímidamente implementada en el SNIS en la medida que su reglamentación por el MSP se realizó en setiembre de 2010, para su puesta en marcha obligatoria desde enero de 2011.⁴⁷ A su vez, importa subrayar que el trabajo de campo se comenzó a desarrollar en un período de transición del gobierno nacional hacia un segundo mandato de gobierno del Frente Amplio. Se trató de un tiempo político caracterizado por un contexto de tránsito en términos de la implementación de la referida ley y en un escenario donde se comenzaba a gestar una nueva discusión pública sobre la despenalización del aborto y su legalización bajo ciertas circunstancias.

El cierre de la recolección de la información hacia mediados de 2011 se debió a varias circunstancias. Entre ellas, se consideró que el nuevo debate social y político sobre aborto, que había adquirido nuevamente intensidad pública, generaba un escenario que dificultaba centrar —en los encuentros con los/as profesionales— el tratamiento del problema de investigación, haciendo que sus discursos se estructuraran con base en posiciones a favor o en contra del cambio legal, asunto que, si bien era importante, no constituía el núcleo central que interesaba abordar en la investigación. Por otra parte, se entendió que el material de campo recolectado tenía la suficiente densidad y heterogeneidad para permitir un análisis robusto de las categorías que se habían definido a partir de los objetivos trazados.

47 Lo cual sucedió en setiembre de 2010. Importa recordar que las prestaciones en salud sexual y reproductiva ya se instrumentaban en los servicios desde hacía algunos años, incluyendo la atención pre y posaborto y que, a partir de esta ley, adquirieron mayor legitimación y reconocimiento político.

La técnica de entrevista semidirigida se utilizó con ginecólogos/as, enfermeras, parteras y psicólogos/as dado que estas profesiones cumplen funciones de atención directa a mujeres en situación de embarazo no deseado y prevención de aborto de riesgo según lo establece la Ley n.º 18.426. Sin embargo, para el caso de psicólogos/as, importa señalar que su incorporación a los servicios de salud del SNIS se inició de manera progresiva a mediados del año 2011, lo cual fue causa de que la accesibilidad a estos profesionales haya sido dificultosa por no haber una masa crítica de psicólogos/as insertos en el sistema hasta avanzado el año 2012, en particular en los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva. En el caso de los/as médicos residentes de Ginecología, se optó por realizar grupo focal. Con base en los criterios establecidos, se buscó que las entrevistas a profesionales fueran equilibradas en términos de tipo de profesión, sexo, años de ejercicio y ámbito principal de desempeño profesional. En función de las variables señaladas y tomando en cuenta los criterios de saturación de la información, heterogeneidad y accesibilidad, se realizó un total de 28 entrevistas, según la distribución que se presenta en la siguiente tabla:

Sujetos	Sexo		Total de entrevistas en profundidad
	Hombres	Mujeres	
Médicos ginecotocólogos	8	4	12
Psicólogos	3	3	6
Enfermería	-	5	5
Parteras	-	5	5
Total de entrevistas	11	17	28

En un segundo momento, se procedió a realizar grupos focales por tipo de profesión, integrando a profesionales que no hubieran sido incluidos previamente en las entrevistas semidirigidas. En cada grupo focal, se buscó incluir profesionales mujeres y varones que se desempeñaban en servicios públicos y privados del SNIS. Se realizó un grupo focal por profesión y para el caso de los/as profesionales médicos ginecotocólogos/as se realizaron dos grupos focales, tomando en cuenta la función que cumplían en los servicios (médicos/as residentes y médicos/as de planta); quedaron excluidos de esta instancia los jefes de servicio. Se realizaron cinco grupos focales, dos con médicos/as, uno con psicólogos/as, uno con parteras y uno con enfermeras. El total de participantes de grupos focales fue de 39 profesionales: 20 médicos/as (distribuidos en un grupo de 12 y en un grupo de ocho participantes), seis psicólogos/as, siete parteras y seis enfermeras. Los grupos focales se realizaron, para el caso de los médicos/as, en los centros asistenciales y para el caso de psicólogos/as, parteras y enfermeras, estos tuvieron lugar fuera del espacio de trabajo.⁴⁸

48 Entre 2009 y 2010, en la realización de entrevistas y grupos focales participó la Lic. Elina Carril, integrante del equipo de investigación del Programa de Género, Salud Reproductiva

Sujetos	Sexo		Total de participantes de grupo focal
	Hombres	Mujeres	
Médicos ginecólogos	12	8	20 (dos grupos)
Psicólogos	3	3	6 (un grupo)
Enfermería	-	6	6 (un grupo)
Parteras	-	7	7 (un grupo)
Total de entrevistas	15	24	39 (cinco grupos)

Para la captación de los/as profesionales inicialmente se recurrió a jefes de servicio de centros asistenciales públicos de Montevideo (vinculados a la Red de Atención Primaria de ASSE, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas), las instituciones de formación universitaria y las asociaciones profesionales. Posteriormente, con base en la técnica de bola de nieve, se contactaron profesionales insertos en las instituciones privadas/mutuales y en otros servicios públicos hasta completar los criterios de inclusión definidos y el tamaño muestral, tomando en cuenta la saturación de la información.

Todos los participantes en el estudio lo hicieron de manera voluntaria, habiendo recibido previamente información sobre las características, objetivos y alcance de la investigación, tal como lo establece el decreto CM 515/08 del MSP sobre investigación con seres humanos. Se protegió el anonimato de los/as participantes y la confidencialidad de la información durante todo el proceso, incluido el almacenamiento de los datos y la comunicación de los resultados. El proyecto fue revisado y obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

En total, participaron en el estudio 67 profesionales, 41 mujeres y 26 hombres. La distribución por tipo de profesión fue de 32 médicos/as, 12 parteras, 12 psicólogos/as y 11 enfermeras. Del análisis de la ficha sociodemográfica que completó cada profesional previo a la entrevista o grupo focal, se desprende que el rango de edades de los/as participantes estuvo entre los 26 y 64 años, con una media de 42 años. En términos de años de ejercicio, el 60 % tenía más de 10 años de ejercicio profesional. La mitad de los/as profesionales se desempeñaban en ambos sectores, público y privado, mientras que cerca de un 30 % lo hacía solo en servicios públicos y un 20 % solo en servicios privados. El 60 % tenía hijos al momento de la entrevista y la media de hijos fue de 2,5. La mayoría se definió como ateo/agnóstico y quienes se identificaron con alguna religión lo hicieron mayoritariamente como cristiano no católico. En términos de ideología política, la mayoría se ubicó en posiciones de centro-izquierda e izquierda.

Las entrevistas y los grupos focales se realizaron con aquellos profesionales que aceptaron voluntariamente participar del estudio previo consentimiento informado y firmado. Las entrevistas y el material de los grupos fueron grabados y

y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, en el cual se inscribe el desarrollo de este proyecto.

transcriptos literalmente (incluyendo tanto el registro de la palabra como de los silencios, expresiones no verbales, lapsus, sonidos) para su posterior tratamiento y análisis. En el caso de un profesional médico que no aceptó que la entrevista fuera grabada, se procedió al registro manual. Para la recolección de la información se elaboraron pautas de entrevista y de grupo focal tomando en cuenta el perfil profesional.

A partir de los objetivos definidos, la exploración realizada a través de entrevistas y grupos focales incluyó los siguientes campos de indagación, los cuales fueron ajustados en función del tipo de profesión y técnica utilizada. Debe considerarse que las preguntas que a continuación se presentan fueron solo una guía orientadora del diálogo con las personas que participaron del estudio a través de los distintos dispositivos instrumentados.

1. Sobre la importancia del problema del aborto:
 - a. En términos generales, ¿considera usted que el aborto es un tema importante? ¿Por qué? ¿Y en Uruguay específicamente?
 - b. En los servicios donde usted trabaja: ¿con qué frecuencia llegan mujeres que se han realizado un aborto en algún momento de sus vidas? ¿Y en su propia práctica profesional?
2. Sobre las percepciones y apreciaciones respecto a las prácticas de los servicios de salud:
 - a. Frente a una mujer en situación de embarazo no deseado, ¿qué hacen los profesionales médicos en los servicios de salud? ¿Y frente a una complicación posaborto o frente a un aborto incompleto?
 - b. ¿Cómo se completa un aborto en curso? ¿Qué tipo de técnicas utilizan?
3. Sobre el marco legal vigente:
 - a. ¿Tiene presente lo que establece la ley vigente sobre aborto en Uruguay? En el marco de la ley, ¿cómo deben intervenir los servicios de salud? ¿Cómo deben proceder?
 - b. Conocimiento sobre la Ordenanza n.º 369. ¿La conoce? ¿Se aplica en su servicio? ¿Usted la aplica? ¿Cuáles son las dificultades para implementarla? ¿Las mujeres la conocen?
 - c. ¿Cuál es su opinión sobre el marco legal vigente y sobre las políticas de salud respecto al aborto?
4. Práctica profesional:
 - a. Frente a una mujer que abortó o dice que quiere abortar: ¿Qué siente? ¿Qué piensa? ¿Qué hace?
 - b. ¿Qué piensa de los profesionales que realizan abortos?
 - c. ¿Usted ha practicado abortos o completado abortos? ¿En qué situaciones? ¿Cómo evalúa esas situaciones? ¿Por qué?
5. Sobre las mujeres en situación de aborto:
 - a. ¿Qué cree que siente una mujer que vive una situación de aborto?

- b. ¿Por qué piensa usted que una mujer recurre a un aborto?
 - c. ¿Considera que la mujer tiene derecho a decidir sobre si continuar o interrumpir un embarazo?
6. Sobre la formación profesional:
- a. ¿Recibió información o entrenamiento sobre aborto inducido? ¿En qué momento de la carrera o de la formación?
7. Sobre el cambio legal:
- a. ¿Usted estaría de acuerdo con despenalizar el aborto? ¿En qué circunstancias?
 - b. Si el aborto fuera legal, ¿qué haría frente a una mujer que manifestara querer abortar?

Análisis de la información

El análisis de datos cualitativos tiene la particularidad de ser flexible por cuanto emerge durante el proceso de la investigación. Al mismo tiempo, se produce en movimientos espiralados de complejidad creciente a medida que se avanza en las etapas del tratamiento de los datos: reducción (edición, codificación, clasificación), descripción e interpretación. Ello implica sucesivas lecturas del material que constituye la base fundamental para la construcción de los datos, de modo de reconstruir en su contextualidad e intertextualidad los sentidos que los sujetos atribuyen a los acontecimientos, experiencias y percepciones. Según Plummer (1989), la reducción del material empírico implica un proceso inicial de edición que exige la revisión y crítica para garantizar la calidad de la investigación. En este sentido, las entrevistas desgrabadas fueron transcritas, formateadas e inicialmente revisadas con el objetivo de identificar inconsistencias y/o distorsiones que pudieran provenir tanto de los sujetos o de la entrevistadora como de la interacción entre sujeto-investigadora. Se procedió —en algunos casos— a verificar información mediante la triangulación con otras fuentes.

En un segundo momento, se procedió a la reducción de los datos mediante la categorización y codificación del material, dividiéndolo en unidades temáticas que expresaban ideas significativas del problema de investigación que se buscaba conocer. Siguiendo a Miles y Huberman (1984), la categorización es la materia prima del análisis en la medida que permite identificar y establecer los datos significativos. Se realizó un tipo de codificación inductiva-deductiva, es decir, una estrategia combinada para la construcción de las categorías y la correspondiente codificación. Inicialmente, se procedió a la codificación de los grandes temas, es decir, a la identificación en los textos de los principales tópicos en los que se centraron los/as entrevistados. Estos grandes temas se correlacionan con los tópicos de las guías de entrevistas. Posteriormente, se crearon categorías empíricas y operacionales que surgieron de las lecturas sucesivas del material de campo y que expresaban relaciones y representaciones previamente no consideradas. Estas categorías empíricas fueron confrontadas con las categorías analíticas previamente definidas. En un primer momento, el material fue considerado como un corpus, un conjunto a ser técnicamente trabajado para luego generar subconjuntos por tipo de profesión, apuntando, como dice De Souza Minayo, «a una lectura que busque homogeneidades y diferenciaciones a través de las comparaciones y los contrastes» (2009: 290).

Se elaboró una lista inicial de 38 códigos (con correspondientes subcódigos) relacionados con los principales conceptos incluidos en el marco teórico y en las guías de entrevista, a los que luego se incorporaron nuevos códigos emergentes que no habían sido considerados inicialmente, así como otros fueron descartados. Luego de la codificación de todo el material obtenido, se procedió

a un primer análisis de tipo descriptivo mediante la elaboración de enunciados empíricos y descriptivos con el objeto de identificar diferentes características del problema de investigación. En este sentido, se realizó un tipo de análisis situacional del discurso, es decir, se detallaron las circunstancias y condiciones locales de su producción. Junto con el análisis situacional se realizó un tipo de análisis intertextual, es decir, del contexto sociohistórico y político que se transforma así en texto, en unidad mayor de análisis. Se realizó una lectura horizontal de los textos, una lectura exhaustiva con base en la atención flotante, es decir, un tipo de atención abierta, sensible y no focalizada. De esta forma, se pretendió inaugurar el proceso de la interpretación de los datos en un camino de ida y vuelta, de la información empírica a los conceptos sensibilizadores y de estos a aquella. De lo concreto a lo abstracto y viceversa. Luego, se procedió a una lectura transversal de todo el corpus y de cada subconjunto, tomando recortes de cada entrevista y grupo focal como unidades de sentido.

Finalmente, se procedió a la interpretación de los datos con el objetivo de ofrecer una construcción conceptual que permita comprender de manera compleja el problema de investigación. Ello implicó establecer las conexiones entre los discursos analizados y el espacio social en el que han sido producidos, considerando el discurso como producción ideológica y social (Ruiz, 2009). Considerada como praxis de la interpretación, la hermenéutica-dialéctica permite identificar contradicciones, incoherencias, diferencias, controversias y semejanzas en el discurso de los actores, y entre este y el del investigador/a. De Souza Minayo (2009) señala que, para la hermenéutica (Gadamer, 1999), la comprensión solo es posible a través del *extrañamiento*, ya que el entendimiento surge del fracaso de la creencia de que el lenguaje es transparente. La actividad hermenéutica cabalga entre lo familiar y lo extraño. Esta autora resume los principios del análisis hermenéutico-dialéctico tomando los desarrollos de sus principales autores: Gadamer, Habermas, Stein y Minayo, para quienes

[...] el investigador debe buscar, al máximo, con datos históricos y también por empatía, el contexto de su texto: de los entrevistados y de los textos que analiza. El *discurso* siempre expresa un saber compartido con otros y marcado por la tradición, por la cultura y por la coyuntura. [...] El investigador sólo estará en condiciones de comprender el contenido significativo de cualquier documento (término usado aquí en un sentido amplio), si se propone evidenciar, en la interpretación, las razones del autor. Por otro lado, el sentido de un mensaje o de una realidad estará siempre abierto en varias direcciones, a causa de los nuevos hallazgos del contexto o de las nuevas preguntas planteadas. Toda interpretación bien conducida es acompañada por la expectativa de que, si el autor estuviera presente o pudiera realizarla, compartiría los resultados del análisis. [...] Mientras que la hermenéutica busca esencialmente la comprensión, la dialéctica establece una actitud crítica. Habermas expresa esta diferenciación, afirmando que la razón humana es más que simplemente comprender e interpretar. Posee una fuerza trascendental que le permite ejercer la crítica y superar prejuicios. [...] el método dialéctico introduce en la comprensión de la

realidad el principio del conflicto y de la contradicción como algo permanente y que se explica en la transformación. En la medida que nada se construye fuera de la historia, cualquier texto (en su amplio sentido) necesita estar referido al contexto en el cual fue producido, porque sólo podrá ser entendido en la totalidad dinámica de las relaciones sociales de producción y reproducción en las cuales se inserta. [...] La dialéctica, a su vez, al subrayar el disenso, el cambio y los macroprocesos, puede ser abundantemente beneficiada por el movimiento hermenéutico que enfatiza el acuerdo y la importancia de la cotidianidad. De esta forma concluyo que la hermenéutica y la dialéctica se presentan como momentos necesarios en la producción de racionalidad con relación a los procesos sociales y, por consiguiente, a los procesos de salud y enfermedad (De Souza Minayo, 2009: 282-285).

Este marco interpretativo del material empírico orientó el quehacer analítico de la investigación buscando comprender y conectar el discurso de los/as profesionales en su historicidad y en su contexto, el cual no es considerado como un marco o una escenografía, sino como texto que organiza y reproduce significados del mismo modo que posibilita la producción de nuevos sentidos y prácticas.

El discurso de los/as profesionales no es homogéneo, si bien se identificaron denominadores comunes que dan cuenta de esquemas de percepción y apreciación compartidos producto de su formación en las carreras de medicina y profesiones conexas, cuyos currículos están diseñados desde un modelo médico hegemónico de carácter básicamente curativo, asistencial y ahistórico. Sin embargo, probablemente a partir de sus prácticas concretas, se producen controversias, discontinuidades y disensos en los relatos de los/as profesionales. El amplio repertorio de significantes y las variaciones que se pueden registrar son producto de un tiempo histórico marcado por la transformación social y política respecto al cuerpo, las sexualidades, las mujeres y el aborto. Los discursos, más complejos o más simplificadores, con mayor sofisticación o más rusticidad, más racionales o más implicados, reflejan las disputas sociales y subjetivas frente a los derechos reproductivos de las mujeres. Los significados y opiniones diversas en torno al aborto voluntario en los/as profesionales permiten identificar las estrategias de reproducción del orden social y de la maquinaria institucional así como la configuración de nuevos repertorios interpelantes de este ordenamiento. Siguiendo el pensamiento de Bourdieu (2011) respecto a cómo se perpetúa el orden social, cuando señala que

[...] el mundo social está dotado de un *conatus*, como decían los filósofos clásicos —de una tendencia a perseverar en el ser, de un dinamismo interno, inscrito, a la vez, en las estructuras objetivas y en las estructuras «subjetivas», las disposiciones de los agentes—, y está continuamente mantenido y sostenido por acciones de construcción y reconstrucción de las estructuras que en principio dependen de la posición ocupada en las estructuras por quienes las llevan a cabo. [...] En la relación entre estos dos principios se definen los diferentes modos de reproducción, en especial las estrategias de reproducción que los caracterizan (Bourdieu, 2011: 31).

Los resultados que presentamos han sido analizados e interpretados bajo esta concepción, puesto que el ordenamiento social se sostiene, entre otros, en mecanismos que crean y recrean ciertas representaciones de género que reproducen la dominación y sus fundamentos. Pero también se producen nuevos capitales simbólicos que trastocan, disputan y transforman este ordenamiento.

Desde el punto de vista metodológico, los resultados fueron tratados tomando en consideración los denominadores comunes que se observan en el discurso de los/as profesionales así como las heterogeneidades, de modo que el análisis se presenta de manera desagregada por tipo de profesión, sexo y edad o años de formación profesional, cuando ello resulta teóricamente relevante. Es decir, cuando dan cuenta de diferencias significativas o cuando aportan matices que permiten complejizar los resultados y generar densidad interpretativa para la comprensión de las múltiples dimensiones del problema que nos atañe.

Referencias

- ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.) (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- (2006). «Análisis feminista del debate social sobre el aborto en Uruguay», en CHECA, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- (2004). *Mortalidad materna, salud y aborto en Uruguay. Un escenario cambiante*. Montevideo: MYSU, DAWN.
- (2001). «Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. *Advocacy* desde la sociedad civil organizada», *Seminario Regional sobre ONG y Gobernanza*, Montevideo: MOST-Unesco.
- ADLER, N., B. MAJOR, H. P. DAVID y G. E. WYATT (1990). «Psychological Responses after Abortion», *Science*, 248(4951), American Association for the Advancement of Science, abril, 41-44.
- ADLER, N. (2000). «Abortion and the Null Hypothesis», *Archive General Psychiatry*, 57(8), 785-786.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2008). *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion* [en línea]. Disponible en <<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>>. Consultado el 04/04/2010.
- AMORÓS, C. (1990). *Mujer: participación, cultura política y Estado*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- AMUCHÁSTEGUI, A. y M. RIVAS (2002). «Clandestine Abortion in Mexico: a Question of Mental as well as Physical Health», *Reproductive Health Matters*, 10(19), 95-102.
- AMUCHÁSTEGUI, A. (2012). «La experiencia del aborto en tres actos: cuerpo sexual, cuerpo fértil y cuerpo del aborto», en PARRINI, R. (coord.). *Archivos el cuerpo. Cómo estudiar el cuerpo*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG)-UNAM.
- (2005). «Condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho al aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales», *Desacatos*, (17), enero-abril, 77-82.
- ANDREOLI, M. (2011). «Las consideraciones éticas del veto contra la despenalización del aborto en Uruguay», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (eds.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- ARIES, N. (2003). «The American College of Obstetricians and Gynecologists and the Evolution of Abortion Policy, 1951-1973: The Politics of Science», *America Journal of Public Health*, 93(11), 1810-1819.
- ARMSTRONG, D. (1999). «La opinión del paciente», en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas desde la sociología de la medicina*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 223-245.
- ÁVILA, M. B. (2000). «Derechos reproductivos y ciudadanía». *Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo*, Advocacy en Derechos Reproductivos y Sexuales, Workshops Nacionales, Brasil: SOS CORPO, Género e Ciudadanía.
- BANCO MUNDIAL (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, Washington D. C.
- BANFI, A., O. CABRERA, F. GÓMEZ, y M. HEVIA (2010). *El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos*. Cuadernos Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos, época 1, (1). Montevideo: MYSU [en línea]. Disponible en: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf>> Consultado el 26/11/2014.

- BARRÁN, J. P. (2008). *Intimidad, divorcio y nueva moral en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1993). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. T. 2. *La sociedad disciplinada*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BARTRA, E. (1998). «Reflexiones metodológicas», en BARTRA, E. (comp.). *Debates en torno a una metodología feminista*. México: PUEG-UNAM, 141-158.
- BATLIWALA, S. (1997). «El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción», en LEÓN, M. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: TM Editores.
- BECKER, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Chicago: University of Chicago.
- B. GEER, E. HUGHES y A. STRAUSS, (1961). *Boy in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago.
- BELLUCCI, M. (1992). «De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: has recorrido un largo camino», en FERNÁNDEZ, A. M. (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- BENUTE, G. R. G., D. NONNENMACHER, R. M. Y. NOMURA, M. C. S. D. LUCIA, y M. ZUGAIB, (2012). «Perception Influence of Professionals regarding Unsafe in attention to Women's Health», *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 69-73.
- BERGER, P. y T. LUCKMANN, (1998) [1968]. *La construcción social de la realidad*, 15.^a reimpresión en castellano. Buenos Aires: Amorrortu.
- BERER, M. (2009). «Provision of Abortion by Mid-level Providers: International Policy, Practice and Perspectives», *Bulletin of the World Health Organization*, 87(1), OMS, 58-63.
- BERRO, G. y RODRÍGUEZ, F. (2007). «Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Fundamentos médico-legales», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- BIDEGAIN, G. (2007). «Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto», en ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- BONDER, G. (1998). «Género y subjetividad. Avatares de una relación no evidente», en *Género y epistemología: mujeres y disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile.
- BOLTANSKI, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia.
- BOURDIEU, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- y L. WACQUANT (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- BOTTINELLI, E. y D. BUQUET (2010). *El aborto en la opinión pública uruguaya*, Cuadernos Aportes al debate en ciudadanía, salud y derechos, época 1, (2). Montevideo: MYSU.
- BRAIDOTI, R. (2000). *Sujetos nómades*. Buenos Aires: Paidós.
- BRIOZZO L. (ed.) (2007a). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.

- BRIOZZO, L. (2007b). «Los valores de la profesión médica y los equipos de salud en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- (2003). «Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción», *Revista Médica del Uruguay*, (19), 188-200.
- M. GORGOROSO, H. RODRÍGUEZ, F. RODRIGUEZ, y G. VIDIELLA (2007). «Guías clínicas y aspectos prácticos de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo», en BRIOZZO, L. (ed.), *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Arena.
- BRIOZZO, L., G. VIDIELLA, F. RODRÍGUEZ, M. GORGOROSO, A. FAÚNDES y J. E. PONS (2006). «A Risk Reduction Strategy to Prevent Maternal Deaths Associated with Unsafe Abortion», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95(2), 221-226.
- BROEN, A. N., T. MOUM, A. S. BODTKER y O. EKEBERG (2005a). «The Course of Mental Health after Miscarriage and Induced Abortion: a longitudinal, five-year follow-up Study», *BMC medicine*, 3(1), 18.
- (2005b), «Reasons for Induced Abortion and their Relation to Women's Emotional Distress: a prospective, two-year follow-up Study», *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 36-43.
- BROWN, J. (2009). «Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad», *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad*, (2).
- BURÍN, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- BUTLER, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.
- (2001). *El género en disputa: feminismo y la subversión de la identidad*. Ciudad de México: Paidós.
- CABELLA, W. (coord.) (2012). *Análisis de situación en población, Uruguay*. Montevideo: Comisión Sectorial de Población, UNFPA.
- (2009) «Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya. La convergencia hacia la segunda transición demográfica», *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24 (2), 389 - 427
- CACIQUE, D. B., R. P. JUNIOR y M. J. M. D. OSIS (2013), «Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011», *Saúde e Sociedade*, 22(3), 916-936.
- CALVO, J. J. y P. MIERES (eds.) (2008). *Nacer, crecer y envejecer en el Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población*. Montevideo: UNFPA, RUMBOS.
- CANGUILHEM, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- CARBAJAL, M. (2006). «Una demanda ciudadana: la despenalización en Uruguay», *Debate feminista*, 34, 116-127.
- CARRIL E. y A. LÓPEZ GÓMEZ (2012). «Significados de aborto y opiniones sobre el derecho a decidir en varones uruguayos», *Estudios Sociológicos*, XXX(90), setiembre-diciembre, Ciudad de México .
- (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ediciones Trilce.

- CARRIL, E. (2011). «El aborto y su dimensión subjetiva. A problemas complejos, instrumentos múltiples», en ALKOLOMBRE, P. (comp.). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- CARRIZO, L. (2011). «Interdisciplinariedad y valores», en *Educación, valores y ciudadanía*. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos.
- CASTRO, A. (2011). «Una mirada jurídica sobre el aborto. Normativa, dogmática y práctica judicial», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- CASTRO, R. (2014). «Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México», *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- (2013). «Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva», en AGOFF, M. C., L. CASIQUE y R. CASTRO (COORDS.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. México, D. F.: Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM, 145-165.
- (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, CRIM-UNAM.
- (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- (1996). «En búsqueda del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo», en SZASZ, I. y S. LERNER (comps.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- y M. BRONFMAN (1993). «Teoría feminista y sociología médica. Bases para una discusión», *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), Río de Janeiro, 375-394.
- CELIBERTI, C. y N. JOHNSON (2010). *Cuestiones de agenda. Disputas democráticas: las mujeres en los espacios de representación política*. Montevideo: FESUR.
- CHECA, S., C. ERBARO y E. SCHVARTZMAN (2006). «Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones posabortivas en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires», en CHECA, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- CHIAROTTI, S., M. GARCÍA JURADO, A. AUCÍA y S. AMICHIARDI (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR, CLADEM.
- CLARKE, J. (1999). «Un enfoque multiparadigmático de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad», en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 3-22.
- CLAVREUL, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.
- CNS (2008). *Transversalización de género en las políticas públicas. Derechos sexuales y reproductivos*. Montevideo: CNS.
- (2006). *Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva. Monitoreo de políticas públicas*. Montevideo: CNS Mujeres-UNFPA.
- (2005). *Uruguay y las políticas en salud reproductiva. Un balance de lo hecho para acciones del futuro*. Montevideo: CNS Mujeres-UNFPA.

- CNS (1999). *El Estado uruguayo y las mujeres. Monitoreo de políticas públicas*. Montevideo: Comisión Nacional de Seguimiento.
- COCKRILL, K. y L. HESSINI (2014). «Introduction: Bringing Abortion Stigma into Focus», *Women and Health*, 54, 593-598.
- COCKRILL, K. y A. NACK (2013). «I am not that type of person: Managing the Stigma of Having an Abortion», *Deviant Behaviour*, 34(12), 973-990.
- COHEN, S. (2006). «Abortion and Mental Health: Myths and Realities», *Guttmacher Policy Review*, 9(3), 8-16.
- COLEMAN, P. REARDON, D.; STRAHAN, T. y COUGLE J. (2005). «The Psychology of Abortion: A Review and Suggestions for Future Research (Pandh, 4/05)», *Psychology and Health*, 20(2), 237-271 [en línea]. Disponible en <<https://doi.org/10.1080/0887044042000272921>>. Consultado el 14/12/2010.
- CONRAD, P. y R. KERN (1986). *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 2.ª edición. Nueva York: St. Martins.
- CONTRERAS, X., M. G. VAN DIJK, T. SÁNCHEZ y P. S. SMITH (2011). «Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study», *Studies in Family Planning*, 42(3), 183-190.
- COOK, R. J. y B. M. DICKENS (2014). «Reducing Stigma in Reproductive Health», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125(1), 89-92.
- y M. FATHALLA (2005). *Ética y salud sexual y reproductiva*. Bogotá: Profamilia.
- COPELON, R. y R. PETCHESKY (1995). «Toward an Independent Approach to Reproductive and Sexual Rights as Human Rights: Reflections on the ICPD and Beyond», en SCHULER, M. A. (ed.). *From Basic Needs to Basic Rights: Women's Claim to Human Rights*, Washington DC: Women, Law and Development International.
- CORREA, H. (2000). «Clasificación y epidemiología de la sepsis de acuerdo al foco de origen», en *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- (1980). «Sepsis en obstetricia», en *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- CORREA, S. (2003a). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. Montevideo: MYSU.
- (2003b). «Notas sobre feminismo y género en la perspectiva de la *longue durée*», en *Memoria Foro Internacional «Las mujeres en el siglo XXI»*. La Paz: CIDEM.
- y R. PETCHESKY (1995). «Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective», en SEN, G., A. GERMAIN y L. CHEN. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Boston: Harvard University, Harvard Center for Population and Development Studies, 107-123.
- DAICH, D. (2012). «Un debate feminista. Entrevista a Marta Lamas», *Mora*, 18(1), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- DAYANANDA, I., D. WALKER, E. E. ATIENZO y S. HAIDER (2012). «Abortion Practice in Mexico: a Survey of Health Care Providers», *Contraception*, 85(3), 304-310.
- DE BARBIERI, T. (1993). «Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica», *Debates en Sociología*, 18, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- DE LAURETIS, T. (2000). «La tecnología del género», en *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y horas, 33-69.
- DE LOS RÍOS, R. (1995). «Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción», *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación científica 541, ops, Washington.

- DE SOUZA MINAYO, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- DE ZORDO, S. (2012). «Representations and Experiences of Obstetrician/Gynecologists with Legal and Illegal Abortion in Two Maternity-Hospitals in Salvador da Bahia», *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1745-1754.
- y J. MISHTAL (2011). «Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground. The Cases of Brazil and Poland», *Women's Health Issues*, 21(3), 32-36.
- DÍAZ BERENGUER, A. (2004). *La medicina desalmada. Aportes a una polémica actual*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- DÍAZ-OLAVARRIETA, C., V. M. CRAVIOTO, A. VILLALOBOS, N. DEEB-SOSSA, L. GARCÍA y S. G. GARCÍA (2012). «El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(6), 399-404.
- DINIZ, D. y R. CASTRO (2011). «O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. The Illegal Market for Gender-related Drugs as Portrayed in the Brazilian News Media», *Cadernos de Saúde Pública*, 27(1), Río de Janeiro, 94-102.
- DIO BLEICHMAR, E. (1992). «Los pies de la ley en el deseo femenino», en FERNÁNDEZ, A. M. (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- DIXON-MUELLER, R. (1993). «The Sexuality Connection in Reproductive Health», *Studies in Family Planning*, 24(5), setiembre-octubre.
- DUARTE, D. A. y M. G. MELO-ALMEIDA (2010). «Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica», *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(2), 279-87.
- DUARTE OSIS, M. J., A. FAÚNDES, G. ALVES DUARTE y M. y. MAKUCH (2013). «O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido», *Bagoas*, 7(9), 87-107.
- DUFAU, G. (1989). *Regulación jurídica del aborto en el Uruguay*. Montevideo: GRECMU (Serie Documentos).
- EHRENREICH, B. y D. ENGLISH (1990). *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- ELLISON, M. (2003). «Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortion and Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence», *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3), 322-347.
- ERVITI, J. (2010). «Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones medico-usuarias de servicios ginecológicos», en CASTRO, R. y A. LÓPEZ GÓMEZ (eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología-Udelar, CRIM-UNAM, 11-26.
- R. CASTRO e I. SOSA SÁNCHEZ (2006). «Las luchas clasificatorias entorno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México», *Estudios Sociológicos*, XXIV(72), Ciudad de México, 637-665.
- ERVITI, J., R. CASTRO y A. COLLADO (2004). «Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal with Miscarriage and 'Spontaneous' Abortion», *Qualitative Health Research*, 14(8), 1058-1076.

- ESPIÑOZA, H., K. ABUABARA y C. ELLERTSON (2004). «Physicians' Knowledge and Opinions about Medication Abortion in Four Latin American and Caribbean Region Countries», *Contraception*, 70(2), 127-133.
- ESTEBAN, M. L. (2007). «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista», *Inguruak*, (44), Asociación Vasca de Sociología y Ciencia Política.
- (1999). *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. Donostia-San Sebastián: Gakoa-Tercera Prensa.
- FAÚNDES, A. y J. BARZELATTO (2005). *El drama del aborto. En búsqueda de un consenso*. Bogotá: TMSA.
- FAÚNDES, A., R. M. SIMONETI, G. A. DUARTE y J. ANDALAFT-NETO (2007). «Factors Associated to Knowledge and Opinion of Gynecologists and Obstetricians about the Brazilian Legislation on Abortion», *Revista brasileira de epidemiologia*, 10(1), 6-18.
- FAÚNDES, A., G. ALVES DUARTE, J. ANDALAFT-NETO, A. E. OLIVATTO y R. MARTINS SIMONETI (2004). «Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido», *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 26(2), 89-96.
- FERGUSON, D., L. HORWOOD y E. RIDDER (2006). «Abortion in Young Women and Subsequent Mental Health», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- FERNÁNDEZ, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- y D. TAJER (2006). «Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres», en CHECA, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- FERRANDO, D. (2002). *El aborto clandestino en Perú: hechos y cifras*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Pathfinder International 32.
- FERRÉ, Z., M. GERSTENBLÜTH y M. ROSSI (2009). *Religión y religiosidad en Uruguay*. Documento de Trabajo n.º 26, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales-Udelar. Montevideo: Universidad de la República [en línea]. Disponible en <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/2145/1/DT%20E%202009-26.pdf>>. Consultado el 10/10/14.
- FIELDING, S. y E. SCHAFF (2004). «Social Context and the Experience of a Sample of U. S. Women Taking RU-486 (mifepristone) for Early Abortion», *Qualitative Health Research*, 14(5), 612-627.
- FILC, D. (2004). «The Medical Text: Between Biomedicine and Hegemony», *Social Science and Medicine*, 59(6), 1275-1285.
- FISHER, S. y S. B. GROCE (1985). «Doctor-Patient Negotiation of Cultural Assumptions», *Sociology of Health and Illness*, 7(3), 342-374.
- FLAX, J. (1990). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Ediciones Cátedra (Colección Feminismos), Universitat de València.
- FOUCAULT, M. (1984). *Microfísica del poder*, 2.ª ed. Río de Janeiro: Graal.
- (1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- FREEDMAN, L. (2010). *Willing and Unable: Doctors' Constraints in Abortion Care*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- U. LANDY y J. STEINAUER (2010). «Obstetrician-gynecologist Experiences with Abortion Training: Physician Insights from a Qualitative Study», *Contraception*, 81(6), 525-530.

- FREIDSON, E. (1970a). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Nueva York: Dodd, Mead and Company Inc.
- (1970b). *Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care*. Nueva York: Atherton Press Inc.
- FUSS, D. (1990). *Essentially Speaking Feminism, Nature and Difference*. Londres: Routledge.
- GADAMER, H. (1999). *Verdad y método*. Salamanca: Ediciones Sigueme.
- GARCÍA, S., D. LARA y L. GOLDMAN (2003). «Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional», *Gaceta Médica de México*, 139(SI), 91-102.
- GARCÍA-NÚÑEZ, N., E. ATIENZO, I. DAYANANDA y D. WALKER (2013). «Legislation, Knowledge and Attitudes of Health Professionals in Mexico Regarding Abortion», *Salud colectiva*, 9(2), 235-246.
- GEERTZ, C. (1983). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GERGEN, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- GESTEIRA, S. M. A., N. M. F. DINIZ y E. M. OLIVEIRA (2008). «Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem», *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 449-453.
- GIAMPIETRO, C. (1980). «Sepsis en obstetricia». *Paper presentado en el Séptimo Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, diciembre 1980.
- GIBERTI, E. (1992). «Parto sin temor: el poder que perdemos», en FERNÁNDEZ, A. M. (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- GLASER, B. y A. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine Publishing Company.
- GOFFMAN, E. (1973). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2006) [1963]. *Estigma. La identidad deteriorada*, 10.ª reimpresión en castellano. Buenos Aires: Amorrortu.
- GÓMEZ PONCE DE LEÓN, R. y K. TURNER (2009). «Clarificación de valores para la transformación de actitudes: una herramienta para la calidad de asistencia a mujeres en situación de aborto», *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 55, 240-247.
- GONZÁLEZ, F. (2007). «La conformación de posturas en el Parlamento», en ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.). *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- GONZÁLEZ, A. I. (1995). «Crimen y castigo: el aborto en Argentina», en GONZÁLEZ, S. (ed.). *Las mujeres y la salud*. México: PIEM/COLMEX.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D. (1994). «Los médicos y el aborto», *Salud Pública de México*, 37(3), 248-255.
- y A. A. SALINAS (1995). *Atención del aborto en México, una aproximación a las actitudes de los médicos*, Reporte de investigación. México: UAM-X.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, D. y D. BILLINGS (2001). «Attitudes towards Abortion among Medical Trainees in Mexico City Public Hospitals», *Gender and Development*, 9(2), 87-94.
- GONZÁLEZ DE LEÓN-AGUIRRE, D., D. BILLINGS y R. RAMÍREZ-SÁNCHEZ (2008). «El aborto y la educación médica en México», *Salud Pública de México*, 50(3), mayo-junio, 258-267.

- GORDON, L. (1990). «Las políticas de control de la natalidad, 1920-1940. El impacto en los profesionales», en EHRENREICH, B. y D. ENGLISH (1990). *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- GROSS, E. (1995). «¿Qué es la teoría feminista?», *Debate Feminista*, año 6, 12, octubre, PUEGUNAM, 85-105. Disponible en <http://www.debatefeminista.puegunam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/012_11.pdf>. Consultado 10/10/14.
- GROSSO, B.; TRPIN, M. y ZURBRIGGEN, R. (2013). *Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)*. En FERNÁNDEZ, A. M. y SIQUEIRA Peres, W. La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales. Buenos Aires: Biblos.
- GUBA, E. y Y. S. LINCOLN (1994). «Competing Paradigms in Qualitative Research», en DENZIN, N. K. y Y. S. LINCOLN (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- GUTTMACHER INSTITUTE (2012). *Facts on Induced Abortion Worldwide* [en línea]. Disponible en <<http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>>. Consultado el 10/10/14.
- GUEVARA RUISEÑOR, E. (2001). «La experiencia del aborto en los hombres y los derechos reproductivos», *La Ventana, revista de estudios de género*, (14), Universidad de Guadalajara, 242-266.
- HALL, R. E. (1971). «Abortion: Physician and Hospital Attitudes», *American Journal of Public Health*, 61(3), 517-519.
- HARAWAY, D. (1995). «Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial» (cap. 7), en HARAWAY, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra (Colección Feminismos), Universitat de València.
- HARDING, S. (1993). «Rethinking Standpoint Epistemology: What is ‘Strong Objectivity’?», en ALCOFF, L. y E. POTTER (eds.). *Feminist Epistemologies*. Londres: Routledge.
- (1987). «Is There a Feminist Method?», en HARDING, S. (ed.). *Feminism and Methodology*. Indiana: Bloomington.
- HARRIS, L. (2013). «Abortion Politics and the Production of Knowledge», *Contraception*, 88(2), 200-203.
- D. GROSSMAN (2011). «Confronting the Challenge of Unsafe Second Trimester Abortion», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(1), 77-79.
- HERCOVICH, I. (1992). «De la opción “sexo o muerte” a la transacción “sexo por vida”», en FERNÁNDEZ, A. M. (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- HERRERA, C. (2010). «De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México», en CASTRO, R. y A. LÓPEZ GÓMEZ (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de las mujeres*. Montevideo: Udelar, UNAM, 73-99.
- HILL, L.; A. COOPER; K. RASINSKI; F. CURLIN y A. D. DRAPKIN (2011). «Obstetrician-gynecologists’ Objections to and Willingness to Help Patients Obtain an Abortion», *Obstetrics and Gynecology*, 118(4), 905-912.
- HILL COLLINS, P. (1999). «Learning from the Outsider Within. The Sociological Significance of Black Feminist Thought», en *Feminist Approaches to Theory and Methodology. An Interdisciplinary Reader*. Nueva York: Oxford University Press.
- (1998). «La política del pensamiento feminista negro», en NAVARRO, M. y C. STIMPSON (comps.). *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- HUGHES, E. (1993). *The Sociological Eye. Selected Papers*. Nuevo Brunswick: Transaction Publishers.
- ILlich, I. (1975). «The Medicalization of Life», *Journal of Medical Ethics*, 1(2), 73-77.
- «Independence of Private versus Public Abortion Providers: Implications for Abortion» (2012), *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 38, 262-263.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad social en Uruguay*. Fasc. 3. *La fecundidad en Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo*. Montevideo.
- (2011). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. Montevideo.
- IPAS (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
- JOHNSON, N. (2011). «El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político-parlamentario», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- A. LÓPEZ GÓMEZ y M. SCHENCK (2011). «La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- JONES, D. (2007). «El debate parlamentario sobre la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay», en ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.). *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- JUNTA NACIONAL DE SALUD (2012). *Informe de Rendición de Cuentas. Ejercicio 2012*. Montevideo. Disponible en <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/REND%20CTAS%20JUNASA%202012-%20FINAL%20%28Con%20ane-xos%29.pdf>. Consultado 10/9/14.
- KADE, K., D. KUMAR, C. POLIS y K. SCHAFFER (2004). «Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts», *Contraception*, 69(1), 59-62.
- KAHN-EDRINGTON, M. (1979). «Abortion counseling», *The Counseling Psychologist*, 8(1), 37-38.
- KNOWLES, J. (2007). *The emotional effects of induced abortion* [en línea]. Disponible en <http://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotional_Effects.pdf>. Consultado el 14/03/07.
- KUMAR, A., L. HESSINI y E. M. MITCHELL (2009). «Conceptualising abortion stigma», *Culture, Health and Sexuality*, 11(6), 625-639.
- KUMAR, A. (2013). «Everything is not abortion stigma», *Women Health's Issues*, 23(6), 329-331.
- LACERDA, I. y T. RIBEIRO (2000). «Não vou esquecer nunca! A experiência feminina com o abortamento induzido», *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(6), 50-58.
- LAMAS, M. (2014). «Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el D. F.», *Salud Pública de México*, 56(1), 56-62.
- (2011). «Profesionales y aborto en servicios del D. F. en México», ponencia presentada en el III Encuentro Regional de Investigación sobre embarazo no deseado y aborto, Population Council, México.
- (2008). «El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina», *Perfiles latinoamericanos*, 16(31), 65-93.

- LAMAS, M. (2006). «Género: algunas precisiones conceptuales y teóricas», en LAMAS, M. *Feminismo: transmisiones y retransmisiones*. México, D. F.: Taurus.
- (2001). *Política y reproducción. Aborto: en la frontera del derecho a decidir*. México, D. F.: Plaza & Janés.
- (2000). «Diferencias de sexo, género y diferencia sexual», *Cuicuilco*, nueva época, 7(18), Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, enero-abril, 129-160.
- (1996a). «La antropología feminista y la categoría “género”», en LAMAS, M. (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D. F.: PUEG-UNAM, 97-125.
- (1996b). «Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”», en LAMAS, M. (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D. F.: PUEG-UNAM, 327-366.
- LAZARUS, E. (1997). «Politicizing abortion: personal morality and professional responsibility of residents training in the United States», *Social Science and Medicine*, 44(9), 1417-1425.
- LEE, E. y A. GILCHRIST (1997). «Abortion Psychological Sequelae: the debate and the research. Psychology and reproductive choice», documento presentado en la Conferencia Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?, Oxford (Estados Unidos), mayo de 1997 [en línea]. Disponible en <Disponible en <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1395/1/AbortionPsychological.pdf>>. Consultado 15/07/2009.
- LEMO, A. y J. A. RUSSO (2014). «Healthcare professionals and abortion: what is said and not said in a professional healthcare capacitation», *Interface (Botucatu)*, 18(49), 301-312.
- LEUS, I y C. STAPFF (2007). «Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de la atención sanitaria para disminuir el daño por aborto inseguro». en BRIOZZO, L (ed) *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ediciones Arena, 199-206.
- LOLATTO, S. y T. K. LISBOA (2013). «Profissionais de serviço social frente à questão do aborto: a ética em debate», *Bagoas*, 7(9), 65-85.
- LÓPEZ, E. y S. MARIO (2009). «La fecundidad en la Argentina, 1996-2006: convergencias y divergencias», *Población*, año 2, (4), Dirección Nacional de Población, Buenos Aires.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. (2015). «Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud», en RAMOS, S. (comp.). *Investigación sobre aborto en América Latina*. Buenos Aires: CLACAI, CEDES.
- (2013) «Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de formación e investigación en Psicología en Uruguay», conferencia Inaugural Actividades Académicas 2013. Facultad de Psicología, Udelar. Disponible en <https://psico.edu.uy/sites/default/files/files_ftp/libros/conferencia-2013.pdf>.
- (2006). «Producción de conocimiento, participación ciudadana y políticas públicas en salud y derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Una relación compleja», en *Coloquio sobre Psicología y Políticas Públicas*. Montevideo: Área de Salud de la Facultad de Psicología, Udelar.
- G. ARRIBELTZ, A. ALEMÁN, E. CARRIL y G. REY (2011). «Aspectos sanitarios y sociales del aborto voluntario», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (eds.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).

- LÓPEZ GÓMEZ, A. y E. CARRIL (2010a). «Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud», *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(2), 36.
- (2010b). «Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres», en CASTRO, R. y A. LÓPEZ GÓMEZ (eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología-Udelar, CRIM-UNAM, 27-48.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. y L. ABRACINSKAS (2009). «El debate social y político sobre la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay», *Cuadernos de UNFPA*, (2), Montevideo, UNFPA.
- y M. FURTADO (2009) «Balance a 15 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción», *Cuadernos de UNFPA*, Año 3, N.º 4. Montevideo: UNFPA. Disponible en http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/9_file1.pdf
- LÓPEZ GÓMEZ, A., W. BENIA, M. CONTERA y C. GÜIDA (2003). *Del enfoque materno-infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Facultad de Psicología-Udelar, Fundación Mexicana para la Salud.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. y S. ROSTAGNOL (1998). «Políticas públicas, sexualidad y salud reproductiva», en *Avances de la investigación en sexualidad y salud reproductiva*. Buenos Aires: CEDES, CENEP y AEPa.
- LOURAU, R. (1994). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LOUREIRO, D. C. y E. M. VIEIRA (2004). «Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais», *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), Río de Janeiro, 679-688.
- LUNARDI, V. L. y A. R. SIMÕES (2004). «(Re)Ações da equipe de enfermagem frente à possibilidade de participação em um aborto legal», *Revista Enfermagem UERJ*, 12(2), Río de Janeiro, 5.
- MAJOR, B., M. APPELBAUM, L. BECKMAN, M. A. DUTTON, N. F. RUSSO y C. WEST (2009). «Abortion and mental health: evaluating the evidence», *American Psychologist*, 64(9), 863.
- MAJOR, B. (2003). «Psychological implications of abortion-highly charged and rife with misleading research», *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1257.
- C. COZZARELLI, M. L. COOPER, J. ZUBEK, C. RICHARDS, M. WILHITE y R. H. GRAMZOW (2000). «Psychological responses of women after first-trimester abortion», *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 777-784.
- MALET, M. (2009). «La Ley de Salud Sexual y Reproductiva: un conflicto permanente», *Revista de derecho penal*, (18), Montevideo, 23-56 .
- MARIUTTI, M. G., A. M. DE ALMEIDA y M. S. PANOBIANCO (2007). «O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento», *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 20-26.
- MARIUTTI, M. G., A. R. F. FUREGATO, M. C. M. SCATENA y L. SILVA (2005). «Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo», *Ciência, cuidado e saúde*, 4(1), Universidad Estatal de Maringá, 83-88.
- MARTIN, L., M. DEBBINK, J. HASSINGER y L. HARRIS (2011). «Conceptual model of the dynamics of stigma in abortion work», póster presentado en el 35.º Encuentro Anual de la National Abortion Federation (NAF), Chicago, 9-12 de abril de 2011.

- MARTÍNEZ, A. (1996). «Antropología de la salud. Una aproximación genealógica», en PRAT, J. y A. MARTÍNEZ (eds.). *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel (Antropología), 369-381.
- MENÉNDEZ, E. (1984). «Modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto atención en salud», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya, revista d'Antropologia Social*, (3), Barcelona, 84-119.
- (1980). «Los modelos médicos y la práctica médica. Conflicto, contradicciones y transacciones», en CAÑEDO, L. y O. PEDROTTA. *Salud y enfermedad en México*. México DF: El Colegio Nacional.
- MERTON, R., G. READER y P. KENDALL (eds.) (1957). *The student physician: introductory studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge: Harvard University Press.
- MEZA, F. DE M. (2009). «Los derechos humanos en el veto presidencial al Proyecto de Ley de salud sexual y reproductiva», *Revista de derecho penal*, (18), Montevideo, 57-65.
- MACKINNON, C. (1982). «Feminism, Marxism, Method, and the State: an Agenda for Theory», *Signs*, 7(3), 515-544.
- MILES, M. y M. HUBERMAN (1984). *Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods*. Londres: Sage Publications.
- MILLER, A. (2001). «Sexual no reproductivo: explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos», en *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Programa de Estudios de Género, UNMSM-CMP Flora Tristán, 85-133.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2010). *Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud*. Montevideo.
- (2009a). *Informe de la Comisión para la Reducción de la Mortalidad de mujeres por causas relacionadas con embarazo, parto, puerperio y aborto*. Montevideo.
- (2009b). *Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, 2005-2009*. Montevideo.
- (2006). *Programa de Salud de la Mujer y Género*. Montevideo.
- (2004). *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Ordenanza 369/04, Montevideo.
- (1999). *Informe sobre el Programa Maternidad y Paternidad Elegida*. Montevideo (versión Xerox).
- MOREIRA, C. (2011). «Despenalización del aborto y representación política en el laico Estado uruguayo: moral/voluntad privada vs. moral/voluntad pública», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (eds.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- y N. JOHNSON (2003). *Democracia, género y equidad: Aportes para el debate sobre mecanismos de acción afirmativa*. Montevideo: FESUR.
- MORIN, E. (1992). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- MOSER, C. (1991). «La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género», en GUZMÁN, V., P. PORTOCARRERO y V. VARGAS (comps.). *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima: Ediciones Entre Mujeres-Flora Tristán.
- MOTTA, I. S. (2005). «A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”», *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(2), Recife, 1-6.

- MYSU (2010). *Informe 2010. Salud sexual y reproductiva y profesionales de la salud. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas*. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: MYSU.
- (2009). *Informe 2009*. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: MYSU.
- (2008). *Informe 2008*. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: 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 Nacional en género y Salud Sexual y Reproductiva, Montevideo: MYSU.
- NACIONES UNIDAS (2013). *Informe Índice de Desarrollo Humano, Uruguay*. Montevideo.
- NATHANSON, C. A. y M. H. BECKER (1978). «Physician behavior as a determinant of utilization patterns: the case of abortion», *American Journal of Public Health*, 68(11), 1104-1114.
- NORDAL BROEN, A.; MOUM T.; BÖDTKER A. S.; EKEBERG O. (2004). «Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: a Second Year Follow-up Study», *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265-271.
- NORRIS, A., D. BESSETT, J. R. STEINBERG, M. L. KAVANAUGH, S. DE ZORDO y D. BECKER (2011). «Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences», *Women's Health Issues*, 21(3 supl.), 49-54.
- OAKLEY, ANN (1984). *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. Oxford; New York City: Basil Blackwell.
- O'DONNELL, J., T. A. WEITZ, y L. R. FREEDMAN (2011). «Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work», *Social Science and Medicine*, 73(9), 1357-1364.
- OPEZZI, M. y C. RAMÍREZ (2009). *Percepciones, prácticas y actitudes de los profesionales médicos frente al aborto. Un estudio en el subsector público de salud de la Provincia de Neuquén*. Ministerio de Salud, Secretaría de Salud, Provincia de Neuquén, Argentina.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Ginebra: OMS.
- (2003). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para servicios de salud*, 1.ª edición. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). *Uruguay tiene la tasa más baja de mortalidad materna* [en línea]. Informe disponible en <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=198:uruguay-tiene-la-tasa-de-mortalidad-materna-ma%C2%A1s-baja-de-america-latina&Itemid=227>.
- (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington, D. C.
- ORTÍ, A. (1986). «La apertura y el enfoque cualitativo o estructural. La entrevista abierta semidirigida y la discusión de grupo», en GARCÍA FERRANDO, M., J. IBÁÑEZ y F. ALVIRA (comps.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial (Alianza Universidad Textos).
- ORTNER, S. (2006) [1996]. «Entonces, ¿es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?», *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), enero-febrero, 12-21.
- ORTNER, S. (1979). «¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?», en HARRIS, O. y K. YOUNG (comps.). *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.

- PARDO, I. y C. VARELA (2013). «¿Muy pocos hijos? Fecundidad y reemplazo de la población uruguaya», en BENGOCHEA, J., W. CABELLA, J. J. CALVO, M. FERNÁNDEZ SOTO, M. KOOLHAAS, M. NATHAN, I. PARDO, A. PELLEGRINO y C. VARELA. *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del Censo 2011*. Montevideo: Programa de Población (Udelar), Semanario Brecha, 19-26.
- PARSONS, W. (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México, D. F.: Flacso.
- PATEMAN, C. (1996). «Críticas feministas a la dicotomía público/privado», en CASTELLS, C. (comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*. Buenos Aires: Paidós, 31-52.
- PELLEGRINO, A. (2008). «La población y el crecimiento», en VARELA, C. (coord.). *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: FCS-Udelar, UNFPA, Ediciones Trilce, 13-16.
- PERI, A. e I. PARDO (2008). «Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?», *Cuadernos de UNFPA*, año 1, (1), Montevideo, UNFPA Uruguay (Serie Divulgación), Ediciones Trilce.
- PINOTTI, J. y A. FAÚNDES (1989). «Unwanted pregnancy: challenges for health policy», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 30 (supl.), *Women Health in the Third World: the Impact of the Unwanted Pregnancy*, 97-102.
- PLUMMER, K. (1989). *Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- POPE, L., N. ADLER y J. TASCHANN (2001). «Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors at Increased Risk?», *Journal of Adolescent Health*, 29(1), 2-11.
- POU FERRARI, R. (2005). *Profesor Augusto Turenne. Fundador de la obstetricia social en Uruguay*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay [en línea]. Disponible en <<http://www.bvssmu.org.uy/local/pdf/TURENNELIBRO.pdf>>. Consultado el 05/06/2014.
- PRADA, E.; SINGH, S.; KESTLER, E.; Sten, C. (2005), «Atención post-aborto y morbilidad por aborto en Guatemala 2002-2003. Una visión cuantitativa y cualitativa del problema», trabajo presentado en la *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, México, Population Council.
- PUJAL, M. (2002). «Estudi de cas: el feminisme. Un moviment social generador de saber crític», en DOMÈNECH, M. y M. PUJAL (coords.). *Psicologia dels grups i els moviments socials*. Barcelona: Eurecamedia.
- PULEO, A. (2000). «Ecofeminismo: Hacia una redefinición filosófico-política de naturaleza y ser humano», en AMORÓS, C. (ed.). *Feminismo y Filosofía*. Madrid: Síntesis.
- RAMOS, S., M. GOGNA, M. PETRACCI, M. ROMERO y D. SZULIK (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- RAMOS, S. (comp.) (2015). *Investigación sobre aborto en América Latina*. Buenos Aires: CLACAI, CEDES.
- RANCE, S. (2001). «Voces cambiantes: discursos médicos sobre la anticoncepción posaborto», ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, Santa Clara, Perú.
- RANCE, S. (1998). *Discursos médicos en torno al aborto: estudio de casos en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social*. Informe de investigación. IPAD/SNS/DFID, La Paz, Bolivia.

- REARDON, D. C., J. R. COUGLE, V. M. RUE, M. W. SHUPING, P. K. COLEMAN y P. G. NEY (2003). «Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth», *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1253-1256.
- RICH, A. (1996) [1980]. «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana», *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, (10), 15-45.
- RODRÍGUEZ, J. (1981). «El poder médico desde la sociología», *Revista española de investigaciones sociológicas*, (14), 95-112.
- RODRÍGUEZ, F. (2007). «Situación internacional del aborto provocado y de la mortalidad materna», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- RODRÍGUEZ, K. y J. STRICKLER (1999). «Clandestine abortion in Latin America: Provider perspectives», *Women and Health*, 28(3), 59-75.
- RODRÍGUEZ ALMADA, H. y G. BERRO ROVIRA (2006). «Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal», *Revista Médica del Uruguay*, 22(2), 157-161.
- RODRÍGUEZ ALMADA, H., F. RODRÍGUEZ y G. BERRO ROVIRA (2009). «Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay», *Revista Médica del Uruguay*, 25(4), 230-238.
- ROMERO, M. y S. RAMOS (2009). «El aborto seguro en América Latina: un derecho relegado», *Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna*. Nueva York, setiembre de 2009, 12-14 [en línea]. Disponible en <http://www.family-careintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf>.
- ROSSI, M. y P. TRIUNFO (2010). *Opinión ciudadana sobre aborto: Uruguay y América Latina*. Documentos de Trabajo, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo [en línea]. Disponible en <<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/1510.pdf>>.
- ROSTAGNOL, S. y M. VIERA (2006). «Derechos sexuales y reproductivos. Condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, Uruguay», en CHECA, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- ROSTAGNOL, S. (2008) «El papel de l@s ginecolog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay», en ARAUJO, K. y PRIETO, M. (Ed.) (2008), *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, 215 - 232. FLACSO, Quito.
- (2007). «El silencio, la soledad y la censura social», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- (2005). «Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino», *Revista Otras Miradas*, 5(2), Universidad de Mérida, Venezuela.
- ROTHMAN, B. K. (1978). «Childbirth as negotiated reality», *Symbolic Interaction*, 1(2), 124-137.
- ROTHMAN, A. M. y G. VILASECA (2001). «Control, supervisión, covisión. Devenires en el análisis de la articulación persona-rol profesional», *Clínica y Análisis Grupal*, 23(86), Buenos Aires, 165-172.
- ROTONDO, M. T. (2007). «Análisis ético del aborto provocado en condiciones de riesgo», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- RUBIN, G. (1996) [1975]. «El tráfico de mujeres, notas sobre la economía política del sexo», en LAMAS, M. (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D. F.: PUEG-UNAM, 35-96.

- RUBIN, G. (1989). «Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de las políticas de sexualidad», en VANCE, C. (comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución, 113-190.
- RUIZ, J. (2009). «Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas», *FQS Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), art. 26, mayo.
- SANSEVIERO, R. (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres a decidir*. Montevideo: Ruda, IPPF, AUPE.
- (2007). «Las Iniciativas Sanitarias y la mujer en situación de aborto», en BRIOZZO, L. (ed). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.
- SAPRIZA, G. (2011). «Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. “Aborto libre”: la corta experiencia uruguaya (1934-1938)», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- (1996). «Mentiras y silencios. El aborto en Uruguay del Novecientos», en BARRÁN, J. P., G. CAETANO y T. PERZECANSKI. *Historia de la vida privada en Uruguay*. Tomo II: *El nacimiento de la intimidad (1870-1920)*. Montevideo: Santillana.
- SARLO, O. (2011). «Aportes para la discusión del problema del aborto en Uruguay desde perspectivas jurídicas», en JOHNSON, N., A. LÓPEZ GÓMEZ, G. SAPRIZA, A. CASTRO y G. ARRIBELTZ (coords.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC-Udelar (Colección Art. 2).
- SAUTU, R. (2003) *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- SAY, L., D. CHOU, A. GEMMILL, O. TUNÇALP, A. MOLLER, J. DANIELS, A. M. GÜLMEZOGLU, M. TEMMERMAN y L. ALKEMA (2014). «Global causes of maternal deaths: a WHO systematic analysis», *The Lancet Global Health*, 2(6), 323-333.
- SCHERWIN, S. (1998). «Hacia una ética feminista del cuidado de la salud», en CAREAGA, G. (ed.). *Ética y salud reproductiva*. México, D. F.: PUEG, Las Ciencias Sociales.
- SCHIAVON, R., M. E. COLLADO, E. TRONCOSO, J. E. S. SÁNCHEZ, G. O. ZORRILLA y T. PALERMA (2010). «Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization», *Reproductive Health Matters*, 18(36), 127-135.
- SCHRAIBER, L. B. (2010). «Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud», en CASTRO, R. y A. LÓPEZ GÓMEZ (eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología-Udelar, CRIM-UNAM, 11-26.
- (2008). *O médico e suas interações: a crise do vínculo de confiança*. San Pablo: Hucitec.
- (1998). «Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas», *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2), 215-216.
- (1997). «No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina», *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 123-138.
- SCHRAIBER, L. B. (1995). «O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional», *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), Rio de Janeiro, 57-64.

- SCOTT, J. (2011). «Género: ¿todavía una categoría útil para el análisis?», *La manzana de la discordia*, 6(1), enero-julio, 95-101.
- (1996) [1986]. «El género: una categoría útil para el análisis histórico», en LAMAS, M. (comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D. F.: PUEG-UNAM, 265-302.
- SEDGH, G., S. SINGH, I. H. SHAH, E. AHMAN, S. K. HENSHAW y A. BANKOLE (2012). «Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008», *The Lancet*, 379(9816), 625-632.
- SEDGH, G., S. K. HENSHAW, S. SINGH, E. AHMAN y I. H. SHAH (2007). «Induced abortion: estimated rates and trends worldwide», *The Lancet*, 370(9595), 1338-1345.
- SELIOS, L. (2007). «La opinión pública y el aborto», en ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- SEN, A. (1990). «Individual freedom as a social commitment», en *New York Review of Books*, 49-52/79-80.
- SEN, G. (1998). «El empoderamiento como un enfoque a la pobreza», en ARRIAGADA, I. y C. TORRES (eds.). *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. Santiago de Chile: ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres (n.º 26).
- SHAH, I. y E. AHMAN (2010). «Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends», en *Reproductive Health Matters*, 18(36), 90-101.
- SHELLENBERG, K. M., A. M. MOORE, A. BANKOLE, F. JUÁREZ, A. K. OMIDEYI, N. PALOMINO y A. O. TSUI (2011). «Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study», *Global Public Health*, 6(supl. 1), S111-S125.
- SHELLENBERG, K. M. y A. O. TSUI (2012). «Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA. An exploration by race and Hispanic ethnicity», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(supl. 2), 152-159.
- SINGH, S.; DARROCH, J. E.; ASHFORD, L. S.; VLASSOFF, M. (2009). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. Nueva York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.
- SINGH, S. (2006). «Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries», *The Lancet*, 368, 1887-1892.
- SLOAN, N., A. LANGER, B. HERNÁNDEZ, M. ROMERO y B. WINIKOFF (2002). «Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo. ¿Qué valor tienen las autopsias verbales?», *Bulletin of the World Health Organization*, OMS, 79 (9), 805-810.
- SOARES, G. S. (2003). «Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados», *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), Río de Janeiro, 399-406, suplemento.
- SOARES, M. C. D. S., V. É. DE OLIVEIRA FREITAS, A. R. RIBEIRO CUNHA, J. L. SIMOA ALMEIDA, C. M. RAMOS MEDEIRO SOUTO y R. A. DANTAS (2012). «Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento», *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 13(1).
- SOLSONA, M. (1996). «La segunda transición demográfica desde la perspectiva de género», en SOLSONA, M. (ed.). *Las desigualdades de género en los viejos y los nuevos hogares*. Barcelona: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Universitat Autònoma de Barcelona.
- SORHAINDO, A., C. JUÁREZ-RAMÍREZ, C. DÍAZ OLAVARRIETA, E. ALDAZ, M. C. MEJÍA y S. GARCÍA (2014). «Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico», *Women and Health*, 54(7), 622-640.

- STAPFF, C. e I. LEUS (2009). «Integralidad de la consulta por embarazo no deseado-no aceptado según el modelo de Iniciativas Sanitarias», Primera Conferencia Latinoamericana Prevención y Atención del Aborto Inseguro. Lima, Perú, 29 y 30 de junio de 2009 [en línea]. Disponible en <<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/43>>. Consultado el 05/07/2014.
- STARR, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. Nueva York: Basic Books.
- STOLCKE, V. (2004). «La mujer es puro cuento: la cultura del género», *Estudios Feministas*, 12(2), Florianópolis, mayo-agosto, 77-105.
- STOLLER, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. Nueva York: Science House.
- STOTLAND, N. (2003). «Abortion and Psychiatric Practice», *Journal of Psychiatric Practice*, 9(2), 139-149.
- STRICKLER, J., A. HEIMBURGER y K. RODRÍGUEZ (2001). «El aborto clandestino en América Latina: perfil de una clínica», *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial, Guttmacher Institute [en línea]. Disponible en <www.guttmacher.org/pubs/journals/2702401sp.pdf>.
- SZASZ, I. (2004). «El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades», en CÁCERES, C. F., T. FRASCA, M. PECHENY y V. TERTO (eds.). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.
- SZULIC, D., M. GOGNA, M. PETRACCI, S. RAMOS, y M. ROMERO (2008). «Anticoncepción y aborto en Argentina. Perspectivas de obstetras y ginecólogos», *Salud Pública de México*, 50(1), 32-39.
- TAGOE-DARKO, E. (2013). «“Fear, Shame and Embarrassment”: The Stigma Factor in Post Abortion Care at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana», *Asian Social Science*, 9(10), 134-141.
- TAMAYO, G. (2001). *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- TÁVARA, L. y D. SACSÁ (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas de ginecoobstetras peruanos en relación al aborto*. Lima: PROMSEX.
- TIETZE, C. (1990). *Informe Mundial sobre el Aborto*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- TOOD, A. D. (1989). *Intimate adversaries. Cultural conflicts between doctors and women patients*. Filadelfia: University of Philadelphia Press.
- TURENNE, A. (1944). «El problema del aborto voluntario en la República Oriental del Uruguay», *Archivo Uruguayo Médico. Circulación Especial*, (25), 467-483.
- TURNER, B. (1999). «Profesiones, conocimiento y poder», en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 187-222.
- VALLS-LLOBET, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra (Colección Feminismos).
- VANCE, C. y A. MILLER (2005). «Sexuality, human rights and health», *Health and Human Rights*, 7(2), 2005, 5-15. Boston: Harvard School of Public Health.
- VARELA, C. (COORD.) (2008). *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*. Montevideo: FCS-Udelar, UNFPA, Ediciones Trilce.
- VARELA, C., R. POLLERO y A. FOSTIK (2008). «El descenso de la fecundidad en el Uruguay: cambios recientes en la desigualdad reproductiva», trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008.

- VARELA, C. y A. FOSTIK (2011). «Maternidad Adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?», *Revista de la Asociación Latinoamericana de Población*, año 5, (8), enero-junio.
- y M. FERNÁNDEZ (2012). «Maternidad en la juventud y desigualdad social», *Cuadernos de UNFPA*, año 6, (6), Montevideo, UNFPA Uruguay (Serie Divulgación), Ediciones Trilce.
- VARELA, C., C. LARA y M. TENENBAUM, (2014). «Fecundidad adolescente en el Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?», en CAVENAGHI, S. y W. CABELLA (orgs.). *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Río de Janeiro: ALAP (Serie e-Investigaciones n.º 3), 185-206.
- VASILACHIS, I. (coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- VÁZQUEZ LABA, V. (2008). «Las contribuciones del feminismo poscolonial a los estudios de género: interseccionalidad, racismo y mujeres subalternas», *Perfiles de la cultura cubana, revista del Instituto Cubano de Investigación Cultural*, (1), enero-abril [en línea]. Disponible en <[http://www.perfiles.cult.cu/article.php?article_id=267\(02/03/2013\)](http://www.perfiles.cult.cu/article.php?article_id=267(02/03/2013))>.
- VIDIELLA, G. (2007). «Políticas de reducción de riesgo y daño», en BRIOZZO, L. (ed.). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- VIEYTES, R. (2008). «Campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa», en MERLINO, A. (coord.). *Investigación cualitativa en ciencias sociales. Temas, problemas y aplicaciones*. Buenos Aires: AméricaLee, Cengage Learning.
- WAITZKIN, H. (1991). «Micropolitics of Medicine», en *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press, 3-71.
- WALBY, S. (2007). *A review of theory and methodology for the analysis of the implications of inter-sectional equality for gender equality policies in the EU*, Report D13 y D14. Viena: Quing.
- WEBER, M. (2001) [1905]. *Ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Mestas Ediciones.
- WEEKS, J. (1996). *Sexualidad*. México, D. F.: PUEG, Paidós.
- (1993). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.
- WEISMAN, C. S., C. A. NATHANSON, M. A. TEITELBAUM, G. A. CHASE y T. M. KING (1986). «Abortion attitudes and performance among male and female obstetrician-gynecologists», *Family planning perspectives*, 18(2), 67-73.
- WELLER, S., M. ROMERO y S. RAMOS (2007). «Actores sociales y debate ciudadano en torno a la campaña a favor de la Ley de Defensa de la Salud Reproductiva», en ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ (coords.). *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- WEST, C. (1984). «When the Doctor is a "Lady": Power, status and gender in physician-patient encounters», *Symbolic Interaction*, 7(1), 87-106.
- WHO, UNFPA, UNICEF, THE WORLD BANK, UNITED NATIONS POPULATION DIVISION (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013* [en línea]. Disponible en <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>>.
- WILSON, K. S.; GARCÍA, S. G.; DÍAZ OLAVARRIETA, C.; VILLALOBOS-HERNÁNDEZ, A.; RODRÍGUEZ, J. V.; SMITH, P. S.; BURKS, C. (2011), «Public Opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform», *Studies in Family Planning*, 42(3), 175-182.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6.ª ed. Ginebra: WHO.

- YAM, E. A., I. DRIES-DAFFNER y S. G. GARCÍA (2006). «Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature», *Studies in Family Planning*, 37(4), 225-240.
- YOUNG, K. (1991). «Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres», en GUZMÁN, V., P. PORTOCARRERO y V. VARGAS (comps.). *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima: Ediciones Entre Mujeres-Flora Tristán .
- YOUNG, I. M. (1996). «Vida política y diferencias de grupo: una crítica del ideal de ciudadanía universal», en CASTELLS, C. (comp.). *Perspectiva feminista en teoría política*. Barcelona: Paidós.
- ZOLA, I. (1999a). «La medicina como institución de control social», en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 23-46.
- (1999b). «Sendas que conducen al médico. Cómo una persona se convierte en paciente», en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 162-184.

De la autora

Alejandra López Gómez es psicóloga egresada de la Universidad de la República. Realizó estudios de especialización en género y salud sexual y reproductiva en Argentina, Colombia y Chile. Es doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Profesora titular en régimen de dedicación total en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, donde coordina el Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud. Co-coordina el Núcleo Interdisciplinario en Salud, Adolescencia y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad (Udelar). Es investigadora activa del Sistema Nacional de Investigadores desde 2009. En 1996 participó del grupo fundacional de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), organización que integró hasta hace unos años. Es invitada para realizar cursos y conferencias en universidades de la región y a nivel internacional, integra comités científicos y de evaluación de posgrados y proyectos de investigación a nivel regional e internacional. Fue integrante del Consejo del Global Forum for Health Research entre 2004 y 2009. Ha publicado en revistas científicas, libros y capítulos de libro en autoría y coautoría. Sus líneas de interés se centran en el desarrollo de la investigación y la enseñanza de grado y posgrado en los estudios de género aplicados a la salud y los comportamientos y significados sexuales, con especial foco en servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos; toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia; y aborto, sociedad y subjetividad.

En el inicio del nuevo milenio, la sociedad uruguaya a impulsos del movimiento feminista se involucró activamente en el debate sobre el derecho de las mujeres al aborto voluntario, en el marco más amplio de la discusión sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

El libro *Profesionales de la Salud y aborto en Uruguay: transiciones y disputas en el camino a su legalización (2000-2012)* es el resultado de un largo recorrido de investigación sistemática sobre distintas dimensiones del aborto voluntario en nuestro país. Se centra en un período clave para Uruguay, en el cual tuvieron lugar importantes debates y transformaciones políticas y sociales respecto al aborto y la agenda de derechos que condujeron a su legalización al final de este período. La prevención del aborto inseguro se transformó en un objeto de política pública y ello impactó en los servicios de salud, en especial, interpeló la relación entre profesionales de la salud y mujeres en situación de embarazo no intencional y aborto. Desde estas páginas se ofrecen insumos para analizar esa compleja relación en la antesala de la legalización del aborto que tuvo lugar a fines de 2012, desde un enfoque que articula aportes de las teorías sociales en el campo de la salud y la perspectiva feminista.

ISBN: 978-9974-0-1583-8



9 789974 015838