

Aborto voluntario y relaciones de género

Políticas del cuerpo y de la reproducción

Autor:

Rostagnol, Susana

Tutor:

Domínguez Mon, Ana

2011

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título en Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado

Tesis
14.5.9

TESIS 14-5-9

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Filosofía y Letras

869960
- 1 JUN 2011

Tesis de Doctorado, especialidad
Antropología:

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

Candidata doctoral: Lic. Susana Rostagnol
Directora: Dra. Ana Domínguez Mon

Junio 2011

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

TESIS 14-S-9

RESUMEN

La tesis da cuenta de la relación entre el aborto voluntario y las relaciones de género. Se considera que la ocurrencia y el significado del aborto voluntario se corresponde a la forma en que los distintos grupos sociales procesan las relaciones de poder que caracterizan las relaciones de género a través del control del cuerpo y de la reproducción. Son estas relaciones de poder las que están en juego cada vez que una mujer en situación de aborto se encuentra con un ginecolog@; y también son éstas las que están presentes en la sociedad en su conjunto cada vez que se discute sobre el aborto, siendo secundarios los argumentos más generalmente esgrimidos en los debates públicos y parlamentarios (los cuales aluden a la moral, a la ética, se basan en pronunciamientos religiosos, entre otros).

Esto hace del aborto voluntario -en sus prácticas y discursos- un fenómeno particularmente interesante para develar la dinámica de la dominación masculina.

La tesis se organiza en cuatro partes:

Una primer parte da cuenta de la discusión teórica sobre el aborto voluntario desde la antropología feminista; asimismo se presentan las estrategias metodológicas seguidas en la investigación.

La segunda parte (capítulos 3 y 4) presentan la situación general del aborto en Uruguay y el análisis de los discursos públicos-políticos en ocasión del tratamiento legislativo de los proyectos de ley que legalizaban en aborto. Acerca el contexto con el cual dialogará el texto (capítulos siguientes).

La tercer parte (capítulos 5, 6, 7) presenta el análisis e interpretación de las prácticas y discursos de las mujeres y de los ginecólogos por separado y en la interacción del consultorio. Estos capítulos dan cuenta de la construcción de la decisión de abortar, los aspectos que entran en juego, las circunstancias, los actores que intervienen; analizan el grado de autonomía que puede tener una decisión. En cuanto a los ginecolog@s se presentan las instancias en que pueden entrar en contacto con el aborto (cuando la mujer

le manifiesta su deseo de abortar; cuando la recibe en Emergencia; cuando la trata por complicaciones post-aborto). La mirada se detiene en el análisis de la interacción entre ginecólog@s y mujeres como instancias que puedan potenciar u ocluir el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos. El estudio también da cuenta de los cambios que acontecen entre los ginecólog@s respecto al aborto voluntario como consecuencia de la implementación de la Ordenanza 369/04 (que incluye la normativa de atención pre y post aborto) y de la difusión del uso abortivo del misoprostol.

La cuarta parte (capítulos 8 y 9) da cuenta de las dinámicas de las políticas del cuerpo y de la reproducción. Las narrativas y prácticas observadas se inscriben en el territorio que está en disputa: el cuerpo de la mujer. El tratamiento del cuerpo como lugar de inscripción de mensajes y lugar desde donde se ejerce la experiencia y donde ésta queda inscrita; cuerpo intervenido, cuerpo vivido, cuerpo embarazado y luego no más embarazado. Se discute la noción de persona en relación al conflicto mujer-zef (zigoto-embrión-feto). Finalmente, se retoma el punto central de la tesis en cuanto a la relación del aborto voluntario con el 'control patrimonial de los cuerpos' (Tamayo, 2001); el aborto como práctica que subvierte el orden de los géneros, o como 'estrategia de subordinación' (Bourdieu, 2000).

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

Introducción

1. Itinerario de una investigación, subjetividad y compromiso intelectual	1
Confesiones	1
Reflexión sobre la situacionalidad del conocimiento	4
Mi recorrido	5
Los linajes: la antropología feminista	9
Preocupaciones de la antropología feminista	14
Sobre género y aborto: algunos antecedentes	17
Desde los estudios feministas	18
Desde las ciencias sociales	21
Los estudios sobre aborto en Uruguay	21

Parte 1 Aborto voluntario y relaciones de género: aproximación teórico-metodológico

2. Antropología feminista, aborto voluntario y políticas del cuerpo.	27
Aproximaciones teórico-metodológicas	27
2.1 Aproximación teórico-metodológica	
2.1.1 Antropología feminista, aborto y políticas del cuerpo y la reproducción: Aproximación teórica	29
Relaciones de género, feminismo y aborto	29
Aborto y relaciones de género: aproximación desde la teoría de la práctica	33
Agencia y poder	37
La dominación masculina en acción	40
2.1.2 El cuerpo socialmente construido	42
Cuerpo-mente y cuerpo-persona: la disolución de los dualismos	44
2.2 Aproximación etnográfica: prácticas y métodos	46
2.2.1 Las dificultades de hacer antropología en casa	46
2.2.2 El trabajo de campo	48
2.3 Investigación antropológica, Comité de Ética y “consentimiento informado”	60

Parte 2 El aborto en Uruguay.

3. Panorama legal y sanitario del aborto en Uruguay	65
3.1 Situación legal del aborto en Uruguay	65
3.2 Magnitud	73
3.3 El aborto desde el ámbito de la salud	74
Algunas características del comportamiento reproductivo	74
Cobertura del sistema de salud	75
Políticas públicas en salud sexual y reproductiva	76

Procedimientos para interrumpir embarazos	79
4. Discursos en torno al aborto voluntario	86
4.1 Los discursos	86
4.2 El discurso religioso	90
La influencia católica en el estado laico	91
Discurso de la Iglesia Católica	94
El discurso de las iglesias protestantes	98
El valor de la vida	99
El discurso judío	102
4.3 El discurso médico	103
4.4 El discurso feminista	107
Las organizaciones feministas y el aborto	107
Los discursos	110
4.5 El discurso jurídico-legal	117
Contractualistas y comunitaristas	118
Los discursos	119
La vida o la libertad de elegir	125
Para cerrar	131

Parte 3 Mujeres y ginecólog@s frente a al aborto

5. Las mujeres: sus prácticas y discursos frente a un embarazo no esperado, la construcción de la decisión de abortar y la realización del aborto	134
5.1 Identidad de género y sexualidad: entre la obligación conyugal, la ingobernabilidad y el placer	134
Regulación social de la reproducción y dominación masculina	138
5.2 El embarazo no esperado	140
5.2.1 Embarazo no esperado y prácticas anticonceptivas	140
Entre las adolescentes	147
5.2.2 El descubrimiento del embarazo	152
5.3 Construcción de la decisión	153
5.3.1 Limitación temporal	156
5.3.2 La noción de maternidad/maternalidad, deseo de tener hijos (en algún momento de su vida)	158
Hay una madre cuando hay un hij@	162
5.3.3 Las características de la relación de pareja con el compañero sexual	163
5.3.4 El contexto material	167
5.3.5 Vivencia de la sexualidad	168
5.3.6 Momento interior/emocional que está viviendo la mujer	169
5.3.7 Su momento vital	169
5.4 ¿Quiénes intervienen en la construcción de la decisión?	170
5.5 Autonomía y agencia en el proceso de tomar la decisión	174
5.5.1 Agencia y subordinación	182
5.6 Entre la decisión y la concreción del aborto: el miedo	187

5.7 Abortos medicalizados y abortos practicados mediante saberes populares	190
6. Ginecólog@s: sus prácticas y discursos en torno al aborto y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	193
6.1 El fantasma de la denuncia	197
6.2 Ginecólog@s frente a mujeres que quieren abortar, con abortos en curso, con complicaciones post-aborto	203
6.2.1 Los ginecólog@s frente a la mujer que manifiesta su intención de abortar	204
6.2.2 Emergencia	211
6.2.3 Complicaciones post-aborto	212
6.3 Las voces de los ginecólogos sobre el aborto	
6.4 Reducción de riesgos en los abortos inseguros: la estrategia de Iniciativas Sanitarias	219
6.4.1 Riesgo y vulnerabilidad: dos conceptos en juego para abordar el proceso del aborto	221
6.5 Aborto, derechos sexuales y derechos reproductivos	225
6.5.1 Derechos humanos: entre el habitus y la agencia	225
6.5.2 Aproximación a las prácticas de los ginecólog@s	229
6.5.3 Aproximación a los discursos de los ginecólog@s	237
7. La institución médica y la consulta de asesoramiento	243
7.1 Las instituciones médicas	243
7.1.1 Centro Hospitalario Pereira Rossell	243
7.1.2 Policlínicas barriales	249
7.2 La consulta de asesoramiento	249
7.2.1 Sala de espera en policlínica de asesoramiento en el CHPR	250
7.2.2 La consulta de asesoramiento en CHPR y en policlínicas barriales	253
7.3 Mujeres, pacientes, casos: efectos Rashomon	265

Parte 4 POLITICIAS DEL CUERPO Y DE LA REPRODUCCION

8. El cuerpo en disputa	269
8.1 El cuerpo para las mujeres	272
8.1.1 El cuerpo en palabras	272
8.1.2 Los cuerpos abortantes	274
8.1.3 Las representaciones gráficas	277
8.1. El conocimiento práctico del cuerpo	287
8.2 El cuerpo de las mujeres para los ginecólogos	289
8.3 El cuerpo de <i>zef</i>	298
8.4 Disputas sobre el carácter de persona de <i>zef</i>	301
9. Las políticas del aborto	304
9.1 Relaciones de género: discursos, sentidos y prácticas del aborto	305
9.2 Las políticas del cuerpo y de la reproducción puestas en acción	311

9.3 Cambios y permanencias

317

Bibliografía

323

ANEXOS

Caracterización de los entrevistados y entrevistadas

Requisitos del Comité de Ética

Ley 9.763

Ley 18.426

Proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva

Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública

Glosario

Siglas

CAPITULO 1 ITINERARIO DE UNA INVESTIGACIÓN, SUBJETIVIDAD Y COMPROMISO INTELECTUAL.

Confesiones

Llevar adelante esta investigación fue un desafío para mí. Desde hace muchos años me dedico a investigar diferentes aspectos de la realidad desde una perspectiva de género y la mayor de las veces desde una perspectiva feminista. Mi trabajo como antropóloga no está escindido de mí en tanto persona, por lo que mis opciones teórico-metodológicas así como los temas tienen que ver con el lugar desde el cual vivo y experiencio el mundo. Desde hace casi tantos años como los que llevo de antropóloga milito en el feminismo. Me hice feminista a partir de investigar acerca de la condición de la mujer, el mercado laboral y el trabajo doméstico. Aquellas primeras lecturas y discusiones con mis colegas, me llenaron de interrogantes y dudas; lo que desembocó en una ruptura epistemológica (Bachelard, 1953; 1971), ya no pude volver a ver el mundo desde el lugar en que lo hacía previamente. Desde ese entonces siempre intenté articular mi práctica académica con mi accionar político, opción por cierto no sencilla, pero tremendamente enriquecedora por sus interpelaciones e interrogantes.

Fue desde mis inquietudes como activista que me acerqué a la problemática del aborto. El feminismo como acción política supone la emancipación de las mujeres, promueve que nos construyamos como sujetos políticos. Ello exige ser agentes, y por lo tanto tomar todas las decisiones que nos atañe como personas, lo cual incluye las decisiones sobre la maternidad: ser o no ser madres en un momento dado. Como feminista he militado para

producir los cambios legales necesarios tendientes a que las mujeres podamos tomar todas las decisiones que incumben nuestro cuerpo, incluido el aborto.

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

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

Sin dejar de lado mi activismo en pos de su legalización, el aborto se convirtió en un "objeto de estudio". Esta posición de activista y académica en más de una oportunidad me resultó perturbadora; sin embargo, "esa bisagra incómoda entre el saber y el actuar", como la llamara Virginia Vargas (2004), me permitió ciertas reflexiones. El feminismo latinoamericano de los '80 enfatizaba el carácter político de la subordinación de las mujeres. Luego, en los 90 y ahora en el siglo XXI los acontecimientos globales llevaron al feminismo a profundizar otras dimensiones. Sin embargo, teóricamente aún no estaba -ni lo está ahora- totalmente laudado el contenido político de la 'vida privada de las mujeres' donde tradicionalmente se ubican sus sexualidades y sus cuerpos, espacios de subordinación por excelencia. Este aspecto fue central en mi recorrido. Con las conferencias de Naciones Unidas de la década de los '90¹ el movimiento feminista proclamó que las democracias solo existen con el cumplimiento de los derechos humanos, y

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

éstos incluyen los derechos sexuales y reproductivos. Pensar en el aborto voluntario en este marco me volvía una y otra vez a colocar las políticas de la reproducción y del cuerpo como mecanismos de subordinación de las mujeres, y por lo tanto de cercenamiento democrático. Esas eran algunas de las reflexiones provenientes de la 'bisagra incómoda'. Otro aspecto que deriva de esta situación es la permanente tensión de dos tiempos diferentes: el de la política y la acción y el de la reflexión y producción de conocimiento, por lo que política y teoría frecuentemente se alejan. Es usual que la premura de la acción política obligue a actuar con escasa reflexión teórica y mucha intuición. A estas incongruencias Julieta Kirkwood llamó "los nudos de la sabiduría feminista" (Kirkwood, 1986). Supongo que existe una sabiduría feminista anclada en la reflexión crítica sobre nuestras experiencias cotidianas, la cual constituye un mecanismo que también se activa al momento de la investigación académica.

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

Reflexión sobre la situacionalidad del conocimiento

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

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

Mi conocimiento situado, como el de otras académicas feministas latinoamericanas, está imbricado en el movimiento. Los feminismos latinoamericanos presentan una “peculiar combinación” (Vargas, 2004) de luchas políticas, manifestaciones públicas, intervenciones urbanas, negociaciones y presión hacia los poderes oficiales, reflexiones continuas sobre los avances y contradicciones de sus prácticas. Esto ha resultado en una circulación de saberes múltiples y diversos. Y, para la elaboración académica ha significado que “el lugar de la enunciación se construye desde los compromisos de transformación” (Vargas, 2004:59).

Mi conocimiento está construido desde mi posición de mujer de mediana edad, antropóloga, madre, feminista, involucrada políticamente, de capas medias, viviendo en la capital de un pequeño país en el sur de América del Sur. Esta reflexión situacional no solo ubica mi discurso en un particular contexto sociohistórico y político, sino también ubica lo que digo y lo que percibo, desde un cuerpo, que soy yo. Esta idea me acerca a la tradición fenomenológica. Maurice Merleau Ponty (1993), uno de sus mayores exponentes, se preguntaba “Ver, ¿no es siempre ver desde alguna parte?”; y concordante con esto advierte que la intersubjetividad no es simplemente una dialéctica de intenciones conceptuales, sino que es algo vivido como intercorporeidad (Merleau Ponty, 1964). Este razonamiento conduce a la noción de corporeidad (*embodiment*) desarrollada por el antropólogo Thomas J. Csordas, quien realiza un interesante rescate del pensamiento de Merleau-Ponty para elaborar su conceptualización de corporeidad apelando a la noción de estar-en-el-mundo (Csordas, 1994). Es en el cuerpo que acontece la cultura, el fenómeno de la cultura genera un cuerpo significativo en un mundo de significados.

Mi recorrido

Creo que finalmente este trabajo encierra una síntesis de diversos interrogantes con los cuales comencé mi itinerario, a los que se sumaron

otros surgidos de la experiencia personal y profesional que acompañó el desarrollo de la tesis. Desde las Conferencias de Naciones Unidas de Cairo 94 y Beijing 95 (y también Cairo+5 y Beijing+5) donde hubo acalorados debates en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente relativos al aborto, me he interrogado sobre qué aspectos profundos mueve el aborto -más allá de las interpretaciones feministas- que provoca discusiones políticas tan encarnizadas. ¿Es que acaso detrás de esas discusiones se erigen formas diferentes de estar-en-el-mundo, cosmovisiones incompatibles; es acaso un tema que concretiza -en el sentido marxista- las diferencias culturales y la avidez por obtener la supremacía y el dominio de la visión del mundo?

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

Busqué respuestas profundizando las formulaciones del feminismo de los '80 sobre el carácter político de la subordinación. El control de la reproducción es un hecho político que actúa en la 'vida privada' de las mujeres. Tenía que averiguar el significado que tal afirmación conlleva. A medida que avancé en la investigación pude apreciar una diversidad de formas en que las mujeres transitan por el aborto voluntario, y, a diferencia de las expectativas provenientes de mi activismo, no necesariamente constituía una experiencia de empoderamiento. Nuevos cuestionamientos. A medida que profundizaba mi relación con los ginecólog@s, aumentaban las contradicciones que encontraba en sus prácticas y representaciones, más preguntas sin respuestas que mostraban que el tránsito por los cambios no solo es sinuoso, sino también engañoso. Se incrementaban mis dudas. Decididamente en la vida social son mucho más los grises que los blanco y negro.

Intenté permitir dialogar los diferentes conocimientos localizados que se intersectaban: teoría antropológica, teoría feminista, antropología feminista, teoría de derechos humanos; mi compromiso feminista y con los derechos humanos.

Pretendí iluminar mi análisis desde la perspectiva de la antropología feminista, de gran desarrollo en el Norte, pero aún tímida en los países de la región. Eso requiere incluir el carácter político que esa adjetivación implica para la disciplina, lo cual me exige reflexionar sobre cómo conciliar las dos matrices reflexivas que me guiaban: la crítica feminista y la crítica antropológica.

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

Mi subjetividad estuvo en juego durante todo el proceso de la investigación. Mi compromiso político y académico con proyectos de transformación social, y con la legalización del aborto en especial, me

encorsetaron más de una vez. Las utopías (y el feminismo tiene su propia utopía) exigen certezas, la academia exige dudas. Tuve necesidad de tomar distancia del 'campo' que a la vez se superponía con mi área de acción política. Extrañarnos de aquello que nos resulta familiar es un proceso doloroso porque sabemos que descentrar la mirada trae consigo cambios irreversibles en la forma de ver (Tornquist, 2007). El proceso de extrañamiento nos sacude, es el "viaje vertical" con características de viaje shamánico (Da Matta, 1999), del cual volvemos distintos, y ya no podemos ver aquello que nos era tan familiar de la misma manera. El 'viaje' fue imprescindible para desplegar el abordaje antropológico, supuso recorrer una distancia con la mirada, un extrañamiento frente a un acontecimiento que formaba parte de mi vida cotidiana (Krotz, 1991).

El distanciamiento final que me permitió objetivar el proceso del trabajo de campo propiamente dicho, me lo proporcionó la etapa de la escritura de la tesis. Durante ese período el extrañamiento con aquello que me había sido tan familiar, me anunciaba cambios en mis perspectivas, que en más de una oportunidad me provocaron incomodidades porque instalaban dilemas en mi futura relación con quienes habían sido mis compañeros de ruta en las acciones por la legalización del aborto. Las estrategias políticas no siempre se asientan en conocimientos más o menos laudados; las proclamas son apodícticas. Como ejemplo: "educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir"; mi investigación me muestra que el acceso a la anticoncepción no elimina los embarazos no esperados, por el contrario, en general abortan mujeres que habitualmente usan anticonceptivos. Sin embargo, la proclama continuaba siendo efectiva. Tuve que aceptar que se trata de dos lógicas disímiles: la política y la académica; a veces se cruzan, otras se apartan, siempre se retroalimentan.

Los linajes: la antropología feminista

La denominación “antropología feminista” reemplazó a la de “antropología de las mujeres” hacia fines de los '70 en Estados Unidos, así se popularizó “antropología feminista” en currícula y secciones de publicaciones de la disciplina en Estados Unidos. En ese momento en el Sur², concretamente en América Latina adquiere visibilidad el movimiento feminista, existiendo unos pocos centros académicos, aún llamados “de la mujer” donde las científicas sociales involucradas se autodenominaban feministas³.

Durante las décadas transcurridas no ha cesado la discusión sobre la adecuación y alcance del término ‘antropología feminista’. Kamala Visweswaran (1997) analizando el desarrollo en el Norte, distingue tres momentos de la antropología feminista que acompaña las sucesivas olas del feminismo. En la primera, contemporánea de las sufragistas, ubica a Margaret Mead. Es discutible la catalogación como feminista a su quehacer antropológico, más bien concretiza el interés sobre la diversidad de manifestaciones culturales propio del relativismo, muestra que comportamientos asociados a lo femenino y a lo masculino considerados universales no resisten la comparación transcultural. El segundo momento señalado por Wisweswaran coincide con lo que otras autoras como Henrietta Moore (1991) señalan como “la nueva antropología de la mujer”; es contemporáneo a la segunda ola del Feminismo. Constituyen las piedras fundamentales las famosas colecciones organizada una por Michelle Rosaldo y

² Me refiero a Sur como categoría político-geográfico.

³ A fines de la década del '70 se funda en Uruguay el GRECMU, Grupo de Estudios de la Condición de la Mujer, bajo el liderazgo de la socióloga brasileña-uruguaya Suzana Prates. Otros que marcaron el inicio de los estudios de género en la región incluyen el CEDES en Argentina, donde María del Carmen Feijóo y Elizabeth Jelin realizaron sus investigaciones; en Chile, el Centro de Estudios de la Mujer que contaba con la participación de Rosalva Todaro entre otras; a lo que se suma el Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán donde había una producción académica de científicas sociales como Virginia Guzmán, Patricia Portocarrero, Ma. Emma Manarelli bajo el liderazgo de Virginia Vargas.

Louise Lamphere⁴ y la otra por Rayna Rapp Reiter⁵. En estos trabajos subyacía la noción de una sororidad universal que sustentaba la idea de experiencias similares compartidas por todas las mujeres del planeta. Marjorie Shostack, durante su trabajo de campo entre los ¡Kung, se preguntaba “¿Cómo es ser una mujer en una cultura tan drásticamente diferente de la mía? ¿Cuáles son los universales, si alguno, y en qué medida me será posible identificarlos?” (1981:5)⁶.

Desde estos supuestos, se proponía que la antropología hecha por mujeres sobre mujeres desvanecía el sesgo androcéntrico. Así se revisitaron etnografías escritas por varones, se buscaron las voces de las mujeres para obtener información sobre ellas; se releeron críticamente las etnografías para detectar las lagunas y silencios sobre los espacios de las mujeres⁷. Al tiempo que el corrimiento del eje analítico al de etnografías basadas en narrativas, era considerado más auténtico. El trabajo de Marjorie Shostak (1981), *Niza* es paradigmático al dar cuenta de la cultura ¡Kung en primera persona. La crítica feminista contribuyó a romper el ‘dogma científico’ que suponía la necesidad de excluir todo elemento subjetivo del trabajo de campo, con lo cual la escritura etnográfica se veía despojada de aspectos experienciales en pos del rigor académico. La antropóloga Nancy Scheper-Hughes (1983, citada en Gregorio, 2006:31) utiliza para referirse a este tipo de doctrina la metáfora del antropólogo como ‘muñeco de nieve’, observando de modo penetrante pero invisible en su acción y helado en sus afectos y pasiones. La antropología feminista proclamaba introducir las emociones y la subjetividad como dato en el trabajo de campo, ya que lo emocional no puede

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

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

⁶ Original en inglés.

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

separarse de lo intelectual en el proceso de conocimiento. Judith Okely (1975) argumentaba enfáticamente que en el contexto académico, “lo personal es teórico”. La experiencia etnográfica -incluida la escritura- aparece como un “acto total que implica cuerpo, mente, razón y emoción de manera indisoluble” (Gregorio, 2006:33)

La crítica al androcentrismo que impregnaba a la disciplina, ocupó un lugar central en los trabajos de los '70 (Linton, 1979; Rohrlich-Leavitt, Sykes y Weatherford, 1975; Bamberger, 1974; Reiter, 1975). La cuestión del androcentrismo tenía distintos niveles, uno correspondía a la visión personal del antropólogo; otro al efecto distorsionador de la sociedad bajo estudio que valora diferentemente a varones y mujeres; finalmente el tercero corresponde a la parcialidad ideológica propia de la cultura occidental (Moore, 1991).

Al intentar develar las causas de la dominación para alcanzar relaciones equitativas, las antropólogas prontamente hicieron preguntas que las teorías prevaecientes en la época no lograban responder. Fueron necesarias nuevas elaboraciones conceptuales dentro de marcos teóricos vigentes, especialmente el marxismo y el estructuralismo; pero también avanzaron hacia nuevas construcciones teórico-conceptuales. Comienza la elaboración teórica en la antropología feminista (Ortner, 1985; Collier y Yanagisako, 1989; O'Brien y Tiffany, 1984; MacCormack y Strathern, 1980; Rubin, 1975).

Con el devenir aparecen descontentos varios por diversas razones. Kamala Visweswaran advierte que es fundamental observar las “estrategias de desidentificación” en los escritos de las mujeres y no solo “los momentos de identificación de género” (Visweswaran, 1997:595). El tercer momento trae consigo los cuestionamientos sobre la sororidad universal. Rosaldo (1980) en un texto bastante crítico a lo que ella denomina “usos y abusos de la antropología” pone en cuestión la universalidad de la opresión femenina. Anota que la búsqueda de los orígenes descuidó el estudio sobre la constitución de las relaciones de género, es decir aquello que convierte las

diferencias en desigualdades. Por su parte la antropóloga británica Marilyn Strathern (1987) remarca que la relación entre antropología y feminismo es “incómoda y difícil”. La antropología parte de la clara distinción entre el yo (*self*) y el otro, el feminismo desvanece esta consideración al colocar a las mujeres antropólogas y las mujeres ‘otras’ juntas expuestas por igual a la dominación patriarcal. Por su parte, el feminismo planteaba la sororidad universal, la antropología desarma esta noción al mostrar el origen occidental común del pensamiento feminista y del científico. Estas diferentes aproximaciones provocan ‘ruidos’ en la relación entre la antropología y el feminismo.

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

El recorrido de la antropología feminista en las tres etapas definidas por Visweswaran, como se mencionó, corresponde sobre todo al desarrollo en el Norte, especialmente anglosajón. En nuestra región, los procesos han sido más dificultosos, con desarrollos heterogéneos en las distintas subregiones. Hubo un primer momento -a igual que en el Norte- donde la situación de las mujeres estaba universalizada. Los trabajos de Ana María Portugal “Mujeres e iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina” (1989) y el de Virginia Vargas “Los intereses de las mujeres y los procesos de emancipación en América Latina” (1993) son muestras de ese momento. Los cuestionamientos surgieron de los movimientos de feministas afrodescendientes e indígenas que no se

sentían identificadas con el discurso preponderante, correspondiente a la situación de mujeres blancas de capas medias. A lo que se sumaron investigaciones que mostraban las diferencias entre las mujeres latinoamericanas (González Montes, 1993; Bant, 1994; Tizon, 1994; Barrig, 2001). Fue preciso acercarse al abordaje de la interseccionalidad a fin de romper definitivamente con posibles esencialismos.

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

Alinne Boneti (2007) acierta al sugerir que cierta timidez de las antropólogas feministas de la región puede ser atribuida a la situación de liminaridad en que se encuentran, de cara a la doble resistencia de las que son blanco. Por un lado, la resistencia proveniente del mismo movimiento feminista por cierta desconfianza hacia la producción académica. Por el otro, de la propia academia que no considera el campo del feminismo como campo académico. Las distintas tradiciones locales corresponden a procesos también diferentes. Así en México ha habido un desarrollo de la mano del feminismo postcolonial (Hernández, 2004, 2005) donde las fronteras y el cuestionamiento de la identidad mestiza adquieren centralidad. Ya en América del Sur, los países andinos cuentan con una tradición relativamente fuerte de antropología feminista. Las estancias de algunas antropólogas como Kate

Young y Olivia Harris⁸ desde los '70 en Perú y Bolivia respectivamente, probablemente haya influido en dicho desarrollo. En Brasil, la antropología feminista se ha desarrollado a partir de los núcleos universitarios⁹ dedicados a estudios específicos, con influencia principalmente del pensamiento francés.

Preocupaciones de la antropología feminista

Desde la antropología feminista o desde feministas antropólogas reiteradamente se ha llamado la atención tanto a las formas concretas de las distintas situaciones de subordinación, como a las maneras en que se experimentan y se narran, así como a las múltiples formas de resistencias. Esto obliga a revisar las supuestas características de 'doméstico' y 'apolítico' que tradicionalmente ha acompañado las ideas sobre las identidades femeninas (Rosaldo, 1980, Abu-Lughod, 1991). Estas preocupaciones permitieron avanzar hacia lo que Ortner (1984) denomina "aproximación práctica" en antropología. Como otros teóricos de la práctica (Bourdieu, 1977; Giddens, 1979), muchas antropólogas feministas combinaron centrarse en sujetos reales y el sistema o la estructura determinante de muchas acciones humanas (Rosaldo, 1980). Las propuestas feministas están enraizadas en la desigual distribución del poder y consideran las condiciones materiales de existencia al formular sus teorías desde la práctica. Sherry Ortner y Harriet Whitehead escribieron a principio de los '80 que

"el género, la sexualidad y la reproducción son símbolos, imbuidos con significados de la sociedad en cuestión, como todos los símbolos. La aproximación al problema del sexo y el género es por lo tanto una cuestión de análisis simbólico e interpretación, un tema de relacionar tales símbolos a otros símbolos y significados

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

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

culturales, pero también a formas de la vida y la experiencia social (Ortner y Whitehead, 1981:1-2)¹⁰.

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

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

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

“La mayoría de las feministas acuerdan que las líneas divisorias trazadas por marxistas, durkheimianos, estructural-funcionalistas tradicionales oscurecen la participación de las mujeres en política, así como de los hombres en las relaciones domésticas, ocultando de ese modo el carácter generizado de todas las relaciones sociales y

¹⁰ Original en inglés

la omnipresencia de la inequidad de género” (Collier y Yanagisako, 1989:29).

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

Parece apropiado el concepto de género desarrollado por Marilyn Strathern quien propone pensarlo como “categoría de diferenciación” (Strathern, 1990:ix) que tiene como referencia las imágenes sexuales. Como categoría de diferenciación crea otras categorías en base a las relaciones de género y otras relaciones sociales. Esta noción no se restringe a la relación cuerpo biológico-sexo-género, sino que abarca y da cuenta del sentido de la organización de la vida social. Esta conceptualización es una guía a las alteridades complejas y permite comprender las relaciones de poder en ellas contenidas y los procesos de constitución de desigualdades.

La antropología feminista no tiene que tener a mujeres como sus objetos de estudio. El adjetivo feminista modificando ‘antropología’ implica la “reestructuración o subversión de las estructuras de poder en algún nivel” (Ono, 2003:4). Subversión se vincula con un desafío hacia las formas tradicionales de producción de conocimiento, redefinir los caminos y los temas a ser estudiados (Ono, 2003). En mi caso, el estudio de las prácticas y representaciones del aborto voluntario considerado en su articulación con la dominación masculina, ya sea perpetuándola o como cuña hacia un cambio procurando hacer el recorrido utilizando herramientas teóricas y metodológicas que me permitan iluminar desde otros lugares mi objeto de estudio.

Creo, junto a Alinne Boneti en la necesidad de afirmar lo ‘feminista’ de la antropología como una actitud, en sí misma política, de posicionar la práctica feminista y proporcionar un carácter específicamente crítico a la práctica antropológica (Boneti, 2006:5). Aplicar el adjetivo feminista a la

antropología necesariamente le confiere un sentido político al reafirmar el compromiso crítico

El feminismo -como teoría que evidencia estructuras de poder y busca subvertirlas- es una postura política y académica impertinente y molesta.

Sobre aborto y género: algunos antecedentes

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

El aborto voluntario ha concitado la atención de diversas ramas del saber desde distintas posturas teórico-ideológicas. En los últimos treinta años en América¹¹ y Europa ha habido una copiosa bibliografía proveniente de estudios político-sociales, filosóficos, feministas, así como ensayos que sustentan la postura de los grupos "pro-derecho"¹² y la de los "pro-vida"¹³. Se suman trabajos biomédicos y epidemiológicos, estudios jurídicos e investigaciones sociales (demografía, sociología, antropología, historia). Esto da cuenta de la relevancia del tema en las preocupaciones de la sociedad y la amplitud de campos que abarca. Sin embargo, al asociar el aborto a las relaciones de género, la lista de trabajos es más restringida.

¹¹ Incluyo América Latina, Caribe, EUA y Canadá

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

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

Desde los estudios feministas

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

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

Enlazado al tema de sujeto de derecho, se han desarrollado estudios que incorporan la corporalidad y la subjetividad en el tratamiento de las relaciones de género y el aborto (Ardaillon, 1994, 1997, 1998a, b, c; Rosenberg, 1998). Particularmente interesante para mi trabajo son las investigaciones de la brasileña Danielle Ardaillon quien enfatiza el diálogo exclusivo de las mujeres embarazadas entre su 'ser' y 'tener' corporal/cuerpo, el cual se traduce en palabras que reverberan los conflictos entre identidades y proyectos de vida en un anclaje corporal que no siempre alcanza a definirse. La propuesta de Ardaillon empata con la centralidad que intento darle a las políticas del cuerpo en base a las nociones de corporeidad de las mujeres en situación de aborto. Martha Rosemberg, aunando el activismo y la academia, desentraña aspectos de la subjetividad de la mujer que aborta desde una mirada psicoanalítica, ahondando en las relaciones de poder implícitas, ya que "el aborto es la puesta en acción de un sujeto silenciado" (1998:56). Sostiene que el cuerpo es la encarnación de la subjetividad, y allí pueden encontrarse sus resistencias al poder.

Los abordajes desde la bioética (Diniz 2004; 2008; 2010; Diniz *et al.* 1998; 2000; 2009; Luna y Salles, 2008) interpelan el paradigma principialista desarrollado por Beauchamp y Childress¹⁴ de uso corriente en la medicina. El mismo plantea cuatro principios (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) de validez universal. Es una teoría sociocéntrica que debe ser entendida en el marco de la Modernidad. El cuestionamiento proviene de observar la imposibilidad de aplicación de los principios en distintos contextos, ya sea por tratarse de culturas distintas o por consistir en arreglos culturales diferentes en una misma sociedad. La bioética feminista¹⁵ forma parte de las corrientes críticas que valorizan la contextualización de los distintos grupos sociales, muchas veces en relaciones conflictivas entre sí;

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

¹⁵ Susán Sherwin (1996) es una de las principales referentes, sostiene la imposibilidad de hablar del individuo como la unidad aislada, sino que es preciso considerar que las personas solamente existen en marcos de relaciones sociales complejas.

asimismo, se presenta como una vertiente reflexiva y dialógica. En el marco de esta investigación, las propuestas desde esta vertiente de la bioética permiten problematizar las prácticas de los ginecolog@s, y las tensiones entre el universo médico y el de las mujeres en situación de aborto. Asimismo aporta argumentos en la discusión acerca de la contraposición entre mujer abstracta y mujer concreta que caracteriza parte de los debates parlamentarios respecto a los proyectos de ley que legalizaban el aborto. Cercanos a estos trabajos, existen estudios focalizados en los dilemas éticos que enfrenta la mujer que aborta (Olivares, 2001; Mejía, 2001).

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

Son más escasos las investigaciones feministas centradas en el papel de la medicina y los médicos frente al aborto. Fabiola Rodhen (2005, 2007) se interna en la formación del cuerpo femenino desde la biomedicina, mientras que Susanna Rance (2002, 2003, 2005a, 2005b; 2009) enfatiza las dinámicas de la interacción ginecolog@s y mujeres en situación de aborto, privilegiando las prácticas médicas. Sus trabajos constituyen una base desde la cual continúe el análisis de los ginecolog@s.

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

información sobre la situación del aborto en América Latina. Finalmente, cabe mencionar trabajos comparativos de las legislaciones relativas al aborto de la región (Bermúdez, 1998; Rocha *et al.*, 2009). Combinando la información de estas distintas fuentes puede observarse que a pesar de las diferencias entre las legislaciones que presentan distintos tipos y grados de restricciones para el aborto, los comportamientos tanto de ginecólog@s como de mujeres en situación de aborto son bastante similares.

Desde las ciencias sociales

Existen investigaciones sobre aborto cuyo abordaje no es feminista, aunque en algunos casos consideren la variable género. Entre ellos se destacan las numerosas publicaciones del CEDES (Llovet y Ramos, 1988; Ramos y Viladrich 1993; Gogna, 1994; Gogna y Ramos, 1996; Ramos y Romero, 1998; Gogna *et al.* 1998; Petracci y Szulik, 2000; Ramos *et al.* 2001; Ramos y Gutiérrez, 2002; Pecheny y Petracci, 2007, Szulik *et al.*, 2008; Petracci, 2009; Romero *et al.*, 2010). La mayoría de los trabajos tienen como matriz disciplinaria la sociología de la salud, desde la cual abordan el aborto en su articulación con la salud pública (abortos hospitalizados, el aborto como problema de salud pública, el papel de médicos y obstetras son algunos de los temas tratados), otros trabajos muestran interés en aspectos ligados a la despenalización del aborto, vinculándolo en algunas investigaciones a los movimientos de mujeres. Si bien proporcionan valiosa información sobre el estado de la cuestión, no enfatizan los aspectos que enlazan el aborto a las relaciones de género.

Los estudios sobre aborto en Uruguay

Restringiendo los antecedentes a Uruguay, el aborto ha concitado interés desde diversos campos del conocimiento, especialmente en la última década en que pasó a formar parte de la agenda política. El debate público-

político ha marcado la pauta para los procesos investigativos de base empírica y para la producción ensayística.

Existe algún antecedente como el trabajo de Thevenet (1978) que ofrece un panorama sobre la percepción del aborto en un momento dado. Sin embargo el tema es abordado rigurosamente y desde una perspectiva feminista recién con los trabajos de Sapriza primero y de Sanseviero y colaboradores después. La historiadora Graciela Sapriza (1995, 1997, 1999, 2000a y 2000b) realizó un minucioso estudio sobre la despenalización del aborto acaecida entre 1934 y 1938. La autora sostiene que la despenalización estuvo más relacionada al pensamiento eugenésico, bastante extendido en el continente latinoamericano en las primeras décadas del siglo XX (Stepan, 1991; Biernat, 2005; McGraw, 2007) que al pensamiento feminista, a pesar de la influencia del feminismo anarco-socialista presente en el Uruguay de aquellos años. Esto muestra que una práctica (aborto legal) asociada a una mayor equidad, no necesariamente va unida a un cambio en las relaciones de género. Este aspecto resulta central en la tensión que pretendo observar a lo largo del trabajo entre prácticas y posibles cambios, donde el núcleo es el vínculo entre el aborto voluntario y las relaciones de género.

El primer trabajo comprehensivo sobre la situación actual del aborto es el de Rafael Sanseviero (2003) quien, junto a un equipo de investigadores¹⁶, aborda distintas aristas: elabora una estimación del número de abortos voluntarios para Uruguay (33.000 anuales para el 2001), explora en las prácticas y los procedimientos (clínicas clandestinas y abortos realizados a partir de saberes populares); indaga en aspectos médicos y jurídicos del aborto, así como en las vivencias desde la subjetividad de mujeres que atravesaron la experiencia del mismo; finalmente interpreta el fenómeno a la luz del contexto cultural mayor del Uruguay mostrando que el tratamiento que la sociedad da a la temática del aborto no difiere de la manera en que se

¹⁶ Formé parte de dicho equipo.

relaciona con otras problemáticas sociales. Una segunda investigación, también coordinada por Sanseviero (2008) profundiza en el aborto en tanto constitutivo del derecho a la maternidad voluntaria, para lo cual enfatiza los distintos obstáculos que las mujeres pobres y las mujeres adolescentes deben enfrentar para ejercer su derecho a decidir respecto al aborto. Ambas investigaciones anteceden la que aquí presento en tanto ésta continúa el enfoque, no obstante se centra en aspectos no observados en aquellas.

Desde la psicología Elina Carril y Alejandra López Gómez (2008), abordan la temática del Síndrome Traumático Post-Aborto (SPA), concluyendo en su no existencia. Si bien este tema no es abordado en mi investigación, cuestiono la propuesta, ya que al ser único cada aborto, los efectos traumáticos derivados estarán en relación a diversas vivencias de las mujeres, no pudiéndose definir el aborto con su variedad y amplitud de significados y circunstancias como causa o no causa de un síndrome traumático.

Pasando a las temáticas relativas al cuerpo y la reproducción, se observa que las ciencias sociales en Uruguay no han prestado mucha atención. Desde la sociología, el trabajo de Miriam Mitjabila (1994) discute las bases sociales de la salud reproductiva. Enfatiza aquellas de naturaleza institucional en que se apoya el saber médico en las sociedades contemporáneas, centrándose en el discurso médico sobre la maternidad. Discute el alcance de la medicalización de la reproducción (concepción, prácticas sexuales, embarazo, parto, puerperio, aborto, amamantamiento, menopausia). Analiza el discurso médico en tanto forma de poder por cuanto puede ser considerado un instrumento de acción social, atribuyéndole un carácter más ideológico que técnico. Mitjabila sostiene que en el consultorio médico, la maternidad aparece despojada de los aspectos sociales que la integran, la madre 'normal' es aquella que organiza su vida en función del cuidado de sus hijos. Sus hallazgos coinciden en parte con los resultados a que yo arribé, pero su investigación sobre todo me proporcionó una línea de base sobre la cual contrastar mis propias observaciones y poder así ensayar nociones sobre posibles cambios en las prácticas de los ginecólog@s. Por su parte Sonia

Romero (1997, 1999), desde un marco de antropología de la salud ha abordado la temática de la salud materno-infantil. Su estudio se acerca más a un análisis del maternaje, es decir de las prácticas de cuidado materno, en relación al proceso salud-enfermedad-atención, que de salud reproductiva. Respecto a prácticas reproductivas entre adolescentes es muy poco lo realizado en los últimos años (Carril *et al.* 2006); existiendo varios estudios de fines del s.XX (Bustos *et al.*, 1994; MEC/INFM, 1995) realizados desde el Estado en respuesta a necesidades de elaborar políticas públicas. La información general sobre salud reproductiva es sistematizada en los informes anuales del Observatorio nacional en salud sexual y reproductiva (MYSU, 2007, 2008, 2009, 2010), en el informe del proyecto “Género y Generaciones, reproducción biológica y social de la sociedad uruguaya” (2005), liderado por UNFPA con la participación de varias instituciones.

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

Los trabajos sobre el aborto provenientes de las preocupaciones propias de la salud pública, desde una perspectiva sanitarista o desde la intervención biomédica responden a inquietudes despertadas por el relativo aumento de muertes por complicaciones post-aborto en 2002 en sentido estricto (Briozzo *et al.* 2004 se centra en aspectos biomédicos y epidemiológicos), o ya mostrando los beneficios de la propuesta de Iniciativas Sanitarias¹⁷ para enfrentar la problemática (Briozzo, coord., 2002; Briozzo *et al.* 2002; Briozzo, 2003; Briozzo *et al.*, 2006a; Briozzo *et al.*, 2006b; Briozzo, ed., 2007; Briozzo, comp., 2008; Cabrera *et al.*, 2005; Alonso y Cuadro, 1998). Vinculado a la puesta en práctica del Protocolo de Atención pre y post-aborto, Gonzalo Vidiella y colaboradores (2004) analiza el uso de misoprostol en los abortos provocados. A los efectos de este trabajo, la producción desde esta

¹⁷ Organización de profesionales de salud que llevan adelante una propuesta para enfrentar el aborto inseguro. En el capítulo 3 se da cuenta de su presencia y su influencia en el tratamiento de los abortos en Uruguay.

perspectiva constituye un dato del lugar que en el campo de la salud ocupa el aborto.

A fines del siglo pasado los trabajos centrados en el análisis de la regulación jurídica del aborto (Langón, 1979a, b, 1985; Cairoli, 1989; Brancato *et al.* 1989; Camacho *et al.*, 1990; Pérez Ferreiro, 1992; Malet Vázquez de Olmos, 1994; Caviglia y Menéndez, 1995; Montano Gómez, 1995; Gross Espiel, 1996; Dufau, 1998) han acompañado los sucesivos impulsos legislativos por modificar la ley que lo penaliza. Algunos firmemente a favor de la legalización del aborto (Langon, 1979a y b, 1985 y Dufau, 1998 están entre ellos), otros favorables a mantener la criminalización (Montano Gómez, 1995). Curiosamente, en los debates desarrollados en el siglo XXI en torno los proyectos de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, donde ha habido una agitada polémica pública recogida en numerosos artículos periodísticos, los análisis jurídicos se reducen al de Dufau (2002) favorable al proyecto de ley, y Brito (2001) contrario al mismo.

Los debates parlamentarios han sido objeto de análisis, con énfasis en la discusión del tratamiento legislativo 2002-2004 (Xavier, 2005) y en el proceso de los 10 años de discusión parlamentaria (Labastie, 2009). Organizaciones feministas recogen las discusiones parlamentarias sistematizándolas y contextualizándolas en la realidad de la sociedad uruguaya (CLADEM, 2003; Abracinskas y López, 2004 y 2007). Ninguno de ellos presenta un análisis del proceso parlamentario del tipo aquí propuesto.

Los vacíos muestran la necesidad de abordar la temática de aborto voluntario y relaciones de género, apuntando hacia los cuestionamientos relativos a las políticas del cuerpo y de la reproducción. Por ello se espera que esta tesis aporte a la discusión feminista sobre el lugar del cuerpo y la reproducción en las relaciones de dominación/subordinación.

PARTE 1

ABORTO VOLUNTARIO Y RELACIONES DE GÉNERO: APROXIMACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA

CAPITULO 2

ANTROPOLOGÍA FEMINISTA, ABORTO VOLUNTARIO Y POLÍTICAS DEL CUERPO. APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

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

2.1 Aproximación teórico-metodológica

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

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

modelos conscientes, en efecto -que se llaman comúnmente 'normas'- cuentan entre los más pobres, debido a que su función no consiste en exponer los resortes de las creencias y los usos, sino en perpetuarlos (...) cuanto más nítida es la estructura manifiesta, tanto más difícil se vuelve aprehender la estructura profunda, a causa de los modelos conscientes y deformados que se interponen como obstáculos entre el observador y su objeto" (Lévi-Strauss, 1976: 253-254). Los elementos 'reales' en discusión tienen que ver con las políticas del cuerpo y la reproducción que hacen al control patrimonial del cuerpo, los recursos argumentativos refieren por lo general a posiciones morales, religiosas o científicas.

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

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

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

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

Relaciones de género, feminismo y aborto

Como mi aproximación es desde la antropología feminista, mi abordaje relaciona el aborto voluntario con las relaciones de género. El trabajo pionero de Rosalind Petchesky, *Abortion and woman choice* (1984) enmarca

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

el aborto y las prácticas anticonceptivas en las relaciones sociales de reproducción, es decir, comprendidas en las relaciones de género y las condiciones materiales e ideológicas de las vidas de las mujeres. Conuerdo con Petchesky en relacionar la problemática con el campo más estrictamente político (acciones de los grupos anti-aborto y crecimiento de la Nueva Derecha en su caso). Sin embargo, mi abordaje, al focalizar en la relación entre el aborto voluntario y las relaciones de género conduce a una búsqueda de aspectos políticos en un sentido más amplio y profundo, políticas del cuerpo y de la reproducción que trascienden momentos políticos precisos. El concepto "control patrimonial del cuerpo" desarrollado por Giulia Tamayo (2001) se convierte en explicativo al dar cuenta que el foco de tensión respecto a los derechos humanos de las mujeres ha radicado en torno a la sexualidad y la reproducción, porque es en el control de estas esferas que se asienta la dominación masculina. La categoría género es un sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de la mujer (De Barbieri, 1991). Esta es la razón que justifica realizar un trabajo sobre aborto y género para avanzar en la comprensión de la dominación masculina.

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

Las jerarquías de género tienen una influencia específica en las prácticas de control de la reproducción. Las mujeres de acuerdo a sus

contextos sociales delimitados y en el entramado de relaciones de poder que individual o colectivamente contenga a cada una de ellas, se acomodan o resisten a los mecanismos de control. El aborto voluntario puede estar significando una forma de resistencia, aunque no siempre necesariamente sea así. En todo caso, su ocurrencia y significado se corresponde a la manera en que la sociedad procesa el poder que caracteriza a las relaciones de género, incluyendo las tensiones y contradicciones que contienen. Las relaciones de poder incluyen la amplia gama de prácticas en que se ejerce la dominación masculina, así como la desigual distribución de poder que puede significar formas más sutiles de la dominación. La sociedad dista de ser un todo homogéneo, por lo tanto diversas formas de relaciones de poder que caracterizan al género no solo coexisten, sino que son cambiantes; y se articulan a cada momento con otros sistemas jerárquicos (entre ellos, de clase, etnia-raza, generacional). Existe, no obstante un sustrato -que podría llegar a asimilarse a estructura tanto en el pensamiento de Bourdieu (1977) como en el de Giddens (1979)- que se mantiene relativamente constante bajo distintas apariencias. La diversidad de comportamientos no necesariamente conduce a cambios en las relaciones de género, éstas pueden ser adaptadas o recreadas más que transformadas²⁰. Prácticas como la salida de las mujeres al mercado laboral considerada un paso hacia la autonomía, ocasionó en amplios sectores sociales la doble jornada, sin incidencia en la visibilidad de la participación de las mujeres en la producción ni en los procesos de empoderamiento, más bien recreó bajo otra modalidad las relaciones de dominación/subordinación.

Las relaciones de género y las políticas del cuerpo y de la reproducción se ponen en juego cada vez que una mujer está en *situación de aborto*, y cada vez que un ginecólog@ se enfrenta a ella. Del mismo modo que están presentes en los debates sobre la legalización del aborto, por lo general

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

subyacentes a consideraciones morales, filosóficas, científicas o religiosas que poseen un mayor peso argumentativo a la hora del debate.

Este trabajo está elaborado desde mi práctica feminista. Empata con el desarrollo de las antropologías latinoamericanas, donde la elaboración teórica va de la mano del compromiso con las sociedades estudiadas, por lo que situarse universalmente pasa por indagar en la fisonomía particular (Jimeno, 2005). El feminismo, como señalan Bobbio y Matteucci (1997) en su *Diccionario de Política*, designa tanto un movimiento social y cultural, como un conjunto de teorías en torno a la situación y condición de la mujer, que se reúnen en un proyecto político singular. La práctica feminista opera a tres niveles: el de la vida cotidiana mediante el cual se construyen las identidades; el de la acción colectiva de grupos con fines de transformación e incidencia política; y el nivel de la teoría, el trabajo académico de las feministas comprometidas con la producción de conocimiento. Como propuesta teórica, el feminismo parte de la premisa de la existencia de una relación de poder que coloca a un grupo en situación de subordinación respecto a otro, no obstante las relaciones de poder están ancladas en situaciones coyunturales, específicas y diversas. Lo que caracteriza a las perspectivas teóricas feministas, es su compromiso para terminar con la opresión de las mujeres. (Braidotti 1990; Ciriza, 2002; Tamayo, 2001; Vargas, 2004).

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

Los presupuestos centrales de la perspectiva feminista dentro de la cual me muevo sostienen el género como construcción social y como sistema de representaciones basado en una relación de poder. Distintas autoras que

han acercado conceptualizaciones en torno al género (Rubin (1996): sistema sexo-género; Scott (1997): constitutivo de las relaciones sociales y una forma elemental de relación de poder; De Lauretis (1999): construcción sociocultural y aparato semiótico de modo que la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación; Ortner y Whitehead (1981): elaboraciones culturales en torno a lo femenino y masculino que constituyen un sistema de prestigio a partir de la preeminencia de los varones en la esfera pública) coinciden -de manera amplia- en considerar el género tanto una construcción social implícita en las relaciones sociales como una relación de poder. Al estar en la base de las relaciones sociales, ordena la sexualidad, la reproducción humana, la división sexual del trabajo, o como lo coloca Scott (1997), "el género ordena todas las relaciones sociales".

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

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

En sentido amplio la "teoría de la práctica" (Bourdieu, 1977; Giddens, 1979; Marshall Salhins, 1981; Ortner, 1984, 1996) me ofrece la posibilidad de enmarcar la dialéctica entre la construcción discursiva y las acciones prácticas. La propuesta exige articular los dos abordajes: estudios sobre la construcción de categorías, identidades a través de textos que de una manera u otra son exitosos en imponer acciones y sentidos en los individuos

particulares; y estudios sobre las formas en que la gente actúa, negocia, resiste a determinadas 'formas sociales', considerando los arreglos estructurales que construyen y constriñen su 'agencia' y limitan su poder transformador (Ortner, 1996). Se trata de mantener equilibrios,

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

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

En su dimensión individual, el aborto voluntario puede estar evidenciando una subversión del control del cuerpo, de la reproducción y de la sexualidad; podría estar rompiendo “la mejor fundada de las ilusiones colectivas”. La mujer decide y actúa sobre su propio cuerpo. En esa situación, desde un lugar de subordinación y generalmente en soledad, la mujer toma una decisión que la lleva a ejercer poder sobre la vida misma de una manera dramática. A través de este hecho muchas mujeres se agencian²¹ de sus propias vidas, convirtiéndose por ese acto en sujetos morales con capacidad de decisión; pero ese acto que las empodera carece de legitimidad

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

social. Esto no significa que todos o cualquier aborto voluntario convierta a la mujer en sujeto autónomo, agente. Algunas lo serán, para otras pasar por el aborto será una estrategia de subordinación (Bourdieu, 2000). El aborto voluntario es un hecho social que permite observar la complejidad y amalgama de los niveles, en parte es producto de las relaciones de género, al tiempo que las produce. En este entramado complejo se actualizan a la vez que se producen políticas del cuerpo y de la reproducción, con lo cual volvemos a las 'estructuras objetivas'.

En Uruguay, si bien el aborto es un acontecimiento excepcional en la vida de una mujer, está inscripto en la vida cotidiana, en cercanías que permiten el ocultamiento social. "No hay ninguna 'Muralla China', dice Agnes Heller, entre la actividad cotidiana y la práctica no-cotidiana o el pensamiento no-cotidiano, sino que existen infinitos tipos de transición" (Heller, 1985:59). La vida cotidiana en el sentido que la autora le otorga refiere al conjunto de actividades individuales, caracterizadas por la espontaneidad, actuando sobre la base de la probabilidad y la eficiencia, actividades en buena medida inconscientes, conducentes a mantener la posibilidad permanente de la reproducción social. Por ello, el aborto a pesar de su excepcionalidad está anclado en la vida cotidiana. Las múltiples capas superpuestas están interconectadas, de modo que cada caso concreto condensa en sí toda la complejidad²².

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

"sistemas de disposiciones duraderas y transponibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la

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

obediencia a reglas, (...) colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta” (Bourdieu, 1977:72 y 2007 [1980]:86).

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

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

“diferencias entre los *habitus* de clase y los *habitus* individuales. Nos dice que hay *habitus* de clase porque hay ‘clase(s) de condiciones de existencias y condicionamientos idénticos o semejantes (...) El principio de las diferencias entre los *habitus* individuales reside en la singularidad de las trayectorias sociales, a las cuales corresponden una serie de determinaciones cronológicamente ordenadas e irreductibles las unas a las otras’ (Bourdieu, *Le sens pratique*, pp100-102)” (Corcuff, 2009:21-22).

La perspectiva teórica feminista tiene como condición la posibilidad de cambios y modificaciones profundas. La noción de ‘cambio’ carece de un recorte nítido en las obras de los principales autores de la ‘teoría de la práctica’; más bien supone la existencia de una ‘lazada’ -como la llama Ortner (1996)- en la cual las ‘estructuras’ construyen sujetos y prácticas, y

éstas a su vez reproducen 'estructuras', siendo escaso el espacio para las modificaciones²³. Sherry Ortner (1996) propone sustituir la 'lazada' por la búsqueda del desgaste de la reproducción y de la erosión de los patrones instaurados desde tiempo atrás, junto al alerta para detectar los momentos de desorden y de resistencia explícita, introduciendo la posibilidad de cambios en el esquema de la 'teoría de la práctica'.

Agencia y poder

Este camino requiere de dos conceptos nodales; 'agencia' y 'poder'. Ambos se relacionan con una nueva centralidad del sujeto (ausente en las perspectivas estructuralistas, post-estructuralistas, funcionalistas e incluso marxistas). Más de una teórica feminista desde posiciones postestructuralistas y post modernas abrazó la idea de la deconstrucción del sujeto como acto radical; con elaboraciones teóricas dirigidas a mostrar que el sujeto es solo un efecto ideológico, una posición construida discursivamente (Butler y Scott, 1992). Una reacción frente esta disolución del sujeto pronto se dejó oír en voces de teóricas del feminismo, de las subalternidades y del postcolonialismo/postcolonialidad. Este nuevo sujeto se diferencia de aquella categoría filosófico política creada en la Modernidad, caracterizada como varón racional y libre, donde éstos eran los atributos que le permitían ser cognoscente y autónomo. La Modernidad definió un sujeto abstracto que se correspondía a un tipo especial de sujeto masculino²⁴.

“El punto es que en el universo de experiencia de la Modernidad temprana, la mujer no tenía lugar. La mujer simplemente es lo que no es el varón, es decir ella no es autónoma ni independiente; de igual modo, no es agresiva sino nutricia, no es competitiva sino

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

²⁴ De acuerdo a Irigaray (1974), el constructo 'sujeto' debe comprenderse como exclusivamente masculino, manifestación de la ideología patriarcal que invisibiliza a la mujer. Y acusa tanto a la modernidad como a la postmodernidad de sostener el sesgo sexista.

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

El sujeto moderno es universal. Tomar como válida la universalidad del status de la mujer, nos restringe a pensar en oposiciones constantes entre hombres y mujeres, y a procurar encontrar las mismas definiciones en realidades espacio-temporales diversas. En su proceso de cimentación, la antropología feminista pasó por instancias de universalización de las categorías²⁶; aunque sin dejar enteramente de lado la necesidad de profundizar en las particularidades. Más provechoso resulta abrirnos críticamente a preguntarnos como esas diferencias se elaboran en cada caso a través de las relaciones de género y de sus representaciones. Tempranamente Michelle Rosaldo proponía que "(...) el género no es un hecho unitario [...] sino antes un producto complejo de una variedad de fuerzas sociales" (Rosaldo, 1995), alentando la búsqueda de la complejidad.

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

En la producción antropológica persiste la tensión entre lo universal y lo particular. Las formas estructurantes de organización social, de la percepción y la acción frecuentemente buscan sus fundamentos en los universalismos. Diferenciar entre el "otro generalizado" y el "otro

²⁵ Original en inglés

²⁶ Algunos trabajos incluidos en las pioneras obras editadas por M. Rosaldo y L. Lamphere, *Woman, culture and society*, y por R. Reiter, *Toward an anthropology of women*, son búsquedas en esta dirección como ya se discutió en el capítulo anterior.

concreto” permite avanzar en la discusión. “La universalidad no es el consenso ideal de seres ficcionalmente definidos, sino el proceso concreto en lo político y moral de la lucha de individuos corporeizados, esforzándose por autonomía” (Benhabib, 1992:153)²⁷. En otras palabras, agentes.

Desde la ‘teoría de la práctica’, Anthony Giddens (1979) y Marshall Salhins (1981) presentan una noción de agencia que es tanto producto como productor de la sociedad y de la historia. Pierre Bourdieu (1977, 2010) enfatiza la noción de agente o agencia dejando de lado al sujeto filosófico. Desde otra vertiente teórica, la noción de agencia desarrollada por Amartya Sen (1995), incluye intencionalidad, aspecto éste fundamental de la agencia para Sherry Ortner (1996). La libertad de agencia es “la capacidad de uno mismo para potenciar metas que uno desea potenciar” (Sen, 1995:75). El problema mayor se presenta al intentar develar las formas posibles de agencia de mujeres desarrollando sus propias identidades en un mundo de estructuras hegemónicas masculinas. ¿Cómo desarrollar una agencia propia que no sea el reflejo en negativo del sujeto abstracto/masculino de la Modernidad? ¿Cómo desarrollar una agencia a partir de un sujeto que se busca detrás del espejo?

Reconocer que ser mujer tiene consecuencias políticas en el mundo en que vivimos no conlleva una visión monolítica de la mujer. Asimismo, las relaciones de género no pueden aislarse de otras relaciones de poder que signan la vida en sociedad, diferentes categorías de discriminación social y culturalmente construidas actuando simultáneamente, que contribuyen a una sistemática desigualdad social (clase, raza-etnia, orientación sexual, entre otras). Se entrelazan procesos emancipatorios de los distintos grupos que procuran alcanzar la agencia, contextualizan los derechos humanos como prácticas sociales concretas, de modo que el carácter emancipatorio radica en buena medida en la “igualdad de la libertad” (Sen, 2000:284). Estos procesos, llamados de descolonialidad por algunas teóricas feministas cercanas a las teorías postcoloniales (Benhabib, 1992; Hernández, 2005;

²⁷ Original en inglés.

Mohanty, 2003) son centrales a la práctica democrática, entendiendo a ésta como un sistema de convivencia centrado en el bienestar y desarrollo de las personas en un ámbito de equidad, justicia y reconocimiento. Las feministas postcoloniales han hecho un aporte significativo al mostrar el etnocentrismo que ha caracterizado al feminismo (teórico y político) en nuestros países. El proceso de descolonización o mejor dicho de descolonialidad implica sobre todo prácticas colectivas de auto-reflexión en el proceso de transformación del yo; por lo que incluye transformaciones en la vida cotidiana, donde emociones, memoria y lazos afectivos cumplen un papel central. La descolonialidad tal como lo entiende el feminismo post-colonial lleva a una emancipación crítica de patrones patriarcales, heteronormativos y raciales (Mohanty, 2003). Para el caso uruguayo, esa descolonialidad continúa siendo una utopía.

La dominación masculina en acción

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

En este sentido, he tratado de seguir un recorrido que no considere la división público-privado, ya que ésta sólo tiene sentido en tanto el privado es un recinto incluido en la esfera pública y masculina cuyo poder confina en lo privado aquello que controla: sexualidad, reproducción. La violencia contra las mujeres ha guardado históricamente una estrecha vinculación con el ámbito privado, muchas veces como recurso disciplinario para asegurar la potestad marital. Es por ello que las modificaciones en las relaciones sexuales, íntimas, pertenecientes a la esfera privada y doméstica, tienen alcance público, cambiar las prácticas sexuales dentro de una pareja implica modificaciones en el ejercicio del poder dentro de esa pareja, lo cual traspasa los límites de la pareja para alcanzar las relaciones de género en la sociedad toda (Giddens, 1995). Eso lo sabían muy bien las feministas del Cono Sur que en los años '80 embanderaban el principio "Democracia en el Estado y la casa".

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

2.1.2 El cuerpo socialmente construido

El cuerpo es el territorio, el *locus* donde se lleva a cabo el proceso del aborto. Sostengo que se trata de un ‘cuerpo generizadamente sexuado’, esto es que el sexo adjudicado al cuerpo está cincelado desde el género, por lo tanto es contingente. A la desnaturalización del cuerpo sexuado agrego la influencia determinante de las relaciones de género en su constitución. En el desarrollo de las concepciones científicas sobre el cuerpo sexuado puede rastrearse la noción de género predominante en la sociedad. Basta recordar los escritos de la Edad Media donde la vagina aparece como un falo invertido. Así, cada momento histórico representa la relación de género en la construcción del cuerpo sexuado²⁸. Las conceptualizaciones sobre el cuerpo reafirman la relación de dominación que caracteriza las relaciones de género en la sociedad occidental. La forma de simbolizar, percibir y construir los cuerpos femeninos y masculinos, y especialmente sus órganos sexuales siguen los esquemas contenidos en el *habitus*. Cuentan, siguiendo a Bourdieu (2000) con los apoyos simbólicos privilegiados de aquellos significados y valores que están en concordancia con los principios de la visión falocéntrica del mundo. En un trabajo anterior planteaba que,

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

En la tradición durkheimiana las categorizaciones que rodean y definen al cuerpo son de origen social. Mauss profundiza esta propuesta, advierte que no existe un tipo de conducta natural en relación al cuerpo, por el contrario todo es el resultado de procesos de aprendizaje, incluida la conducta sexual que condensa la moral del momento (Mauss, 1935). El cuerpo está

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

atravesado por significantes culturales y él mismo, a su vez, los construye. Los trabajos de Mauss no fueron retomados sino hasta la década de los '70 en que -probablemente como consecuencia del enfoque dualista preponderante en la Modernidad- la antropología comienza a preocuparse por el cuerpo como objeto de estudio (Lock, 1993). Para la antropóloga británica Mary Douglas (1978) el cuerpo es un símbolo natural que nos provee de una de las más ricas fuentes de metáforas. El control del cuerpo es una expresión del control social. De modo que "el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico" (Douglas 1978:89). Los usos, las prácticas y las representaciones del cuerpo delimitan la pertenencia social, identificando y distinguiendo a los iguales y a 'los otros' en tanto los diferentes. La construcción social del cuerpo sostiene una correspondencia entre lo 'físico' y lo 'moral', ciertas maneras de mover el cuerpo, el porte, el cuidado, expresan la naturaleza de las personas.

Respecto a la construcción política del cuerpo de las mujeres, sin usar estos términos, a ello alude el trabajo de Emily Martin (1987) al mostrar que la imagen corporal de las mujeres norteamericanas están afectadas de una manera u otra por las visiones biomédicas hegemónicas, por lo cual los aspectos reproductivos tienen un lugar central. A pesar de su apariencia abstracta, la narrativa de la ciencia médica está anclada en la forma particular de jerarquía y control social. Hasta fines de los '80 los estudios antropológicos enfatizaron el abordaje del cuerpo como representación, con predominio de enfoques semióticos. En este marco dentro de la etnología francesa se sitúan los estudios de Françoise Héritier (1991a, 1991b), en la producción latinoamericana podemos ubicar los trabajos compilados por Ondina Fachel Leal (1995). Son estudios que privilegian el estudio de las representaciones sin problematizar sobre el cuerpo en sí mismo (Citro, 2004).

Foucault (1988) da cuenta como la idea del cuerpo-carne dio paso a la idea del cuerpo-mente, es decir, de preocuparse por el control de cuerpos de individuos relativamente anónimos pasa a la regulación de la población. Foucault (1986) discute el alcance de la noción de 'biopoder', ligado a las

técnicas de disciplinamiento. A partir de ello, Giorgio Agamben (1997) desagrega analíticamente la 'biopolítica' mediante la oposición de los dos términos griegos que significan la palabra vida: *zoé*, la vida biológica, vida desnuda 'la nuda vida' en términos del autor, y *bíos*, la vida en sociedad, a la que también denomina vida política. La política de lo viviente y política de la vida son las dos fases de la biopolítica. La fusión de ambas estaría comprendida en la biolegitimidad (Fassin, 2004), que no es otra cosa que la tendencia al reconocimiento de la integridad del cuerpo más que a la persona, la prioridad dada a lo viviente por sobre lo moral.

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

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

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

el movimiento, el sujeto entra en comunión con el mundo a través de la acción que ejerce sobre él. La 'voluntad de poder' es el concepto que guía la construcción del sujeto en el mundo³⁰.

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

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

Hablar de corporeidad (*embodiment*) implica considerar el cuerpo como generador de cultura, el cuerpo como campo de percepción y práctica. Thomas Csordas (1993) hace un interesante rescate de la noción de 'práctica'

³⁰ Citro (2009) desarrolla profundamente este abordaje.

³¹ Original en inglés.

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

de Bourdieu en relación a la de 'percepción' de Merleau-Ponty. Señala que la preocupación por el cuerpo trabajada en el dominio de la práctica por Bourdieu es paralela y compatible con el análisis en el dominio de la percepción de Merleau-Ponty. Conjuga la noción de *habitus* en tanto orquestación no consciente de prácticas con la noción de 'pre-objetivo' de Merleau-Ponty la cual sugiere que la corporeidad no necesita restringirse al análisis personal y micro propios de la fenomenología. (Csordas, 1993)

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

2.2 Aproximación etnográfica: prácticas y métodos

2.2.1 Las dificultades de hacer antropología en casa

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

El contacto con ellos no cesaba. A veces yo quería abandonar el campo, pero el campo no me abandonaba. Me llamaba por teléfono una entrevistada en proceso de aborto para compartir sus angustias; me invitaban los ginecólog@s a una reunión social de compañeros de trabajo porque yo ya

había pasado a ser considerada una más. Al hacer ‘antropología en casa’, etnógrafa y ‘nativos’ compartimos procesos sociales, estructuras, devenires históricos cuyas expresiones pueden diferir drásticamente entre una y otros. Sin embargo, esto no permite asegurar en circunstancia alguna una distinción tajante entre nosotros y ellos, casa y terreno, y aún más, tampoco permite asegurar de antemano que aquello registrado corresponda adecuadamente a intereses antropológicos (Faubian, 2009:253). Esto resulta perturbador cuando se leen una y otra vez las notas de campo y nada parece diferenciarlas de una crónica vulgar. En esos momentos es preciso ‘tomar distancia’ para enfrentar lo que yo considero la mayor de las dificultades: romper con el ‘sentido común’.

Al estudiar la propia cultura se hace necesario tomar la postura de un extraño, en otras palabras extrañarse y lograr ser sorprendida (Da Matta, 1999; Madan, 2004) Emily Martin manifiesta que nuestros presupuestos culturales están sólidamente imbricados, de ahí la dificultad para separarlos y poder inspeccionarlos; “.... sintiéndome como un pez en el agua (...) Como antropóloga mi problema era encontrar un punto de apoyo desde el cual poder observar el agua en la cual había vivido toda mi vida” (Martin, 1987:11). Hacer antropología en un ambiente que nos resulta familiar acarrea complicaciones para construir conceptualmente la urdimbre cultural que nos envuelve, sin embargo es preciso “mostrar la manera en que la cultura se trama, se inventa” (Strathern, 1984: 28)³³. Al interpretar la realidad circundante, al observar los comportamientos de los ‘otros’ tan parecidos a los propios, me surgen las mismas preguntas que se hacía Michael Agar, ¿por qué las cosas son así? ¿Cuáles son las relaciones de poder, y cuáles los intereses subyacentes? ¿Tiene idea esta gente de los intereses existentes detrás de sus acciones? ¿Por qué todo parece tan ‘natural/izado’? (Agar, 1980)

³³ Original en inglés.

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

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

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

2.2.2 El trabajo de campo

Realicé trabajo de campo desde 2003 hasta 2008. El haber sido tantos años me permitió observar las prácticas de los ginecólog@s previamente a la difusión del uso abortivo del misoprostol y previo a la promulgación de la Ordenanza 369/04, que incluye la normativa de atención pre y post aborto. Es especialmente interesante observar como dichos cambios operaron en las prácticas concretas y en los sentidos por ellos asignados a las mujeres en situación de aborto, y al papel que a ellos les correspondía.

Dividí en tres instancias el registro de información:

Una primera de observación participante en Hospital de la Mujer y en policlínicas barriales; una segunda consistió en cuestionarios y entrevistas dirigidos a mujeres en situación de aborto o que estaban en la sala de espera

y a ginecólog@s y personal de salud, a lo que se sumó el análisis de publicaciones donde los ginecólog@s exponían su posición respecto al aborto; la tercera, consistió en el relevamiento y análisis de la documentación proveniente de los archivos del Palacio Legislativo correspondiente al tratamiento de los proyectos de ley que legalizaban el aborto.

Observación participante

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

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

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

La observación participante exige mantener el "balance entre el involucramiento empático y la separación disciplinada" (Mead, 1973:248³⁴). Es en la complementariedad del acercamiento y del distanciamiento donde reside la riqueza de la etnografía, pero estos dos movimientos constituyen a su vez una contradicción que debe ser abordada como tesis y antítesis, construcción y deconstrucción que conducen a provisionales síntesis (Citro, 2003:99-100).

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

³⁴ Original en inglés.

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

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

En algunos casos en que la mujer ingresó con aborto incompleto o con alguna complicación, realicé entrevistas a distintos actores involucrados (incluyendo la mujer y los ginecólog@s) a fin de compilar versiones contrastantes de un mismo hecho, narradas por diferentes actores, buscando en parte un efecto Rashomon³⁵. Durante el trabajo de campo acompañé a varias mujeres en su proceso de abortar por lo que en los casos en que alguna de ellas ingresaba con un aborto incompleto o con alguna complicación, no me resultaba dificultoso acceder a ella y sus acompañantes. La estrecha relación a menudo establecida con las informantes, provocaba que en ocasiones mi presencia fuera procurada. Del mismo modo, la familiaridad que tenía con el personal médico como resultado de largos períodos en que acompañé sus rutinas, hacía que mis entrevistas no resultaran intrusivas. Esta

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

técnica al permitirme contrastar las distintas narrativas sobre un mismo hecho da la oportunidad de avanzar en producir conocimiento desde una teoría de la práctica, donde se puede detectar puntos en que se produce la erosión de patrones instaurados (Ortner, 1996).

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

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

En los apuntes del diario de campo quedó trazado el proceso de los encuentros y desencuentros en diferentes contextos y momentos. Constituyeron un primer momento de reflexividad en el sentido bourdiano; esa "exploración sistemática de las 'categorías de pensamientos no pensados que delimitan lo pensable y predeterminan el pensamiento', y que guían la realización práctica del trabajo de investigación" (Bourdieu, 1995). Necesité

realizar un esfuerzo de reflexividad para traspasar mis posiciones previamente asumidas para intentar entender el punto de vista del 'nativo' cuando el nativo era el ginecolog@. Con ellos, mucho más que con las mujeres, sentí que la relación construida me obligaba confrontar horizontes semánticos, entonces confrontación se convirtió en encuentro etnográfico. (Cardoso de Oliveira, 2006:24).

Cuestionarios y entrevistas

En esta investigación procuro encontrar los elementos 'reales' por detrás de las prácticas y discursos sobre el aborto. Por reales me refiero a aquello que pueda estar subyacente, de lo cual los individuos tal vez no tengan plena conciencia (aquello que está detrás de la pantalla). Con este marco investigativo la información relevada por cuestionarios y entrevistas solo es válida en la medida en que se complementa con el trabajo de campo. Claudia Fonseca (1999) alerta sobre la necesidad de realizar el 'encuadre', y por eso se refiere a analizar las interacciones y los sujetos involucrados en los diálogos de manera contextualizada. El texto (material de cuestionarios y entrevistas) adquiere sentido solo en la relación con el contexto.

a. Relevamiento de información entre mujeres

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

situación(es) de aborto, relevando información sobre el proceso de toma de decisión, el itinerario para realizarlo, las vivencias a lo largo del proceso.

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

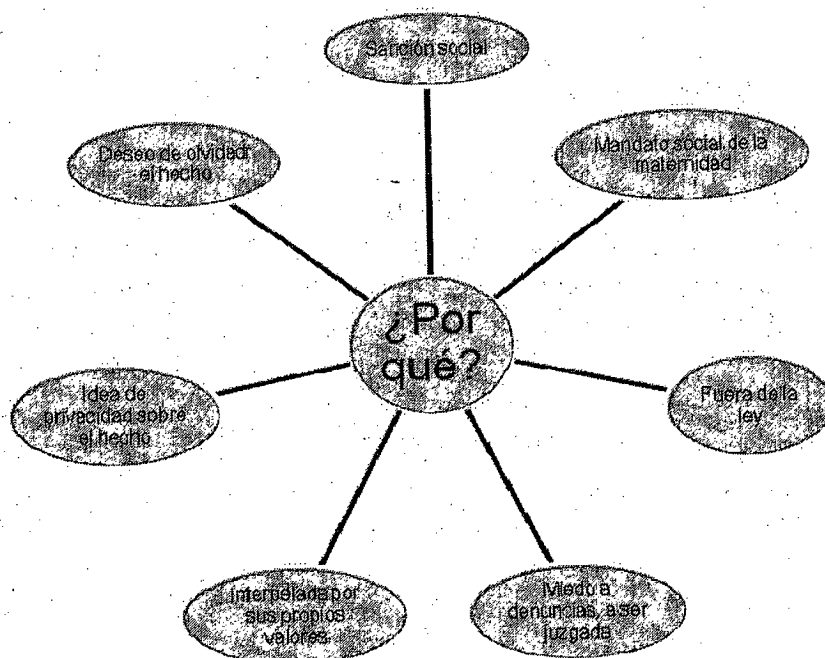
- Cuestionarios. Apliqué dos tipos de cuestionarios. Uno de ellos breve que cumplió varios objetivos, además de proporcionar cierta información; permitió abrir un diálogo con las mujeres y contrastar la información brindada por ellas con la que luego me darían los ginecólogos. Lo apliqué en las salas de espera de la Policlínica de Asesoramiento del Hospital de la Mujer y en las tres policlínicas periféricas ubicadas en zonas de asentamientos. Fueron encuestadas 18 mujeres en el primer caso y 12 en una de las policlínicas; 13 y 18; 53 y 39 en las otras dos, en ambas fui en dos oportunidades con año y medio de intervalo entre ambas visitas. La información obtenida de los cuestionarios cubren un período de va del 2004 al 2007.

El otro cuestionario fue aplicado en dos policlínicas barriales en el marco del proyecto RUDA/IPPF, en el cual participé. Fue aplicado a 87 mujeres de sectores populares, se trata de un cuestionario extenso cuya finalidad era obtener información sobre los embarazos no esperados y sobre los abortos efectuados.

- Realización de dibujos o representaciones gráficas sobre su cuerpo por parte de las mujeres para detectar la manera en que *lo construyen*, con la idea que la presentación gráfica facilita la representación de la experiencia corporal. Esta técnica, utilizada por Ceres Victora (1996) se ha mostrado adecuada para indagar en la visión de las mujeres sobre su propio cuerpo,

apareciendo por lo general la representación del mismo desde la experiencia vivida, quedando el cuerpo "biomédico" a cierta distancia. El análisis de las representaciones gráficas me permitió acercarme a la vivencia corporal de las mujeres.

La suma de técnicas utilizadas me permitieron indagar más profundamente en los por qué y cómo de sus abortos, con la plena conciencia que estaba entrando en el terreno de *lo oculto*. Hay una suma de aspectos sociales y personales que dificultan la obtención de información. En el siguiente diagrama expongo esquemáticamente los aspectos involucrados que dificultan acceder a la información.



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

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

Técnica utilizada	Información obtenida
Cuestionario simple	Respuestas racionales, lo “esperado” o lo “correcto” (Ej. siempre uso MAC, no entiende como quedó embarazada)
Cuestionarios más amplios, combinados con conversación y búsqueda de ‘rapport’. Mayor número de preguntas abiertas para recuperar sus expresiones.	Cierta resolución de las incongruencias, introducción de respuestas ‘emocionales’. (2 embarazos no planificados, un hijo, ‘perdí’ un embarazo)
Entrevistas pautadas, con amplitud de respuestas, donde se le permite a la mujer explayarse donde quiera.	Relatos donde las incongruencias toman cierto sentido.
Entrevistas, generalmente varias sesiones, enmarcadas en la confianza y empatía. Las preguntas obligan a la mujer a cierta objetivación de su situación.	Relatos que se mantienen dentro de lo que la mujer puede ‘aceptar’ por sí misma, pero que proporcionan una gran información, pueden llegar a ser catárticos.
Presentaciones gráficas de su cuerpo (mujeres que abortaron o en situación de aborto)	Expresión de su experiencia y situación desde una lógica distinta a la verbal

b. Relevamiento de información entre ginecólog@s

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

“Ginecotología es una especialidad médico-quirúrgica encargada de la asistencia integral de la niña, adolescente y mujer adulta, atendiendo especialmente todas las etapas del período reproductivo (concepción, embarazo, parto y puerperio) así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías agudas y crónicas genito-mamarias”³⁶.

- Entrevistas individuales a ginecólog@s. Entrevisté 17 ginecólog@s de manera individual, siete mujeres y diez varones. En el anexo se presenta la lista con las características de cada uno de ellos.

Tomé como criterio de selección de los ginecólog@s el cubrir una gama amplia en cuanto a edades, sexo, lugar de trabajo (Salud Pública, IAMC, Universidad, práctica privada), nivel de atención (policlínica de atención primaria u hospital), postura frente al aborto (favorable o contrario a su legalización), y su relación con Iniciativas Sanitarias, a fin de obtener una muestra teóricamente consistente. Fueron contactados a través de la relación directa que mantuve con algunos de ellos durante el trabajo de campo; y otros por medio de la técnica de bola de nieve a partir de los ginecólog@s ya contactados.

Las entrevistas individuales con ginecólog@s con quienes compartí mi trabajo de campo tenían la ventaja que ya había allanado el terreno de confianza. Las entrevistas realizadas a ginecólogos a quienes no conocía, insumieron más de una sesión, lo que permitió construir un clima de confianza.

-Entrevistas colectivas. Se realizaron solo con ginecólog@s que trabajaban en el HM. Fueron breves por los inconvenientes para coordinar horarios ya que el régimen de trabajo (guardias de 24 horas unidas al multiempleo) las dificultaba. Hubo otras que resultaron de aprovechar el

³⁶ Tomado del Programa de Formación de Especialistas en Ginecotología, Facultad de Medicina (UDELAR) <http://www.egradu.hc.edu.uy/indexPrinc.htm>

tiempo de descanso en la cafetería (cuya duración dependía del estado de las pacientes) o momentos tranquilos en el cuarto médico. En cada caso giraron en torno a un tema definido, por ejemplo, la discusión sobre el uso del AMEU en los abortos incompletos, uso del misoprostol, entre otros. En todos los casos fueron grabadas.

-Cuestionarios autoadministrados a efectores de salud de policlínicas barriales donde se había implementado la Ordenanza 369/04 de Asesoramiento pre y post aborto. Hubo 84 respuestas, 59 correspondieron a mujeres y 25 a varones, realizados en 2006. Fueron respondidos por ginecólogos, parteras, nurses, enfermeras, asistentes sociales y psicólogos/as. El propósito del cuestionario autoadministrado fue obtener información sobre sus conocimientos respecto a los abortos, técnicas utilizadas por las mujeres; conocimiento sobre la situación legal; así como recuperar información general sobre la salud reproductiva.

- Cuestionario dirigido a 29 ginecolog@s, todos ellos respondidos voluntariamente y de manera anónima, realizado en 2005. La muestra estuvo constituida por 19 varones y 10 mujeres, entre 35 y 70 años. Excepto dos mujeres (una de 39 y otra de 49 años), todos ellos con hijos. En cuanto a las preferencias religiosas, los practicantes eran 6 y pertenecían a las iglesias Católica, Protestante y Judía. Variaban las inserciones laborales, entre Salud Pública, IAMCs, privado, la Universidad, y todas las posibles combinaciones entre ellas. El propósito del cuestionario fue obtener información sobre sus conocimientos respecto a las modalidades en que las mujeres abortan, a las técnicas utilizadas, aspectos legales y médico-legales; su posición frente a la legalización del aborto, a los derechos de las mujeres, y también sobre anticoncepción, incluyendo la ligadura tubaria.

- Artículos de ginecolog@s extraídos de publicaciones médicas escritos por integrantes de Iniciativas Sanitarias.

Análisis de discursos

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

Completé con el material de las Actas de las Sesiones de ambas cámaras en que se trató el proyecto de ley en ambos períodos legislativos.

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

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

2.3 *Investigación antropológica, Comité de Ética y “consentimiento informado”*

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

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

³⁷ Original en portugués

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

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

La aplicación de los criterios de las investigaciones biomédicas a toda investigación me recuerda las discusiones sobre si existe un único método científico siendo la física su modelo, o si por el contrario las ciencias sociales o humanas tienen un carácter diferente de las ciencias de la naturaleza. Adhiero a las posiciones que sostienen que las ciencias sociales comparten la rigurosidad metodológica con las ciencias naturales, pero tienen un carácter diferente, por lo que sus métodos no son comparables. La extrapolación de la ética de la investigación en el dominio biomédico a todo tipo de conocimiento presenta varios problemas de diversa índole. El más importante estimo que es la confusión de “investigar en seres humanos” con “investigar con seres humanos”. Esta última es la manera que la antropología se relaciona con sus

sujetos de la investigación. El primer caso implica una intervención en la persona donde los seres humanos son ubicados en situación de cobayos. Mientras que la investigación con seres humanos, ubica a las personas como actores, sujetos de la interlocución (Oliveira, 2004). El trabajo de campo es ante todo una relación intersubjetiva.

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

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

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

Tanto con las mujeres como con los ginecólog@s me preocupé en preservar su anonimato y privacidad.

Parte 2

EL ABORTO EN URUGUAY

CAPITULO 3

PANORAMA LEGAL Y SANITARIO DEL ABORTO EN URUGUAY

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

3.1 Situación legal del aborto en Uruguay

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

El aborto es delito y está penalizado por Ley N° 9.763 del 28 de enero de 1938³⁸. La misma ley presenta atenuantes y eximentes a la pena siempre y cuando el aborto haya sido realizado por un médico con consentimiento de la mujer, dentro de las primeras 12 semanas por una de las siguientes causales: peligro para la salud o vida de la mujer; embarazo consecuencia de una violación; penuria económica; honor.

³⁸ Texto completo en el anexo

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

Para poder aplicar los atenuantes y eximentes a la pena, la Ley del '38 exige que el aborto sea realizado por médicos y con el consentimiento de la mujer. Inmediatamente de promulgada la ley que re criminaliza el aborto, se suceden actos administrativos (Ordenanza 179 y decretos complementarios) que constituyen una secuencia de normas que pueden interpretarse como ‘un diálogo’ entre la práctica permisiva y generalizada del aborto y la tendencia reguladora de disciplinamiento y medicalización (Sanseviero, 2008:137). Esos actos administrativos especifican el papel central de los médicos en la realización de abortos, los plazos y las causales. Les queda explícitamente prohibido a las parteras realizar abortos. Asimismo definen el carácter obligatorio de la denuncia epidemiológica junto a la confidencialidad sobre la identidad de la mujer. El análisis de los actos de gobierno inmediatamente posteriores a la promulgación de la ley permiten pensar que la consideración del aborto voluntario como delito constituye un mecanismo de disciplinamiento de la población a través del control de su práctica, más que la confirmación del repudio hacia el acto de abortar.

Con el avance del siglo XX, especialmente hacia la segunda mitad, se agudizaron las restricciones al aborto, volviéndose más secreta su práctica. Las denuncias de los abortos migraron del campo epidemiológico hacia el penal, dejándose de lado la confidencialidad respecto a la identidad de las mujeres. La Ordenanza 5/91 promulgada por el Ministerio de Salud Pública en 1991, incluye algunos requisitos contrapuestos a lo establecido por la Ley 9.763, entre ellos la inclusión del “nombre y apellido de la paciente, edad, nacionalidad, profesión y estado civil.” Consecuentemente, en los '90 se volvió frecuente que los médicos denunciasen mujeres que acudían a los servicios hospitalarios con complicaciones post-aborto (Rostagnol, 2003; Sanseviero, 2003), aunque difícilmente esto tuviera consecuencias judiciales. El contexto cultural uruguayo ha sido siempre de ‘condena, tolerancia y negación’ para las prácticas del aborto voluntario³⁹. El aborto es un delito incluido en el Código Penal Uruguayo, lo cual da cuenta de la condena social a la aceptación abierta y explícita de su práctica. Sin embargo lo difundida de la misma da cuenta de la tolerancia hacia el aborto siempre y cuando éste se realice silenciosamente, lo que hace posible ‘negar’ su existencia como problema social. Ese es el contexto en que tienen lugar los sucesivos debates parlamentarios sobre proyectos de ley que incluyen la legalización del aborto.

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

1) 1978 - 79. Iniciativa de legalización emanada, en plena dictadura, desde la Jefatura de Policía de Montevideo. Se crea por iniciativa del Ministro del Interior de la época una Comisión integrada por miembros de los Ministerios de Justicia e Interior que elabora un proyecto muy articulado estableciendo el aborto “por voluntad de la mujer dentro de las primeras 12

³⁹ Esta es la tesis desarrollada por Sanseviero en “Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay”.

semanas de gestación". Las jerarquías militares discuten el proyecto y lo descartan.

II) 1984 - 85. Período de fin de la dictadura cívico-militar y retorno a la vida democrática. Las organizaciones de mujeres presentan ante la Concertación Nacional Programática (instancia integrada por representantes político-partidarios y de la sociedad civil organizada que articula un programa mínimo de acuerdos a la salida de la dictadura) el tema del aborto para ser discutido. Por el funcionamiento consensual de esa instancia el tema no es aceptado.

III) 1985. Primer iniciativa parlamentaria post-dictadura para volver a la despenalización de 1934 presentada por diputados del Partido Colorado: no prospera el debate sobre el tema.

IV) 1993 - 94. Proyecto de Ley de "Regulación de la voluntaria interrupción de la gravidez" (presentado por el diputado del Frente Amplio Rafael Sanseviero, elaborado en colaboración con la abogada feminista Graciela Dufau). Establece el "derecho de toda mujer a decidir sobre la interrupción de la gravidez dentro de las 12 semanas" y a poder acceder a abortos más allá de ese lapso en caso de existir causales de salud u otras. Al tiempo que se consagra el derecho a la objeción de conciencia por parte de los médicos, establece que los servicios de salud están obligados a contar en su plantilla con profesionales dispuestos a brindar el servicio de aborto. El proceso de elaboración del proyecto de ley contó con varias instancias de discusión con grupos feministas; así como con importantes acuerdos interpartidarios de modo que es presentado con firmas de representantes de todos los partidos políticos. Es aprobado por unanimidad en la Comisión de Bioética de la Cámara de Diputados pero no llega a discutirse en el plenario de la Cámara.

V) 1998 Se presenta el mismo proyecto de 1993 con leves modificaciones en la exposición de motivos. Es presentado por el Frente Amplio, no prospera su discusión parlamentaria.

VI) 2002-2004. En 2001 un aumento en las muertes de gestantes por complicaciones post-aborto, llevó a parte de la comunidad médica -reunida en Iniciativas Sanitarias- a la búsqueda de alternativas que permitieran disminuir la mortalidad. El problema en sí mismo, conjuntamente con la presión social hace reaccionar a la Bancada Femenina⁴⁰ que desarchiva el anterior proyecto de ley. Esta bancada desempeñó un rol protagónico en la presentación del proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva que recoge los contenidos y la articulación del proyecto de 1993-94, al que incorpora la educación sexual en la enseñanza formal y garantía de acceso a métodos anticonceptivos. Es aprobado en diciembre de 2002 por la Cámara de Diputados. Un año y medio después el Senado vota en contra de su promulgación (17 a 13 votos), esgrimiendo algunos legisladores la falta de oportunidad política para votar a favor ya que se trataba de un año electoral. Es destacable el papel desempeñado por la Coordinadora Nacional de Organizaciones por la Defensa de la Salud Reproductiva que, liderada por organizaciones feministas, logró una base amplia y plural de apoyo durante los dos años que duró la discusión legislativa.

Contemporáneamente a la discusión parlamentaria, la preocupación de los médicos reunidos en Iniciativas Sanitarias se concretó en la elaboración de una Normativa de Atención Pre y Post Aborto, la cual contó con el apoyo de toda la corporación médica⁴¹. Esta acción tuvo tres consecuencias en los años siguientes: la primera, colocó a los médicos como un actor clave en las demandas por la legalización del aborto; la segunda, permitió que se desarrollaran políticas públicas que atendieran el “aborto inseguro”, tensando la ley vigente; la tercera, y como consecuencia de lo anterior, habilitó hablar del aborto en los ámbitos cotidianos, es decir, que después de años dominados por una fuerte violencia institucional hacia las mujeres en

⁴⁰ La Bancada Femenina está conformada por todas las mujeres legisladoras de ambas cámaras, titulares y suplentes de los distintos partidos políticos con representación parlamentaria. Por más información, <http://www.parlamento.gub.uy/parlamenta/bbf.html>.

⁴¹ Facultad de Medicina (Universidad de la República), Sindicato Médico del Uruguay, Sociedad de Ginecología del Uruguay.

situación de aborto, éstas podían manifestarle a su ginecólogo su intención de abortar sin que tuviera consecuencias legales negativas para ella.

En el 2004, una vez fracasado el intento de legalización del aborto, el Ministerio de Salud Pública aprueba la Normativa de Atención Pre y Post Aborto a través de la Ordenanza 369/04⁴², queda fuera la instancia específica del aborto. Resulta significativa la manera como desde el gobierno se opera respecto al aborto, luego de reafirmada su penalización (al haber votado el Senado en contra del proyecto de ley en el mes de mayo) se implementa (en agosto) una normativa desde el MSP que ayuda a las mujeres a abortar en mejores condiciones y que promueve la confidencialidad hacia la usuaria.

VII) 2007-2008. A mediados de 2007 nuevamente es presentado para su discusión en el Senado un proyecto de ley que incluye la despenalización del aborto con muy pocos cambios respecto al que votó negativamente el Senado en 2004. Importa realizar un repaso en relación a la aplicación de las leyes y normativas vigentes a fin de valorar las discusiones. Prácticamente sólo se han realizado procesamientos con prisión por el delito de aborto cuando se produce la muerte de la mujer. De acuerdo a la información presentada por Sanseviero (2003) entre 1989 y 1997 hubo un promedio de 13,7 procesamientos por año por delito de aborto. En 2000 y 2001 el promedio asciende a 16. Entre enero 2004 y junio 2006 para 16 de los 19 departamentos (incluyendo Montevideo), el promedio anual es de 14 personas procesadas por delito de aborto. La información recabada muestra que los procesamientos corresponden a 0,04% de los abortos ocurridos de acuerdo a la estimación de 33.000 abortos anuales (Sanseviero, 2008:181-182). Esto pone en evidencia que se trata de una práctica extendida y tolerada. Sin embargo, es preciso señalar que son casi nulos los abortos realizados dentro de los eximentes y atenuantes que establece la ley. Hasta el 2007 se había registrado un solo caso de aborto 'por causal social' (Sanseviero, 2008), son

⁴²Texto completo en el anexo

más comunes los casos por causal de violación, especialmente cuando se trata de menores de edad. Sin embargo en el trabajo de campo entré en contacto con una adolescente violada con la correspondiente denuncia policial realizada, a quien en la consulta en el Servicio de Asesoramiento en Salud Sexual del CHPR (donde se implementaba la Ordenanza 369/04, de asesoramiento pre y post aborto) el ginecólogo le propuso realizarse el aborto de manera clandestina porque el camino burocrático era muy largo. Esto muestra que hasta los ginecólogos más comprometidos en la defensa del derecho de las mujeres respecto a la interrupción de un embarazo, evitaban el camino de aplicación de la ley, aún cuando claramente estuviera dentro de los parámetros que eximen de pena. Deja también en evidencia el peso de las burocracias institucionales. Existe una Comisión⁴³ en el Ministerio de Salud Pública abocada a laudarse sobre estos casos, la cual se ha caracterizado por la lentitud en el tratamiento de los mismos.

Esto da cuenta que la ley discutida una y otra vez en el Parlamento es una “ley en desuso”, según expresión del jurista Miguel Langon (1979:26). Este aspecto introduce un campo de interrogantes sobre cuál es el verdadero tema en discusión, ya que resulta por demás asombroso la ausencia de menciones al incumplimiento de la ley que penaliza el aborto. Esto tuvo su punto más alto en 2007 cuando el procesamiento sin prisión de una mujer como resultado de la denuncia de un médico, motivó que un grupo autodenominado “Nosotros y nosotras también” llevara adelante una campaña de autoinculpación del delito de aborto⁴⁴ que en un mes contó con 9000 firmas incluyendo varios ministros, ministras y legisladores entre otras personalidades⁴⁵. Como respuesta a la presión ejercida por esa movilización pública, el Sindicato Médico del Uruguay realiza una declaración que opera

⁴³ En 1991 se crea la Comisión de Lucha Contra el Aborto Criminal, cuyo cometido es recibir las comunicaciones de los médicos que realizan abortos o asistan a las complicaciones de los mismos; en 2005 se transforma en Comisión Asesora sobre Interrupción de la Gestación, aunque no parece haber habido modificaciones en su accionar.

⁴⁴ En el anexo está la nota de autoinculpación

⁴⁵ El registro de firmas se llevó a cabo a través de internet. <http://despenalizar.blogspot.com/>

como respuesta a la práctica del médico cuya denuncia provocó el procesamiento a la mujer. En esa declaración se reafirma que “el secreto médico no es una opción, sino una obligación para los médicos y el equipo de salud”⁴⁶, con lo cual queda garantizada la confidencialidad para con la mujer en situación de aborto.

La presión social resultante del movimiento de autoinculpación hizo que el Senado tratase el proyecto de ley que desde hacía un año estaba a consideración sin haber avanzado hasta ese momento. La sociedad civil había ampliado su base. Grupos feministas compartieron con grupos de jóvenes y de derechos humanos, y -aunque desde otro lugar- con la corporación médica las actividades de *advocacy*. Las encuestas de opinión daban entonces un 63% de la población favorable a la aprobación del proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva⁴⁷.

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

⁴⁶ <http://despenalizar.blogspot.com/2007/06/defienden-secreto-profesional-mdico.html>

⁴⁷ Según una encuesta continua que abarca más de una década se estableció que la opinión pública está estabilizada en una relación 7 a 3 o en el peor momento 6 a 4 a favor de la despenalización del aborto. (Sanseviero, 2008)

3.2. Magnitud

La primer estimación sobre una base empírica acerca de la magnitud del aborto en Uruguay ubica el número en 33.000 abortos voluntarios anuales como base para el año 2001 (Sanseviero, 2003). Las características sanitarias de Uruguay no permitieron la aplicación del modelo desarrollado por la AGI (Alan Guttmacher Institute) para Brasil, Perú y otros países de la región. Algunas de estas características derivan tanto del tamaño y la geografía del país, pero sobre todo de sus especificidades sanitarias. En Uruguay el parto está institucionalizado desde mediados del siglo XX, existen altos estándares sanitarios (vacuna universal y obligatoria, amplio acceso a agua potable, extensa red de saneamiento).

A diferencia de otros países de la región, en Uruguay no se realizan de manera periódica la Encuesta Mundial de Fecundidad, las Encuestas de Prevalencia de Uso de anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud probablemente porque la temprana transición demográfica con los bajos índices de natalidad llevaron a pensar que Uruguay carecía de problemas demográficos. Estas encuestas han estado tradicionalmente asociadas a políticas de control de la natalidad. Se realizó una Primer Encuesta Nacional de Fecundidad en 1983-1988; y recién 20 años después, en 2005 bajo el liderazgo de UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas)⁴⁸ se vuelve a abordar el tema con la Encuesta Género y Generaciones.

La información estadística oficial sobre salud reproductiva no es consistente debido al uso de criterios distintos en el registro de la información. El Ministerio de Salud Pública registra los egresos hospitalarios relacionados al embarazo, parto y puerperio en los hospitales del interior del país según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); utiliza un

⁴⁸ Proyecto Género y Generaciones, reproducción biológica y social de la población uruguaya. Encuesta Nacional Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. UNFPA. <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones.htm>>

criterio distinto para el registro en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que alberga al Hospital de la Mujer, donde se produce aproximadamente un cuarto de los partos del país. Como resultado de ello, la información estadística de acceso público es parcial dada la incompatibilidad de los registros.

El modelo elaborado para la estimación de abortos voluntarios en Sansevierio (2003) se basó en información secundaria oficial proveniente del Ministerio de Salud Pública y en información de primera mano proveniente de los registros de clínicas clandestinas a las que se tuvo acceso. La cifra de 33.000 abortos por año implica una razón de abortos (proporción del número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos) de 38.5%. Esto significa que aproximadamente cada 10 concepciones, 3 terminan en aborto.

3.3 El aborto desde el ámbito de la salud:

Algunas características del comportamiento reproductivo

Uruguay se caracteriza por tener un bajo número de nacimientos, está próximo a los 50.000 anuales. Para el período 2003 - 2006 se observa un lento pero persistente descenso correspondiente a más de 3.000 casos (MSP, 2007). Consecuentemente, la tasa global de fecundidad (TGf) es baja, desciende a partir del 2002 pasando de 2.22 a 2.04 en el año 2005. En 2004, y por primera vez en la historia de nuestro país, se alcanzaron niveles que comprometen el reemplazo de la población. El comportamiento reproductivo lejos de ser homogéneo, presenta diferencias significativas por edad y sector socioeconómico. En las últimas décadas ha venido aumentando de manera sostenida la fecundidad en la adolescencia en los sectores de menores ingresos. Montevideo concentra la mayoría de los nacimientos (38.7%). La tasa de cobertura de atención prenatal es elevada (94%). Alcanza a 94% el porcentaje de partos institucionalizados, siendo casi el 100% atendidos por

personal calificado, de acuerdo a las Estadísticas de Género (Instituto Nacional de Estadísticas-Instituto Nacional de las Mujeres).

En cuanto a la mortalidad de gestantes, se observa una reducción de la tasa en los últimos años (en 2001 la tasa era de 36.6 cada 100.000 niños nacidos vivos, mientras que en 2004 es de 18.0). Prefiero utilizar el término 'mortalidad de gestantes' y no mortalidad materna, ya que la maternidad implica no solo un hecho biológico, sino también social y psicológico, a diferencia del término 'gestante'. En el caso de mujeres que mueren por complicaciones post-aborto, es decir por su radical decisión de no ser madres, ciertamente no parece adecuado considerarla muerta materna.

Cobertura y sistema de salud

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

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

sector público y privado, resultando como observa Constanza Moreira (1999) en un subsidio cada vez mayor al sistema mutual por parte del Estado. Esto se implementó a través del servicio de seguridad social que descontaba un porcentaje del sueldo a empleados y patronos, mediante el cual todos los trabajadores formales tenían cobertura mutual. En la década del '80 aparece un nuevo gestor de salud: los seguros parciales de asistencia. En un primer momento cubren las necesidades de asistencia de emergencia móvil, aspecto que había permanecido descuidado tanto por el sistema mutual como por el público. Esta nueva modalidad de atención privada ya no corresponde a los cánones del sector 'privado-social' representado por el mutualismo. Con el tiempo, fueron ampliando sus servicios alcanzando una cobertura muy amplia, más costosa que la mutual, quedando fuera del sistema de seguridad social.

En diciembre 2007 el Parlamento aprueba la implementación del SNIS, Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 18,211). Este se propone dar carácter universal al acceso a la salud -en contraposición a las medidas neoliberales que caracterizaron la década de los '90-, para lo cual pretende quebrar el vínculo entre el pago del servicio y su recepción, e igualar la calidad del servicio del sector público y el privado. El proceso de implementación es necesariamente lento. En agosto del 2007 se crea por ley el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual reúne todos los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores (activos y pasivos) y menores de 18 años a los mecanismos centrales de la seguridad social. Cada persona elige entonces la mutualista o el servicio público donde atenderse. Actualmente coexiste el SNIS que incluye servicios públicos y mutuales; y las instituciones privadas asociadas a seguros de salud.

Políticas públicas en salud sexual y reproductiva

En las dos últimas décadas ha habido una serie de políticas, planes y programas focalizados en la salud sexual y reproductiva. Entre los más

importantes por su extensión temporal se encuentra el PAIM (Programa de Atención Integral a la Mujer) instrumentado en 1996 por la Intendencia Municipal de Montevideo, vigente hasta el 2009, incluía acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) al costo. Otro, también implementado en 1996 por el Ministerio de Salud Pública consistía en un proyecto de fortalecimiento institucional "Incorporación de un programa de salud reproductiva en el área materno-infantil con énfasis en la población de necesidades básicas insatisfechas. Maternidad-Paternidad elegida". Apenas duró tres años. En un trabajo previo (Rostagnol, 2001) en el cual analizaba las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, señalé que algunas de ellas bajo el rótulo de programas de salud reproductiva, solo habían realizado un cambio terminológico, ya que en sustancia, los programas continuaban siendo de planificación de la natalidad. Hay en ello una fuerte influencia de las agendas internacionales post conferencias de El Cairo y Beijing⁴⁹, cuyos contenidos no habían sido totalmente asimilados por quienes estaban al frente de los organismos. Acompañaba esos procesos, una intensa negociación y *advocacy* por parte de algunas organizaciones feministas.

A partir de 2005 con la consolidación del Programa Nacional de Mujer y Género en el Ministerio de Salud Pública, comenzaron a llevarse a cabo diversas acciones tendientes a atender a la salud reproductiva de las mujeres. Entre ellas universalizar el acceso a los MAC, incluida la anticoncepción de emergencia. En la implementación de los programas ha sido muy significativo el apoyo de Naciones Unidas.

Especialmente importante en este estudio es la Ordenanza 369/04 del Ministerio de Salud Pública y su relación con Iniciativas Sanitarias. Durante el último decenio la muerte de gestantes por aborto voluntario alcanzó 27% del total, lo que la ubica en el primer lugar como causa aislada de mortalidad de gestantes (Briozzo, 2003; Briozzo *et al.*, 2002). El significado de esta

⁴⁹ Conferencia de Naciones Unidas de Población y Desarrollo (Cairo '94) y Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing '95)

situación debe considerarse en el contexto de un país que dispone de un sistema de atención sanitario con buena cobertura de atención materno fetal y perinatal, por lo que las tasas de mortalidad son bajas; aunque con omisión de normativas de atención post-aborto. El incremento de las muertes producidas por complicaciones post-aborto en 2001 -“una de cada dos mujeres que mueren en el CHPR lo hace por las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo” (Briozzo *et al.*, 2007:21)- hace reaccionar a un grupo de profesionales de la salud ligados a las Clínicas de Ginecotología (Facultad de Medicina, UDELAR) ubicadas en el CHPR. Emprenden la búsqueda de “reducción de riesgo y daño del aborto”, formando lo que pasó a denominarse Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, y luego simplemente Iniciativas Sanitarias (IS), la cual con transcurso del tiempo se consolidó como ONG. Pocos meses después de formada IS, su inquietud se concretó en la Normativa de Atención Sanitaria “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, presentada con el respaldo de la Sociedad de Ginecotología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina (UDELAR) al Ministerio de Salud Pública en abril del 2002. Este recién la desarchiva y convierte en la Ordenanza 369/04⁵⁰ en agosto de 2004, exactamente tres meses después que el Senado votara negativamente el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva. Previamente la Normativa de atención pre y post aborto se aplicaba tímidamente en las policlínicas de ginecología del Hospital de la Mujer (CHPR) desde mayo 2003 por parte de quienes la habían impulsado, es decir Iniciativas Sanitarias (IS). La Normativa no estaba aprobada, pero tampoco prohibida. A partir de agosto 2004 en que el MSP la aprueba como ordenanza, desde IS se toman medidas para extender su implementación con el respaldo de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia).

Esta Ordenanza establece una normativa de atención pre y post-aborto. Si bien, los objetivos de la consulta inicial (pre-aborto) son:

⁵⁰ Por el texto, ver anexo.

1. Preservar y controlar el embarazo.
2. Informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño.
3. Analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de someterse a un aborto provocado⁵¹.

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

El Ministerio de Salud Pública no llevó a cabo acciones tendientes a implementar la aplicación de la Ordenanza de manera generalizada, así como tampoco a promover su implementación en las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC); tampoco implementó sanciones para quienes no la aplicase. De modo que quedaba en manos de los ginecólog@s y administradores de la salud implementarla en sus consultorios y servicios. Actualmente la normativa está integrada a la Ley N° 18.426⁵² de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva⁵³, ley de la cual el Presidente Vázquez vetó los artículos correspondientes a la legalización del aborto en 2008. En tanto incluida en la Ley, en enero de 2011 se aprueba su aplicación en todo el territorio nacional, por lo tanto mientras realicé el trabajo de campo la ordenanza no estaba a integrada a ley alguna.

Procedimientos para interrumpir embarazos

Un aborto es siempre la interrupción de un embarazo. Tradicionalmente las mujeres han seguido diversos métodos (Borges *et al.*, 1989; Pedro, 2003). En su análisis sobre los procedimientos para interrumpir un embarazo -en base a la información de clínicas clandestinas, ginecólog@s y mujeres que habían transitado por el aborto- Sanseviero (2003) concluye que un 81% de los abortos se llevaban a cabo mediante procedimientos -si bien

⁵¹ La Normativa puede consultarse en Briozzo (ed), 2007, pp.36-39.

⁵² Por el texto completo de la ley, ver anexo

⁵³ En el artículo 4, incluye: "Implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo".

clandestinos- 'medicalizados', es decir, realizados por profesionales de la salud, ya fuesen médicos/as, parteras⁵⁴, enfermeras. Las técnicas más utilizadas eran AMEU, dilatación y curetaje, siendo menor el uso de sondas, y en algún caso laminarias. Algunos de ellos actuaban en clínicas bien equipadas, mientras que otros en clínicas rudimentarias o improvisadas. Los abortos en ellas practicados tenían ciertas 'garantías' en cuanto a higiene, sin embargo en todos los casos las carencias eran múltiples (ausencia de anestesia, rara vez a la mujer se le realizaba un análisis de sangre previo a la intervención, no se consideraba su historia clínica). El 19% de los abortos restantes eran realizados según los diversos saberes populares y/o recurriendo a 'entendidas'. Las técnicas más utilizadas por las entendidas era con la sonda, aunque había una gama amplia, con frecuencia combinando diversos procedimientos. Entre los saberes populares, los más comunes eran la ingesta de infusiones de distintas plantas, siendo ruda (*Ruta Chalepensis*) una de las más comunes. También era frecuente la introducción de objetos punzantes para "pinchar el huevo" (agujas de tejer, tallos de perejil). A partir de 2004 se extiende en todo el país el uso abortivo del misoprostol (previamente era conocido solamente en la zona fronteriza con Brasil). A igual que en otros países de la región al conocerse el uso abortivo del misoprostol, se popularizó su uso por el 'boca a boca', desde algunos profesionales de la salud, y desde grupos activistas por la legalización del aborto (Ariha y Barbosa, 1993; Gutiérrez *et al.*, 2006; Guillaume y Lerner, 2006; González Velez, 2008;).

El misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E1, desarrollada por GD Searly y Compañía en la década de los '70 para el tratamiento de ciertos tipos de úlceras duodenales y gástricas. Actualmente está aprobado y disponible para esa indicación en cerca de 100 países, tanto desarrollados como en desarrollo. Como todas las prostaglandinas (tanto las producidas por el propio cuerpo como los análogos sintéticos), el misoprostol

⁵⁴ En Uruguay las parteras son profesionales universitarias, egresadas de la Escuela de Parteras, Universidad de Medicina, UDELAR.

tiene como efecto el estímulo de músculos, incluyendo el útero, provocando contracciones. De ahí deviene su uso abortivo. La Organización Mundial de la Salud propone el uso del misoprostol en la inducción de abortos en la guía técnica para abortos sin riesgos (OMS, 2000) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) ha elaborado un manual sobre su uso (Faúndes, 2007). Generalmente cuatro pastillas vía vaginal es suficiente para provocar un aborto en una gestación entre ocho y doce semanas; sin embargo hay diversas modalidades de uso según avanzan las investigaciones médicas. La Ordenanza 369/04 orienta a los profesionales de salud a 'informar' sobre las propiedades del Misoprostol, pero no lo pueden recomendar ni recetar.

Su uso ha estado signado por sucesivas restricciones desde el Estado. En cuanto se difundió su uso abortivo, el Ministerio de Salud Pública lo retira de las farmacias a fin de modificar su presentación por una con mayor número de comprimidos, llegando a los 30, por lo tanto de costo más elevado, lo cual dificulta el acceso por parte de las mujeres de menos recursos económicos. La venta está restringida, vendiéndose solo con receta de gastroenterólogo. Esto incrementa su valor en el mercado ilegal: algunas farmacias lo venden sin receta a un precio más elevado. Existen distintos tipos de *dealers*, es frecuente ver mujeres en las salas de espera donde se lleva a cabo el Servicio de Asesoramiento⁵⁵, que se acercan diciendo que ellas recurrieron a él para provocarse un aborto, pero solo usaron cuatro pastillas, por lo que venden las unidades sobrantes.

En alguna ocasión ginecolog@s nucleados en torno a IS denunciaron su venta ilegal⁵⁶ en las salas de espera de los consultorios de Asesoramiento. También han manifestado su pretensión de ser ellos -los ginecolog@s- quienes tengan la habilitación para recetar misoprostol, es decir que no esté restringido a la receta de gastroenterolog@, pero que tampoco sea de venta

⁵⁵ Se trata del Servicio de Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva del CHPR donde se implementa la Ordenanza 369/04 que contiene la Normativa de atención pre y post aborto.

⁵⁶ <http://www.iniciativas.org.uy/nosotros/historia.htm>

libre. En 2006 el Ministerio de Salud Pública reglamenta el uso obstétrico intrahospitalario del misoprostol, mediante la Resolución 158/2006, la cual prohíbe expresamente que se lo recete para retirar de farmacias de cualquier tipo (hospitalarias, comunitarias y comerciales).

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

La difusión del uso abortivo del misoprostol y la posibilidad de acceder al mismo, a pesar de las restricciones, provocó modificaciones importantes en los procesos de aborto, tanto en los aspectos médicos como en los relativos a la subjetividad de la mujer, en su modo de vivir esa experiencia. Por lo que cabe marcar un antes y un después. La difusión del misoprostol fue contemporánea a los primeros pasos de la implementación de la Ordenanza 369/04, que data de agosto de 2004. La conjunción de ambas modificó las prácticas de las mujeres. En estos últimos cinco años, en Montevideo y área metropolitana⁵⁷, las mujeres de sectores populares que quieren abortar, han oído hablar de “*la pastilla*”. Difícilmente sepan su nombre, pero saben de su existencia y como obtenerla. Se activan las mismas redes que antes lo hacían procurando conectar a la mujer con alguna “entendida” o para juntar el dinero para pagar una clínica, ahora lo hacen para conseguir “*las pastillas*” en

⁵⁷ No existen estudios de otras zonas del país. La mitad de la población del Uruguay está radicada en esta área.

el mercado ilegal, para averiguar cómo se las colocan vía vaginal, también ‘se pasa la voz’ que se puede ir al CHPR, y en algunos casos, a la policlínica del barrio (Rostagnol *et al.* 2007; Sanseviero, 2008). Las mujeres de mayor capital económico y cultural averiguan el uso abortivo del Misoprostol en internet, y algunas también lo compran por este medio.

Con la aprobación de la Ordenanza 369/04, se abrieron consultorios especializados en “Asesoramiento en salud sexual y reproductiva” en el CHPR. De acuerdo a la información proporcionada por IS, las consultas se incrementaron de 59 en el trimestre mayo-junio 2004 a 229 en el trimestre setiembre-noviembre 2004; disminuye en el trimestre siguiente para recuperar el mismo volumen en el próximo (Briozzo *et al.* 2007: 100). Durante 2006 se implementó la Ordenanza 369/04 en dos policlínicas, una de ellas ubicada en un barrio periférico y la otra en la zona metropolitana. Los resultados del monitoreo correspondiente (Rostagnol *et al.*, 2007) muestran que a pesar de las dificultades para modificar las prácticas de los ginecolog@s, buena parte del éxito descansaba en adaptar la normativa a las particularidades de cada policlínica, y a la existencia de mecanismos bien aceptados con el resto del sistema de salud. Actualmente IS ha extendido la implementación de la Ordenanza 369/04 a varios centros de salud de Montevideo y del interior en el marco de un proyecto financiado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); por su parte los servicios de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (filial de IPPF) también la han implementado, así como las policlínicas municipales de Montevideo.

No existe información sistematizada respecto al volumen total de mujeres que acuden a la consulta pre-aborto y cuántas a la post-aborto. De acuerdo al monitoreo epidemiológico realizado por IS en los 8 centros de salud

(incluyendo el CHPR)⁵⁸ donde coordina la implementación de la Ordenanza 369/04, en el período mayo 2004- julio 2009, 3215 mujeres concurren a la consulta pre-aborto. Solo 20% regresó a la consulta post-aborto (Iniciativas Sanitarias, 2009). De acuerdo a la estimación de 33.000 abortos anuales, el número de abortos para el periodo monitoreado ascendería a 165.000 abortos. Esto muestra que solo 2% del total de mujeres que aborta, asisten a las consultas de Asesoramiento, podría pensarse que otro tanto acude a servicios cuya coordinación no corresponde a IS y por lo tanto estaban excluidos del monitoreo (policlínicas de AUPF, policlínicas municipales de Montevideo, profesionales de salud del primer nivel de atención tanto público como mutual entre otros). Aún así, es un porcentaje ínfimo.

La mortalidad de gestantes provocada por complicaciones post-aborto ha disminuido significativamente en el bienio 2004-2005 (en comparación con lo sucedido en el periodo 2001-2003). Desde IS se atribuye a la implementación de la Normativa (Briozzo *et al.*, 2006), creo necesario ser más cautelosa en la interpretación. Por una parte, la serie (dos años en cinco) es muy corta para arribar a conclusiones. Por otra parte, la disminución de muertes por causa de aborto, siguiendo la casuística, puede ser también el resultado de la generalización del uso del misoprostol, que ocurre a partir de mediados del 2004. Es necesario tener presente la multicausalidad de los fenómenos sociales.

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

⁵⁸ El proyecto se desarrolla en los hospitales de Florida, Las Piedras, Canelones y San José, centros de salud Giordano, Jardines del Hipódromo, Centro Auxiliar Ciudad de la Costa y Servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

CAPITULO 4

DISCURSOS EN TORNO AL ABORTO VOLUNTARIO

“Estamos nosotros los legisladores hombres decidiendo en abstracto sobre lo que es en concreto una realidad a la que solamente, y solas, deben enfrentar las mujeres”
(Legislador)

“La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad si se reconoce que se trata de un homicidio”
(Iglesia Católica)

“Estamos ante la discusión sobre cuando empieza la vida de una persona y si se trata de una persona”
(Legislador)

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

4.1 Los discursos

Como ya se ha dicho, el aborto es un hecho social, como tal conformado por una serie de prácticas y representaciones; los discursos de los distintos actores sociales también son constitutivos del hecho social 'aborto'. Foucault (1977) planteaba que la sexualidad concebida como práctica discursiva es productora de realidades, dominios de objetos, rituales de

verdad, donde lo que interesa no es expulsar a los hombres de la vida social, sino colocarlos allí, categorizando deseos, fantasías y comportamientos. Del mismo modo, el aborto como práctica discursiva también produce realidades, marca el espacio y la densidad de la práctica, categoriza comportamientos y significados.

Una mirada sobre las piezas discursivas seleccionadas permite percibir las diversas modalidades en que se manifiesta el aspecto amortiguador que caracteriza a la sociedad uruguaya (Real de Azúa, 2000). Existen discursos hegemónicos junto a otros débiles provenientes de un contra-público subalterno (Fraser, 1993), pero difícilmente existan confrontaciones radicales entre ambos. Los hegemónicos armonizan posturas conservadoras y liberales, sin presentar rupturas agudas, apenas algunos pequeños y suaves movimientos. En 1973 Real de Azúa escribía -y creo que 35 años después mantiene su actualidad- que

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

Sobre esta ‘forma de ser’ se extienden discursos sociales y políticos que evitan la confrontación, la búsqueda de consensos y acuerdos parece más destinada a evitar los enfrentamientos que a administrar disensos. Esto define buena parte del ser uruguayos. Desde el fin de la Guerra Grande con

su “no hay vencidos ni vencedores”⁵⁹, cuando en realidad sí había unos y otros, hasta la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado que extiende un manto de olvido supuestamente para evitar confrontaciones⁶⁰ son muchos los ejemplos de sociedad amortiguadora.

Y, respecto al aborto -como señala Danielle Ardaillon- “contrariamente a lo que sucede con los litigios, son conflictos sin solución permanente, son discusiones que no llegan a un consenso definitivo porque sus argumentos no consiguen traducirse a un lenguaje racional universal” (Ardaillon, 1997). Sin embargo, como se vio en el capítulo anterior, la práctica del aborto está tan difundida como ocultada. Recuérdese que uno de cada tres embarazos termina en aborto, está penado por la ley, pero escasamente existen procesados por alguno de los delitos incluidos en la ley que lo penaliza. Sin embargo, se mantienen las formas y solo recientemente el aborto entró en la agenda pública, en los discursos públicos. El conflicto existe solo cuando está dicho, cuando forma parte del discurso. Las discusiones acaloradas en torno al aborto aparecen solo cuando su práctica puede volverse tolerada públicamente, es decir, cuando la práctica puja por la legitimidad pública. Hago mías las palabras de Faye Ginsburg, “Es significativo que el conflicto sobre el aborto emerge no necesariamente cuando el hecho ocurre, ya que su práctica no es novedad. Las pasiones se levantan cuando es públicamente tolerado” (Ginsburg, 1989:110)⁶¹.

En las dos últimas décadas el aborto ingresa de manera casi permanente en la agenda política, pero es en los primeros años de este siglo

⁵⁹ En el Acuerdo de Paz firmado en octubre de 1851, se establecía que después de diez años de guerra, no había “ni vencidos, ni vencedores”.

⁶⁰ La Ley N° 15.848 de la Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado estableció la amnistía de los «delitos cometidos hasta el 1 de marzo de 1985 por funcionarios militares y policiales, equiparados y asimilados por móviles políticos o en ocasión del cumplimiento de sus funciones y en ocasión de acciones ordenadas por los mandos que actuaron durante el período de facto». En noviembre de 2009 se volvió a plebiscitar la ley con intención de anularla, pero quedó reafirmada. Actualmente continúa el movimiento contra la impunidad buscando alternativas para anular dicha ley.

⁶¹ Original en inglés.

que su tratamiento levantó voces más airadas en uno y otro sentido. En esto fue definitorio el papel desempeñado por las corporaciones médicas.

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

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

El análisis se realizó combinando diversas técnicas procurando un trabajo fructífero que me permitiese comparar las distintas piezas discursivas, develando puntos de encuentro y disidencias. Adapté la propuesta de Catherine Fuchs (1983) de cadenas nocionales a las finalidades de mi análisis. Construí cadenas a partir de términos interrelacionados, las designaciones y calificaciones que se manifiestan por la elección de unidades léxicas. Esto me permitió abordar las connotaciones de conceptos centrales como aborto, mujer, feto, junto a otros surgidos del mismo discurso analizado. El producto de la concepción es nombrado de diferentes maneras, cada una conlleva una postura diferente. Así se lo nombra persona, bebé, feto, embrión. A los efectos de este trabajo he optado por utilizar la denominación *zef* (aludiendo a cigoto-embrión-feto). También tomé algunos elementos del estudio de la enunciación desarrollado por Patick Charaudeau y Dominique Maingueneau (2005) que me permitió definir el sujeto de la enunciación.

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

4.2 *Discurso religioso*

En este apartado utilizo como fuentes Actas de Sesiones de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes correspondientes a las visitas de los representantes de la Iglesia Católica, del Judaísmo, de algunas iglesias protestantes; así como declaraciones de la Iglesia Valdense y la Encíclica Evangelio de la Vida. Identifico la religión representada pero mantengo el anonimato de las personas, excepto en el caso

de la Iglesia Católica donde la importancia del discurso deviene de quien lo pronuncia.

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

La influencia católica en el estado laico

Desde las ciencias sociales se sobreimpuso la dicotomía religioso/secular sobre privado/público “clausurando la legitimidad de las religiones como dimensión política” (Vaggione, 2007: 7). De esta forma es posible entender el asombro de las ciencias sociales ante la irrupción de un activismo conservador católico “con pretensiones de convertir en ley de los Estados, sus preceptos morales y creencias religiosas” (Mejía, 2002). Hacia fines del siglo XX los grupos conservadores se concentraron en el control de las sexualidades como elemento disciplinador de la sociedad, es decir en las relaciones de género y de reproducción. Si bien, no es tema de análisis en esta investigación, es preciso mencionar que durante el tratamiento de los proyectos de ley en el Parlamento, la propaganda contra la aprobación de los mismos, provino principalmente de los grupos pro-vida, ligados a la Iglesia Católica, especialmente al Opus Dei⁶², y a iglesias neo pentecostales⁶³. La

⁶² El comienzo de su acción apostólica en Uruguay se define en el Congreso General de la Prelatura celebrado en 1956 en Suiza, apenas seis años después de sus primeras acciones en América. Está relacionado a varios emprendimientos educativos, entre ellos la Escuela de Hotelería y Gastronomía del Plata, la Universidad de Montevideo, los colegios Monte VI y Los Pilares.

⁶³ Los grupos neo-pentecostales uruguayos provienen del neopentecostalismo brasileño, comienzan a extenderse en las décadas de los '80 y '90. Al comienzo primó la Iglesia Dios es

Iglesia Católica ha incidido en políticas públicas relativas a la sexualidad (educación sexual, salud sexual y reproductiva, diversidad sexual). En ocasiones directamente sobre algunos políticos, pero también a través de su poder económico, especialmente el derivado del *Opus Dei*, quien al interior de la Iglesia ha sustituido el tradicional poder de la Compañía de Jesús⁶⁴.

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

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

Por lo tanto, la primer noción que se dibuja con claridad, es la de la autoridad; sólo la autoridad con el Papa a la cabeza, puede tomar decisiones. Las distintas posturas de la Iglesia Católica a través de los siglos, su posición en torno a matar, así como una serie de otros 'mandatos', permiten pensar -y

Amor, luego comenzó a tener más fuerza la Iglesia Universal del Reino de Dios; la Misión Vida para las Naciones ha logrado una presencia mediática muy importante.

⁶⁴ Estos aspectos están desarrollados en Rostagnol, "Disputas sobre el control de la sexualidad: activismo religioso conservador y dominación masculina" (2010).

lo hago extensivo a las iglesias neo pentecostales- junto a M.A. Gutiérrez que “la objeción de la Iglesia Católica al aborto parece más centrado en cercenar la autonomía de las mujeres que en el cuidado del feto” (Gutiérrez, 1998:89)

Nugent sostiene que frente a una situación donde desde el punto de vista de la fe y de la influencia directa en el devenir cultural, el Vaticano tenía una incidencia decreciente “la opción ha sido abandonar el terreno de la cultura moderna y concentrarse en la capacidad de influencia directamente política” (Nugent, 2004:106). Todo hace pensar que el Vaticano ha estado más interesado en influir en las conductas y prácticas de los individuos que en su fe. En las últimas décadas del siglo XX y en la primera del presente siglo, el Vaticano parece haber estado disputando su propia batalla, medir sus fuerzas con el estado laico secular. Prueba de ello la “Nota Doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política”, emitida por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el Oficio de la Inquisición, el 21 de noviembre de 2002, documento dedicado a los políticos católicos, en el cual se les conmina a seguir las enseñanzas de la jerarquía en temas relacionados con el aborto, la eutanasia y la clonación, dejando de lado los dictados de su conciencia. No se menciona el aspecto de representatividad concerniente a aquello que sus electores pretenden. Estas medidas hacen caso omiso al estado secular, por el contrario, se subraya el ‘poder del Vaticano’. De modo que la hostilidad militante de la Iglesia Católica a los derechos sexuales y reproductivos debe ser vista a la luz de un proyecto político y no como una voluntad de instauración de valores morales. Para los nuevos grupos religiosos conservadores, la forma de alcanzar sus objetivos es penetrar en la estructura del Estado, mediante el ejercicio de presión en distintos niveles. Se trata de lograr que se promulguen leyes que deberán ser acatadas por toda la población porque éstas establecen los límites y alcances de las acciones de los sujetos (Mujica, 2007). Entienden como propios los temas de Estado, la división entre espacios seculares y religiosos se vuelve difusa. Cuando el Presidente uruguayo vetó la ley que despenalizaba el aborto, el Arzobispo de Montevideo, Monseñor Nicolás Cotugno, manifestó su apoyo sin reservas a los argumentos ofrecidos por el

Presidente Tabaré Vázquez. Por su parte, el Obispo de Salto, monseñor Pablo Galimberti, manifestó en una columna publicada en el diario El Pueblo, que "el gesto de nuestro Presidente es esperanzador. Es un sí a la vida humana desde sus primeros latidos. Un sí a los futuros niños y niñas que nacerán alentados por este gesto. Un sí a las madres que sentirán mejor la responsabilidad que les cabe en llevar a buen término su embarazo. Cuando la vida humana se devalúa, manipula y mercantiliza, la reafirmación del derecho innato a nacer, es profética. Y que las razones alegadas sean de carácter biológico, científico y filosófico, es algo admirable en tiempos de confusión". A su vez, el Instituto Tomás Moro de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción en Paraguay otorgó uno de los "Premios Tomás Moro 2008" al Presidente de Uruguay, "por su valiente defensa de la vida humana a través del veto a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva". Por su parte el "Premio Testimonio Político por la Vida y la Familia" se otorga también a Vázquez por ser "testimonio de un gobernante por el respeto del primer derecho fundamental de todas las personas: el vivir"⁶⁵.

Son ejemplos de la presencia política del Vaticano y de alguna de sus modalidades para ejercer presión.

Discurso de la Iglesia Católica

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

"De ahí que no es Nicolás Cotugno el que está presentando su postura, no es el Arzobispo de Montevideo en cuanto doctor de teología, sino que es el Arzobispo de Montevideo como representante oficial de la Iglesia Católica en plena y absoluta comunión con el sucesor de Pedro, el jefe del Colegio

⁶⁵ Las noticias fueron relevadas en la Agencia Católica de Información, Aciprensa, <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=23586>

Episcopal, que sucede al Colegio Apostólico. [...] (Comisión de Salud Pública, Diario de Sesiones, 17/7/02)

De plano fundamenta su discurso en ser el 'representante oficial' del Papa, dada la infalibilidad de éste, las palabras de Cotugno no deberían ser cuestionadas.

En su alocución, refiere que el pensamiento oficial de la Iglesia Católica respecto al aborto se enmarca en el contexto de la Carta Encíclica "*Evangelium Vitae*" (Evangelio de la vida) formulado por Juan Pablo II. Allí se establece que: " la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral.[...] La decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida es siempre mala desde el punto de vista moral y nunca puede ser lícita ni como fin, ni como medio para un fin bueno".

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

El Arzobispo N. Cotugno recuerda una afirmación del entonces Cardenal Ratzinger tomada por Juan Pablo II,

"Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legitimamente imponerlo ni permitirlo' ". (Comisión de Salud Pública, Diario de Sesiones, 17/7/02).

No es la propuesta de este trabajo discutir las afirmaciones de la Iglesia Católica, sin embargo no es posible dejar de hacer alguna mención sobre la oposición entre este "*Nadie puede autorizar la muerte de un ser humano...*" y las acciones llevadas a cabo por representantes de la Iglesia Católica en

distintas instancias de apoyo a los procesos dictatoriales en los países del Cono Sur⁶⁶.

Más adelante en su alocución, Monseñor Cotugno cita al Papa Juan Pablo II para definir el aborto como *"la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción al nacimiento.- La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad si se reconoce que se trata de un homicidio...(...). Se elimina un ser humano que comienza a vivir, es decir, lo más inocente en absoluto que se pueda imaginar: ¡jamás podrá ser considerado un agresor, y menos aun un agresor injusto! Es débil, inerme, hasta el punto de estar privado incluso de aquella mínima forma de defensa que constituye la fuerza implorante de los gemidos y del llanto del recién nacido [...]"*. (Comisión de Salud Pública, Diario de Sesiones, 17/7/02)

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

"El no de la Iglesia al aborto quiere ser un sí radical a la vida", y luego agrega el arzobispo citando la Encíclica *Evangelium Vitae* *"es el Evangelio de la vida para todos. El tema de la vida y de su defensa y promoción no es prerrogativa única de los cristianos, aunque de la fe recibe luz y fuerza extraordinarias, pertenece a toda conciencia humana que aspira a la verdad y está atenta y preocupada por la suerte de la humanidad. En la vida hay, seguramente, un valor sagrado y religioso pero de ningún modo interpela sólo a los creyentes. En efecto, se trata de un valor que cada ser humano puede comprender también a la luz de la razón y que, por tanto, afecta*

⁶⁶ En Bunster (1991) puede profundizarse sobre la asociación entre la Iglesia Católica y torturadores en Argentina.

necesariamente a todos. " (Comisión de Salud Pública, Diario de Sesiones, 17/7/02).

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

El Arzobispo Cotugno continúa citando al Papa

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

Y luego en base a la sentencia enunciada por el Papa, él agrega, *"Por lo tanto, la Iglesia anima a los políticos, comenzando por los cristianos a no resignarse y a adoptar aquellas decisiones que, teniendo en cuenta las posibilidades concretas, lleven a restablecer un orden justo en la afirmación y promoción del valor de la vida. No basta con eliminar las leyes inocuas, hay que eliminar las causas que favorecen los atentados contra la vida asegurando, sobre todo, el apoyo debido a la familia y a la maternidad".* (Comisión de Salud Pública, Diario de Sesiones, 17/7/02)

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

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

El discurso analizado revela el peso del dogma dentro de la Iglesia Católica. Especialmente el peso de la autoridad del Papa en estos tiempos.

Se aleja de la postura del Papado de Juan XXIII, con el Concilio de Vaticano II en que múltiples voces dialogaban junto a la participación de las comunidades de base. Este escenario apoya la idea de que el núcleo de la religión es el dogma, ya que la doctrina se establece con precisión, en desmedro del ritual (Gellner, 1994).

Discurso de las iglesias protestantes

Entre las iglesias protestantes no ha habido acuerdo respecto a la posición a tomar frente al aborto. La CREU (Comisión de Representatividad Evangélica del Uruguay) que reúne iglesias evangélicas y protestantes tradicionales⁶⁷ (metodistas, valdenses, bautistas, Asamblea de Dios, entre otras) acudió a la Comisión de Salud y Asistencia Social de Diputados. Presentó una postura contraria al proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, que hizo explícita en su intervención y en el documento entregado, alguno de cuyos pasajes fueron leídos.

Este “consta de una breve introducción y luego una primera parte que se titula: ‘En defensa de la vida y su dignidad’. Eso es lo que queremos destacar, como evangélicos y como personas que basamos nuestras vidas en los valores que la Biblia nos enseña. Por lo tanto, defendemos firmemente la vida y la dignidad”. (CREU, Comisión 297, Comisión de Salud y Asistencia Social, 16.7.02).

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

La CREU y la Iglesia Católica coinciden en su valoración de la ‘vida’ por sobre cualquier otro bien. En ambos discursos, ‘vida’ permanece indefinida. En algunas menciones no parece abarcar más que los aspectos estrictamente

⁶⁷ Las iglesias que se instalan en el Uruguay desde mediados del siglo XIX.

biológicos que permitan que *zef* culmine su proceso con el nacimiento. Asimismo, las varias referencias "*vida*" aluden exclusivamente a *zef*, no existen menciones a la vida de la mujer embarazada.

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

"reiteramos y reafirmamos que motivados por convicciones evangélicas no promovemos, ni favorecemos una práctica indiscriminada del aborto, en tanto representa siempre un hecho negativo, doloroso y traumático, especialmente para la mujer que por diferentes razones, contrarias a su voluntad debe soportarlo, agravado por la condena y la marginación que la sociedad proyecta hacia ella. Creemos que no se lo puede condenar simplemente en base al principio (¡tan generalizante como indefinido!) de 'defensa de la vida', sin antes precisar qué entendemos por 'vida' y qué acciones concretas hacemos para 'defenderla'. Detrás de toda interrupción de una gravidez existe un intrincado y oscuro contexto vivencial, donde interactúan violencias diversas, incestos, marginación, pobreza, falta de educación, medios de prevención, etc. etc." (Iglesia Evangélica Valdense-Comisión de Bioética, 2004)⁶⁸

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

El valor de 'vida'

⁶⁸ En los anexos se encuentra el documento completo.

Las tres piezas discursivas (Iglesia Católica, CREU e Iglesia Valdense) aluden a “*vida*” de manera diferente; sin embargo en los tres se trata de un concepto central en su argumentación. “*Vida*” se ha convertido en un concepto lábil, un ‘signo inestable’ (Bajktin, 1981) donde a la sombra de una correspondencia biunívoca entre el significante y el significado, se encuentran múltiples interpretaciones. Solo el contexto y el enunciador otorgan sentido al término. Sin embargo, la lucha por la ‘hegemonía’ de un significado sobre otro, o de la legitimidad de quien es el enunciador adecuado, provoca contradicciones y ambigüedades dentro de una misma pieza discursiva. Aparentemente, la “*vida*” tal como aparece en los discursos analizados de la Iglesia Católica y de la CREU implica la reproducción biológica a través de la familia monogámica heterosexual (el mismo Monseñor Cotugno lo relacionó a la familia y la maternidad)⁶⁹. Desde esa connotación se construye el edificio moral que permitirá la perpetuación de este orden social. A partir de esta noción de “*vida*” se opera una serie de mecanismos de control y regulación de los cuerpos mediante el cual se constriñe la capacidad de acción de los sujetos (Mujica, 2007, Nugent, 2004, 2005; Gutiérrez, 2004). Advierte Elina Vuola (2002) sobre la contradicción entre la defensa que hacen los sectores religiosos conservadores de la sacralidad de la vida desde la concepción, al mismo tiempo que sostienen que las mujeres no tienen el mismo grado de humanidad que los hombres. “Toda la construcción de ética sexual del Vaticano es, en último término, fundada en el entendimiento que las mujeres son humanas diferentes a los hombres -donde diferencia siempre implica jerarquía.” (Vuola, 2002:185). Este razonamiento podría justificar el “control patrimonial de los cuerpos” de las mujeres. El activismo religioso conservador se autodenomina “Pro-Vida”. Con esta designación refuerza la centralidad de “*vida*” en las argumentaciones contrarias al aborto.

⁶⁹ El análisis más profundo de este punto nos lleva a analizar la oposición de estos mismos grupos religiosos conservadores a la diversidad sexual, especialmente al ‘matrimonio entre homosexuales’, y obviamente la total negativa a permitir la adopción por parte de parejas del mismo sexo.

Durante las discusiones en las Cámaras tanto de Senadores como de Representantes, las barras albergaban activistas Pro-Derechos y Pro-Vida. Estos últimos oraban en la barras, apenas un susurro que dejaba oír sus plegarias, en algunos casos manifestando clara hostilidad hacia los parlamentarios favorables a la legalización del aborto. En el último tratamiento parlamentario, integrantes de iglesias evangélicas neo pentecostales frente al Palacio Legislativo⁷⁰ levantaron un estrado desde donde el pastor se dirigía a sus fieles, al tiempo que éstos subían a ‘dar testimonio’, los cuales eran escuchados a varias cuadras a la redonda gracias al sistema de alto-parlantes. Arengados por el pastor, la gente que rodeaba el estrado gritaban “¡Perdónalos, no saben lo que hacen!”; “¡Alabado sea el Señor!”

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

Con la misma fuerza que religiones -especialmente la Iglesia Católica, la CREU y los grupos neo pentecostales apelan a la “*vida*”, basan la condena al aborto en el principio de “no matar”. Un rápido análisis al mismo permite observar que en su discurso, ‘no matar’ no significa ‘defender la vida’. Por lo tanto, matar es un crimen, dejar morir no lo es. En algunas ocasiones tanto la Iglesia Católica, algunas protestantes y las neo-pentecostales se han opuesto al aborto terapéutico: matar el embrión es un crimen, permitir la continuación del embarazo y que muera la madre y/o el bebé es simplemente permitir que Dios haga su voluntad. Como señala Uta Ranke-Heinemann,

“el principio ‘no matarás’, correcto de suyo, al que la Iglesia Católica agobia con distinciones, matices y excepciones en lo

⁷⁰ En Uruguay, el Palacio Legislativo es el edificio donde sesionan los Representantes y los Senadores; también llamado Palacio de las Leyes.

tocante a las guerras y a la pena de muerte, es llevado aquí *ad absurdum* con la muerte de la madre y del hijo” (citado por Klein, 2000:111)

El discurso judío

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

“La posición judía general, a través de los miles de años de existencia, ha sido siempre diversa y con perfiles que no son totalmente iguales. Si tuviera que hablar de la historia del pensamiento judío, diría que siempre han subsistido una serie de corrientes diferentes, a veces no coincidentes y otras en oposición; pero la característica judía ha sido la diversidad y el pluralismo. En consecuencia, es muy probable que a través de nuestros dichos se pueda percibir la no homogeneidad de criterios”. (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Diario de Sesiones 23/7/02)

“Si tuviera que resumir la posición judaica, diría que es muy “sui generis”, es decir, no favorece el aborto pero tampoco lo prohíbe en términos absolutos. No considera al aborto como un crimen, como lo es matar a una persona”. (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Diario de Sesiones 23/7/02)

“Es decir, cada caso debe ser atendido de acuerdo con su peculiar circunstancia (...) Depende de qué mujer estemos hablando, de cuál es la circunstancia peculiar, de cuál es la naturaleza del caso. Y en consulta con el Rabino, la autoridad o el equipo que la atiende, ella va a poder decidir o se va a dirimir ese caso”. (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, Diario de Sesiones 23/7/02)

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

4.3 Discurso médico

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

Una de las piezas discursivas analizadas ya en su primer párrafo hace referencia la 'nombre' del proyecto. Estiman que se trata de un proyecto sobre la despenalización del aborto, por lo que el nombre (Defensa de la

Salud Reproductiva) no es adecuado. Ese mismo argumento aparecerá luego en la discusión parlamentaria.

Las piezas discursivas analizadas abordan el tema oscilando entre dos posiciones. Se posicionan desde el 'deber ser' o se aproximan desde la práctica médica.

Así entre las primeras se asocia el aborto al tema de la vida, a la defensa de la vida, y especulaciones en torno al aborto eugenésico.

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

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

En esta pieza discursiva se da por hecho -y en otros pasajes se reitera- el aumento de abortos como consecuencia de su legalización, sin ofrecer argumento científico que lo sostenga. Sino que en su lugar, se apela a una cita de Sagan,

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

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

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

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

Mientras que en otra pieza discursiva se expresa que es *“fundamental garantizar a accesibilidad de las mujeres” (DM4)*

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

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

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

El discurso médico presenta contradicciones, en tanto algunos sectores manifiestan una visión donde prevalece el “deber ser”, para lo cual pretenden promover ese deber ser desde lo legal (fundamentalmente entre quienes sostienen una postura contraria a la legalización del aborto). Otros, presentan una visión que incluye el quehacer cotidiano de médicos y las vidas de mujeres concretas, prevaleciendo una visión de aceptar y respetar las decisiones del otro/a, colocando en segundo lugar las convicciones propias respecto al aborto.

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

- Salud sexual y reproductiva

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

- derechos sexuales y reproductivos

“... legitima el derecho de la mujer o de la pareja a la toma decisiones sobre la prosecución, o no, de una gestación”. (DM4)

- inequidad social

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

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

“Está bien el manejo de las malformaciones y el consejo pre y pos aborto (...), pero con eso no solucionamos la desigualdad. Aquella mujer que decidió hacerse un aborto, se lo va a hacer de cualquier forma. La que tiene medios económicos, irá a esas clínicas que figuran en las páginas amarillas de la guía o en enormes carteles de Bulevar Batlle y Ordóñez. A la otra, le pincharán el huevo -como decimos nosotros-, le pondrán una sonda, se pondrá

un tallo de perejil, tomará los tecitos, y un alto porcentaje terminará muriendo en el Hospital". (DM5)

- problema de salud pública

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

- los médicos frente al aborto

"Esa no es nuestra función; no somos jueces, policías ni sacerdotes. Nuestra función es ser médicos y, por lo tanto, queremos ayudar a que esas mujeres no mueran ni sean mutiladas. De manera que frente a la confesión del aborto pretendemos actuar como médicos, con criterio sanitario y de preservación de la vida y de la salud." (DM5)

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

4.4 Discurso feminista

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

Las organizaciones feministas y el aborto

A fin de contextualizar la problemática actual del aborto en las estrategias políticas de los grupos y organizaciones feministas, hago un repaso a lo sucedido a partir del fin del período dictatorial. La voz de las feministas

comienza a escucharse a partir de la restauración democrática en 1984-1985⁷¹, caracterizándose por llevar adelante una actividad importante. Los grupos que levantaban la bandera de la salud de las mujeres, en especial de la salud sexual y reproductiva eran los menos⁷²; el interés estaba dirigido hacia otros temas. Sin embargo, en los últimos años de la década de los '80 - la primavera democrática- el aborto se abrió paso en la agenda feminista. En la década del '70 en los países centrales los movimientos de mujeres -cuyo desarrollo comenzó en los años '60- se caracterizan por proponer el derecho al cuerpo, en él se jugarán las percepciones de la diferencia y de la igualdad. En los años '70, la demanda por aborto seguro y legal aparecía como un principio de libertad individual, las feministas argumentaban que el derecho a la autonomía sobre las decisiones respecto a su cuerpo y a la reproducción formaban parte de su autodeterminación (Durand y Gutiérrez, 1998:287).

Entretanto, en los países de América Latina durante los años '60 y '70 eran otras las banderas de lucha de las mujeres. Luego, en Uruguay -como en los otros países de la región en los '70 - las mujeres estuvieron silenciadas. Cuando salen a luz, se produce una acumulación de ideas y reflexiones que aceleran procesos al contar ya con el recorrido de las feministas de otras latitudes. En unos pocos años durante los '80 las feministas uruguayas realizan el recorrido que las coloca en los albores de los '90 en el pensamiento feminista global, al tiempo que recuperan la memoria de algunas feministas icónicas de las primeras décadas del siglo XX (Paulina Luisi, María Abella). Así es que en Uruguay el espíritu de los '70 de las feministas europeas está presente en el primer encuentro sobre la salud de las mujeres realizado en 1987. En él, el taller sobre aborto resultó ser el más concurrido⁷³, allí las participantes afirmaron en voz alta "yo aborté", reivindicando la apropiación del cuerpo (¿acaso como una habitación propia?).

⁷¹ Previo al golpe de Estado, la participación político-social de las mujeres se canalizaba principalmente a través de la militancia partidaria, la cual vivió una época de efervescencia en la década de los '60. (CIEDUR, 1987)

⁷² La relación entre los grupos y organizaciones de mujeres y el estado respecto a la salud sexual y reproductiva está tratado en Rostagnol, 2001a.

⁷³ Comunicación personal con algunas de ellas y mi propia participación como activista

En ese año se crea la Oficina local -sede de la coordinación de América Latina- de Católicas por el Derecho a Decidir, que cumplió un papel muy importante hasta fines del siglo pasado. Como culminación del proceso se realiza una manifestación muy concurrida, "Movimiento de Mujeres por la Legalización del Aborto". A pesar del entusiasmo y efervescencia, no quedaron registros en los medios sobre la reivindicación por la legalización del aborto por parte de las mujeres. "Yo aborto, tu abortas, todos callamos" publicado en 1989 por el Colectivo Feminista Cotidiano Mujer, constituyó un hito. A través de una serie de testimonios de mujeres que abortaron, asentó una postura política feminista clara.

En los primeros años de la década del '90, se lleva a cabo el proceso de elaboración del proyecto de Ley de la voluntaria interrupción del embarazo, en el que participaron feministas. El proyecto no llega a ser tratado en el Plenario de las Cámaras, pero coloca el debate sobre el aborto en los medios, en la agenda feminista y en la agenda política. Con posterioridad a ese momento el tema desaparece, devino una cuestión del orden de lo privado, del cual no se hablaba, transformándolo en secreto. El debate sobre el aborto sale de la agenda feminista.

Después de Cairo⁷⁴, los discursos del feminismo uruguayo se centran en los derechos sexuales y reproductivos, lo cual también quita visibilidad al aborto. Esto se constata en el Encuentro Mujer y Salud en Uruguay organizado por MYSU en 1996. En el mismo se realizan talleres de Mujer y Sida, Cáncer en la Mujer, Embarazo adolescente, Menopausia; Salud mental y violencia; Derechos sexuales y reproductivos. En este último se hace una sola mención a la interrupción del embarazo, el taller discute anticoncepción, planificación familiar, maternidad voluntaria, maternidad como derecho; educación sexual, información; derecho al placer, sexualidad plena (MYSU, 1997). Lentamente el tópico de los derechos sexuales y reproductivos va instalándose entre las

⁷⁴ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, organizada por Naciones Unidas, El Cairo, setiembre 1994.

feministas, especialmente a partir de Cairo +5⁷⁵. Las feministas dedicadas al tema de la salud se consolidaron en torno a MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), dedicándose al *advocacy* y al *lobby* a nivel de decisores de opinión en las distintas áreas estatales y locales. La Casa de la Mujer de la Unión es la única instancia feminista que, además, mantiene de manera constante relaciones con las mujeres de base y contacto directo desde la práctica de una atención alternativa.

En 2001-2002 como consecuencia del aumento de muertes por complicaciones post-aborto, hay una gran represión a las clínicas clandestinas. Las muertes y las clínicas desbaratadas son noticia diaria; como lo es Iniciativas Sanitarias que comienza a tomar forma entre algunos ginecólogos del CHPR. En esta situación, algunos grupos feministas se organizan con la finalidad de incidir en la agenda política, algunos también se acercan a los médicos nucleados en torno a Iniciativas Sanitarias procurando influir con una mirada desde el género en la elaboración del Protocolo para Tratamiento Pre y Post Aborto, e influir en otros actores legitimados de la sociedad.

Los discursos

Para ahondar en el lugar (conceptualizaciones y alcances) del aborto entre las feministas uruguayas, he tomado como *corpus* para mi análisis los discursos de organizaciones de mujeres que gozan de legitimación social, es decir los emanados en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, a saber, la Comisión Nacional de Seguimiento (Cristina Grela); Mujer y Salud en Uruguay (Lilian Abracinkas); Casa de la Mujer Unión (Gilda Vera); CLADEM (Nea Filgueira y Graciela Dufau) y la Carta Abierta que

⁷⁵ Asamblea General de Naciones Unidas en la cual se revisa el cumplimiento de los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo, realizada en 1999 en Nueva York, en la sede de Naciones Unidas.

la CNS, MYSU y CLADEM elevaran a la opinión pública⁷⁶. A igual que en el caso anterior mantengo el anonimato de las expositoras, denominando las piezas discursivas correspondientes a las distintas organizaciones como DF (discurso feminista), DF1, DF2 y así sucesivamente. Hay otras organizaciones que pueden tener otras posiciones, pero no fueron llamadas por la Comisión, aún cuando sus acciones hayan influido en el devenir de los acontecimientos.

A igual que en el análisis del discurso médico, indagué en las connotaciones de 'aborto' en las distintas piezas discursivas.

Las connotaciones encontradas son las siguientes:

Debate [que hemos seguido]

Problemática [tratada por Naciones Unidas]

Problema de injusticia social

Malas condiciones de salud

Aumento de muertes maternas

Tema sobre el que organismos (FIGO; OMS; OPS)⁷⁷ se expiden.

Un grave problema de salud pública, de injusticia social y de derechos humanos, es una expresión de discriminación contra las mujeres.

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

⁷⁶ Ver anexo

⁷⁷ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia; Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

En base a este “mapa de sentidos”, he agrupado las connotaciones en tres ejes:

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

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

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

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

“En ese sentido, nos gustaría no sólo hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sino también de los de los hombres” (DF3)

“No se puede legislar solo sobre aborto; es necesario tomar todas las

medidas preventivas, educativas y de implementación de servicios, porque solo la legislación sobre aborto, sea cual sea la decisión a que se llegue, no resolverá el problema.” (DF3)

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

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

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

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

Hay distintas posiciones dentro del feminismo sobre la subsunción discursiva del aborto en los derechos sexuales y reproductivos (Durand y Gutiérrez, 1998; Gutiérrez, 2004; Palma 1998; Ardaillon, 1997). La

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

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

“Mantener la ley vigente es, por lo tanto, una hipocresía y un acto de discriminación contra las más desprotegidas”. (Carta Abierta)

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

“... en el final de la cadena en la que mueren mujeres, especialmente las de menores recursos, a causa del aborto de riesgo, en condiciones sépticas o en las manos de personas sin idoneidad”. (DF1)

“La ilegalidad y clandestinidad del aborto es un acto de violencia contra las mujeres, ya que pone en riesgo sus vidas y las de sus familias”; y más adelante, “Felicitamos nuevamente a esta Comisión por la iniciativa tomada para evitar esas muertes, que son realmente evitables”. (DF1)

Es interesante notar que, sin dejar de lado el problema obvio que constituye tanto la muerte como las mutilaciones u otras consecuencias para las mujeres, el discurso feminista analizado enfatiza estos aspectos y no los directamente ligados a la relación entre la legalización del aborto y la apropiación del cuerpo como instancia del proceso de empoderamiento de las mujeres. No contempla la idea que la legalización del aborto habilita el derecho de las mujeres a decidir la interrupción o no de su embarazo, permitiéndole ejercer el derecho al propio cuerpo como elemento de libertad -aspectos éstos que estaban presentes en los discursos feministas pro legalización del aborto de los países europeos en la década del 60-70. En este sentido vale la pena señalar que existe cierta coincidencia entre el discurso feminista y los enfoques epidemiológicos; no obstante este énfasis en los aspectos socio-sanitarios del aborto tiene un contrapeso con los énfasis en los derechos reproductivos y sexuales. Las circunstancias del aborto para las mujeres de capas medias y altas (donde están ubicadas la mayoría de las agentes de los discursos feministas) no aparecen problematizadas. Las referencias son las programáticas:

“entendemos que deben acceder en forma autónoma al derecho a la atención del aborto sin riesgo. Esto requiere una atención especializada, con

servicios de consejería para niñas, niños y jóvenes de ambos sexos, en el marco de un plan integral de atención a la salud” (DF1)

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

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

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

Finalmente, cabe señalar que a pesar de la legitimidad que estas organizaciones feministas sustentan -en tanto son grupos llamados por los parlamentarios para expresar su parecer respecto al proyecto de ley- siguen teniendo un “discurso subordinado” (Fraser, 1993). En consideración de esta situación, se evidencia el seguimiento de estrategias de legitimación externas al feminismo. Bourdieu (1985) afirma que la autoridad de un enunciado proviene de la autoridad misma de quien lo enuncia, más que de su contenido. El agente que enuncia, puede no ser el enunciador. Discursivamente esto se advierte por el uso mayoritario de tercera persona singular, o el impersonal precedido por “se”; de modo que lo dicho queda dicho por una entidad supra discursiva. Esta es la generalidad de los enunciados del *corpus* analizado. La excepción proviene de una de las voces

de la intervención de la Casa de la Mujer de la Unión, donde el enunciador es la Casa misma, que se yergue en autoridad del mensaje, el cual se refiere a su praxis cotidiana. La primer persona plural está poco presente en los discursos y alude mayoritariamente a un casi anónimo “*nosotras las mujeres*”. Es muy escaso el uso del “nosotros” inclusivo (la hablante y los escuchas). Junto a esto se percibe que casi la totalidad de las intervenciones son expositivas -no procuran el diálogo- y el destinatario de la exposición es poco claro. Las referencias a las situaciones concretas provinieron de organizaciones que además de dedicarse al *advocacy* realizan trabajos de intervención directa. En los otros casos, las intervenciones referían a interpretaciones del proyecto de ley en discusión, o a referencias a acuerdos emanados en las conferencias de Naciones Unidas.

El discurso feminista menciona reiteradamente las diferencias entre mujeres. En algunas piezas más que otras, se especifica que las mujeres pobres son quienes corren peor suerte, pero no se expresan otras fuentes de inequidad. A pesar de los matices existentes entre ellos, no integran la problemática étnica-racial, u otros ejes de inequidad social. Cuando se habla de “nosotras” (siendo un *nosotras las mujeres*) el constructo ‘mujer’ se basa en las características de las mujeres de capas medias.

4.5 Discurso jurídico-legal

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

Al inicio del capítulo hice referencia a que el plano discursivo permite observar la manera en que se va conformando la modalidad amortiguadora; el discurso jurídico es central en esto, por el lugar de privilegio que la sociedad

otorga a lo jurídico y porque su misma práctica -elaboración e implementación de leyes- produce y reproduce este aspecto de la sociedad uruguaya. Real de Azúa señala

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

Contractualistas y comunitaristas

La comprensión de los discursos jurídico-legales exige considerar las posiciones contractualistas y comunitaristas, que están en la base de varios de ellos. Las discusiones sobre la legalización del aborto colocan sobre la mesa la cuestión de los derechos ciudadanos de las mujeres, cuestión tensada por la antinomia de ser consideradas individuos abstractos, construidos en la ficción de la igualdad -y por lo tanto ciudadanos- o sujetas sexuadas viviendo en condiciones concretas, determinadas histórica y culturalmente por un conjunto de relaciones sociales que las exceden. (Rosenberg, 1998; Ciriza, 2002).

Contractualistas y comunitaristas ponen énfasis en distintos aspectos cuando se trata de definir las condiciones necesarias para el ejercicio de la ciudadanía. Los contractualistas insisten sobre la igualdad formal en base a una concepción universalista de la justicia. Por su parte, los comunitaristas enfatizan los lazos de pertenencia que en sus condiciones concretas de existencia los individuos tienen hacia una comunidad determinada. Alejandra Ciriza (2002) advierte sobre la importancia particular que este debate tiene en sociedades que han estado sometidas a dictaduras caracterizadas por la ausencia de cualquier tipo de ejercicio de ciudadanía. Las dictaduras dejaron

como herencia una gran preocupación por la legalidad, que nos acerca como sociedad a los contractualistas. Lo complicado aquí es que perdura la ilusión de subsumir los conflictos en el consenso, con lo que pueden diluirse los derechos individuales. Cuando consideramos la perspectiva de género, y respecto al aborto es central, la postura comunitarista parece más comprensiva. Sin embargo, tampoco garantiza totalmente la posibilidad de reconocimiento de los derechos individuales.

El discurso jurídico procura su legitimidad en base a fuerza moral de la noción de 'la racionalidad' que lo caracteriza. Mi aproximación contrasta con esta posición y más bien se acerca a la postura desarrollada por Bourdieu contraria a la Teoría de la Acción Racional, en la que enmarca su noción que "el derecho más rigurosamente racionalizado es sólo un acto conseguido de magia social" (Bourdieu, 1985:16). El derecho no es otra cosa que acuerdos coyunturales, resultante de juegos de poder entre distintas fuerzas.

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

Los discursos

El *corpus* del discurso jurídico-legal incluye las actas de las entrevistas de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social llevadas a cabo en el proceso de discusión del proyecto de Ley sobre Defensa de la Salud Reproductiva a lo largo de 2002, a saber la Asociación de Magistrados del Uruguay; el Dr. Miguel Langón, Director del Instituto de Derecho Penal; Dr. Gervasio Guillot, Presidente de la Suprema Corte de Justicia; el Colegio de Abogados; Dra. Graciela López, Dirección de Prevención Social del Delito del

Ministerio del Interior. Esto se complementa con la revisión de los diarios de sesiones del tratamiento en ambas cámaras de los proyectos de ley en el periodo 2002-2004 y en el periodo 2007-2008. Como en casos anteriores, mantengo el anonimato de quienes asistieron a la Comisión porque sus nombres no aportan al análisis, más allá que las actas son públicas. Designo a cada uno de los discursos DJ (discursos jurídico), DJ 1, DJ 2 y así sucesivamente. Es distinto el análisis de los debates parlamentarios, donde cada legislador ocupa su lugar por los votos recibidos, por lo que corresponde dar sus nombres y partido político.

“la legislación debe responder a la posición de la sociedad manifestada a través de su Parlamento” (DJ 1)

“Por otra parte, acerca el Derecho a una realidad social impactante y al reconocimiento de derechos humanos fundamentales que, en el caso particular, afectan con especial vulnerabilidad al sexo femenino, tanto en mujeres adultas como en las adolescentes....” (DJ 4).

“La decisión está dada por las circunstancias:

“Esto es: no hay nadie a favor del aborto. Lo que se está es en contra de castigar penalmente aquellas situaciones donde la miseria de pauperización económica, fragilidad psicológica o vulnerabilidad -todos los textos a los cuales quieran referirse- llevan a la persona a incurrir en la maniobra abortiva” (DJ 3)

El análisis del lugar del enunciador en estos discursos, tomando en cuenta las posiciones contractualistas y comunitaristas, resulta revelador. Enunciador y emisor pueden ser distintos. El emisor es quien emite un discurso, el enunciador es quien enuncia lo que el emisor dice. El análisis de enunciador del discurso jurídico permite determinar dos lugares claramente definidos: un enunciador “ausente”, cuyas referencias son a partir del uso mayoritariamente de tercera persona impersonal, que tiende a diluirse en el mismo discurso, convirtiéndose en ocasiones en un meta discurso legal. En

estos casos, el enunciador analiza exclusivamente aspectos técnicos, de la letra. No existen referencias a las mujeres que se practican abortos (clase social, vulnerabilidad social, etc.). Esta manera de decir se asocia a contenidos contractualistas.

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

En el primer caso se destaca el detalle y preciosismo del análisis de la letra, sin discutir conceptualmente los alcances del proyecto de ley. Constituye una reflexión en un plano meta-jurídico -necesario para asegurar la consistencia de la ley- que no toma en cuenta la relación entre la elaboración de la ley y la sociedad de la cual emerge y a la cual quiere darse determinados marcos legales precisamente para su vida social. Por el contrario, en el segundo caso se intenta ajustar el proyecto de ley a la realidad social del país.

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

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

El primer tema puesto a debate fue el nombre de la ley, "Defensa de la salud reproductiva". Los legisladores contrarios a la legalización del aborto

planteaban que se trataba de un eufemismo para referirse a la legalización de éste. Los favorables al proyecto de ley, respondían que ésta incluía un número importante de ítems además del referido a la legalización del aborto, entre los que se incluía educación sexual y planificación familiar.

Como este trabajo trata sobre el aborto voluntario, centraré mi análisis en los debates del proyecto de ley correspondiente al capítulo II, justamente el que refiere a la interrupción voluntaria del embarazo⁷⁸.

El análisis muestra que los argumentos van de lo abstracto a lo concreto, según más cercanos a posiciones contractualistas o comunitaristas.

Los argumentos esgrimidos por los legisladores contrarios a la despenalización del aborto en ambos períodos generalmente se basan en fundamentos abstractos que refieren a una mujer que no se corresponde necesariamente con las mujeres concretas que abortan. Algunos de ellos recurren a doctrinas religiosas y/o metafísicas que aluden al momento en que aparece el alma o al inicio de la vida en tanto persona. En general, las voces contrarias a la legalización, construyen su discurso en torno a la concepción del propio producto de la concepción como persona sujeto de derechos⁷⁹.

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

“... consideramos que esas causales son extremadamente subjetivas⁸⁰ pues la norma proyectada expresa: ‘a su juicio’. Esta expresión (...) denota claramente la subjetividad que tiene el criterio, en el sentido de que la madre considere que a su juicio esas causales le impiden seguir con el embarazo. En esta materia está en juego el derecho a la vida, que, creemos,

⁷⁸ El Proyecto de Ley se encuentra en el anexo.

⁷⁹ Ardaillon (1997; 2005) lo analiza para Brasil.

⁸⁰ Se refiere a las contenidas en el proyecto de ley, Art. 9 (condiciones).- Para ejercer el derecho reconocido en el artículo anterior, la mujer alegará ante el médico circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso”.

no es cualquier derecho, sino el primer escalón (...) ocupa un lugar en materia de valores superiores, por encima de los pragmatismos o realismos (...) el valor de la vida es un concepto demasiado caro e importante". En otra intervención, el mismo senador afirmó *"En base a una meditada decisión, consideramos que la jerarquía del derecho a la vida está por encima de otras consideraciones...."* (Senador Da Rosa, en contra, Partido Nacional).

Estas argumentaciones contraatacan una idea que jamás se afirmó en ninguno de los dos proyectos de ley ni en sus justificaciones: la idea de que no hay vida antes de las doce semanas de gestación⁸¹.

Otras argumentaciones han privilegiado lo que denominan un 'beneficio para la sociedad' como elemento fundamental: *"Todos los que hemos asumido posiciones sobre este tema, lo hemos hecho considerando que es lo mejor para la sociedad (...) Tenemos una población casi estable, que crece muy poco (...) la baja tasa de natalidad y la emigración, dos indicadores que vaticinan un futuro oscuro y problemático para la sociedad uruguaya"* (Senador Amaro, en contra, Partido Colorado)

Esta argumentación coloca el énfasis en la tensión individuo-sociedad. El liberalismo utilitario propone que a mayor bienestar individual, mayor bienestar colectivo, esto supone una "sociedad orgánica-simbiótica, en la cual las pérdidas individuales se compensan con las ganancias sociales" (Figueira-McDonough, 1990: 29)⁸². Esta postura es contraria a la expresada en el fragmento transcrito. El legislador señala la necesidad de aumentar el número de nacimientos -por lo tanto las mujeres no deben abortar aún cuando no quieran ser madres- porque la sociedad lo necesita, pero nada dice respecto a quién debe ser responsable por el bienestar de esos niños. De modo que la pregunta central es ¿Quién debe hacerse cargo de una nueva criatura, y cuáles son sus derechos y deberes respecto a ella? Si se considera que una mujer es un sujeto moral, es decir capaz de tomar sus propias

⁸¹ Daniel Jones hace este planteo en su análisis de los debates 2002-2004 (Jones, 2007).

⁸² Original en inglés.

decisiones, entonces debe tener la posibilidad de asumir responsabilidades y compromisos. En tanto solo las mujeres tienen la posibilidad de embarazarse, entonces son ellas quienes deben asumir el compromiso de llevar o no a término su embarazo, y comparar esa opción con los otros compromisos y responsabilidades que ya tenga asumidos. (Figueira-McDonough, 1990)

Este razonamiento empata con las nociones de libertad y libre opción propias del liberalismo.

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

El mandato social no censura tanto la interrupción del embarazo como que sea la mujer quien lo decida, no son considerados sujetos legitimados socialmente para tomar la decisión de interrumpir su propio embarazo. El cuerpo, la sexualidad de la mujer son tratados como asunto público.

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

“Ellas están solas (...) quien debe someterse a un aborto es la mujer. (...) Estamos, señor Presidente, nos guste o no, administrando un capital ajeno. Podemos disfrazar ese hecho de mil maneras distintas; podemos manejar (...) los porcentajes de mortalidad materna como consecuencia de abortos realizados en condiciones inapropiadas o hablar (...) del interés ético de la sociedad en preservar el valor de la vida humana por encima de cualquier consideración (...) estamos nosotros, los legisladores hombres,

decidiendo en abstracto sobre lo que es en concreto una realidad a la que solamente, y solas, se deben enfrentar las mujeres.” (Senador Breccia, Frente Amplio)

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

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

También aparecen alusiones a la necesidad de incorporar una perspectiva de género al tema. *“Consideramos que va a ser difícil que se incorpore la perspectiva de género en las políticas de salud, si el concepto que se utiliza es sólo y estrictamente biomédico y si en los diagnósticos de situación del país no están presentes las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres, de las que derivan las situaciones de violencia que sufre la mujer (...) cuando decide interrumpir su embarazo, ya que es penalizado..”* (Senadora López, a favor, Frente Amplio).

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

¿La vida o la libertad de elegir?

El conflicto de intereses mujer-zef, es decir el conflicto entre *la libertad y la vida* ocupó un lugar central en los debates parlamentarios así

como en otros debates públicos. No es una discusión novedosa en sí misma, sin embargo su actualidad hace que amerite un análisis. El debate llega a un punto muerto dada la inconmensurabilidad en tanto imposibilidad de diálogo al tratarse de principios no negociables en una y otra de las premisas⁸³. Acá intentaré dar cuenta de algunos de los elementos involucrados y subyacentes en la discusión centrada en el conflicto mujer-zef.

La ideología del nombre

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

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

El conflicto mujer-zef aparece a distintos niveles. En lo concerniente a los debates políticos y legislativos, algunos de los argumentos conservadores esgrimidos en el parlamento uruguayo por aquellos contrarios a la legalización del aborto siguen el "mito" (como lo denomina Lorea, 2006) de que la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa

⁸³ Danielle Ardaillon denomina *différends* siguiendo a Lyotard, a estos "conflictos sin solución, son discusiones que no llegan a un consenso definitivo" (Ardaillon, 1997)

Rica, de 1969) asegura la protección de la vida desde la concepción. La feminista uruguaya Graciela Dufau hizo un análisis sobre las ya famosas 'comas' en "en general"⁸⁴. Lorea afirma que

"sostener que ese dispositivo impide a los Estados signatarios del Pacto descriminalizar el aborto, revela un enorme desconocimiento sobre la construcción histórica de la Convención Americana de Derechos Humanos, o, peor aún, resbala para la esfera de la deshonestidad intelectual" (Lorea, 2006: 196)⁸⁵

Vida vs. libertad, *zef* vs. mujer resume la discusión jurídico-legal. ¿Cuál es el bien que el Estado debe velar?

En la mayoría de los textos que integran nuestro *corpus* el sujeto es un supuesto bien social colectivo. *"Lo aceptamos [al proyecto de ley] porque creemos que propone un balance más que razonable y justo entre los alcances que la técnica curativa médica tiene al presente y los valores con que se juega"* (DJ 3). Encontramos asimismo la procura del 'balance', del 'equilibrio', necesarios para llegar a acuerdos y consensos, y evitar enfrentamientos y conflictos.

En varios de los discursos aparece la tesis de los dos bienes jurídicos, *"¿Cuál es el bien jurídico protegido por la legislación que penaliza el aborto?" "En cuanto al delito del aborto, la primera cuestión es determinar... cuál es el bien jurídico protegido."* (DJ 2)

"Por un lado, tenemos el bien jurídico que es el derecho a la vida y, por otro, el bien jurídico que es la decisión y el consentimiento de la mujer"

⁸⁴ Convención Americana de Derechos Humanos Artículo 4º, inciso I, "toda persona tiene derecho que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente". . "Entonces, el Pacto de San José de Costa Rica habla 'en general,' -entre comas- y las discusiones que se realizaron a nivel internacional que explican el sentido de esta frase indican que de esa forma se da cabida a las excepciones que pudiera haber, como esta del caso del aborto regulado en condiciones y plazos" (Dufau CLADEM, Comisión No. 194, Comisión de Salud y Asistencia Social, 5.6.2002).

⁸⁵ Original en portugués.

de hacer con su cuerpo lo que ella desee. Es un tema opinable porque se trata de dos derechos. No es que se desconozca el derecho del feto sino que se toma la vida de la mujer como prioritaria porque el feto fruto de su vientre forma parte indisoluble de ella, es toda una unidad que se defiende en la vida de la mujer.” (DJ 1)

Se presenta la contraposición entre la mujer y el *zef*. En uno de los textos discursivos analizados (DJ 2) el término ‘mujer’ aparece connotado por ‘bien jurídico’ y por ‘madre’; mientras que *zef* aparece connotado por ‘bien jurídico’, ‘niño’, ‘el concebido’, ‘persona’ y ‘feto’. Decir madre siempre remite a alguien a un ¿de quién?, es un término relacional, la mujer deja de ser un sujeto autónomo para situarse en relación -de madre- con el sujeto implícito de la enunciación; en estos casos, *zef*. Conuerdo con M. Campagnoli (2000) en subrayar la diferencia existente entre decir ‘mujer embarazada’ o ‘mujer grávida’ y decir ‘madre’.

Por el contrario, en otra pieza discursiva (DJ 1), ‘mujer’ aparece connotado principalmente por *mujer* (en tanto sujeto) y por *madre* cuando estaba referida a *zef*; por su parte *zef* aparecía connotado sólo por ‘feto’. En DJ 4 las connotaciones de mujer son básicamente mujer como categoría descriptiva y como sujeto autónomo; madre aparece sólo en relación a un embarazo aceptado. En cuanto a *zef*, no aparece una sola referencia a *niño* o *persona*.

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

El análisis de las nociones asociadas a uno y otro término da cuenta de la visión del discurso jurídico. La misma amplitud terminológica de las referencias a *zef* esgrimida en uno de los textos analizados en contraposición con la pobreza en cuanto a las referencias a la mujer da cuenta del peso relativo de los ‘sujetos’ intervinientes en las argumentaciones jurídicas sobre el aborto.

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

El comienzo de la vida

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

“Estamos ante la discusión sobre cuándo empieza la vida de una persona, si se trata de una persona o no...” (DJ 2)

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

“En cuanto al plazo de las veinte semanas, también hubo cierto acuerdo a nivel de Comisión en que parece algo extenso; se manejó la hipótesis de que probablemente la ciencia avance hasta el punto que dentro de muy poco un feto de veinte semanas pueda nacer viable y nos preguntamos qué sucedería dentro de esa proyección de algo que sucederá a muy breve plazo” (DJ 3)

Se llega a un resultado poco claro, porque la ciencia constituye un método para buscar ciertas respuestas, el cual se basa necesariamente en su falibilidad. Es decir todo enunciado científico debe ser contrastado empíricamente, pudiendo entonces ser falso o verdadero. En este último caso sólo será verdadero provisoriamente -a la espera de los avances en los conocimientos científicos- por tanto la ciencia nunca llega a verdades absolutas. Por otro lado, los desarrollos tecnológicos -incluyendo las

tecnologías médicas- posibilitan prácticas que serían imposibles sin ellos. Las verdades son del orden de la metafísica o de la ética, nunca de la ciencia. Sin embargo, los argumentos científicistas tienen la facultad de desactivar políticamente la discusión sobre el aborto⁸⁶.

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

“... desde nuestra óptica, existe vida desde la concepción. A medida que han ido pasando los años, la evidencia científica avala cada vez más esa posición (...) Está científicamente comprobado y demostrado que con la unión de los 23 cromosomas paternos y los 23 cromosomas maternos, producida en el acto de penetración del óvulo por el espermatozoide, o sea en la fecundación, se genera un individuo único e irrepetible (...) El embrión es ‘otro’ con relación a la madre -está en la madre, aunque podría no estarlo, pero no es de ella” Y más adelante, el mismo legislador cita a Juan Pablo II, *“La vida es un bien absoluto y no relativo”* (Senador Long, en contra, Partido Nacional)

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

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

⁸⁶ Klein (2005) se extiende en este punto.

“El embrión es una entidad jurídica autónoma cuya existencia debe ser preservada por su propio valor humano intrínseco y por lo tanto tutelable desde punto de vista penal (...)” (informe en minoría de Argenzo, 13.11.2002, p. 40)⁸⁷.

El informe en mayoría en esa oportunidad apuntaba que

“Existe una colisión de derechos que se enfrentan con fuerza en este problema del aborto, uno es el derecho a la vida del no nacido dependiente de la madre, y el otro o es la vida de la madre, que es autónoma, pero de la cual también pueden depender otras vidas humanas. A ello debemos agregarle otros derechos que tiene la madre embarazada: el derecho a la libertad para decidir sobre su cuerpo y actuar en consecuencia, el derecho a la salud y fundamentalmente a la salud sexual y reproductiva (...)” (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 13.11.2002, p. 44)

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

Para cerrar

Como pudo observarse existen discursos socialmente legítimos que promueven que todo producto de una concepción nazca, mientras que otros sostienen que una mujer tiene derecho a interrumpir un embarazo. Los enunciadores principales de unos y otros han modificado sus argumentos con el correr de los tiempos. La Iglesia Católica permite percibir como los contextos culturales influyen en la definición de su dogma. También las

⁸⁷ Probablemente el legislador no haya medido el alcance de sus palabras, ya que si el Código Civil considerase que el embrión es una ‘entidad jurídica’ deberían modificarse una serie de leyes, entre ellas las de herencia, aún cuando no llegué a nacer.

organizaciones feministas han modificado sus énfasis (de aborto a derechos sexuales y reproductivos).

Se trata de discursos que influyen en las acciones individuales. Sobre las discusiones parlamentarias que de alguna manera constituyen una síntesis de lo expuesto por los distintos grupos en la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, quiero llamar la atención sobre algunos tópicos centrales. Por un lado las discusiones en torno a 'vida'; la disputa entre mujer-zef; la disputa libertad-vida. Algunos de ellos probablemente aparezcan formando parte de las prácticas y cavilaciones de mujeres y ginecólog@s.

PARTE 3

MUJERES Y GINECÓLOG@S FRENTE AL ABORTO

CAPITULO 5

LAS MUJERES: SUS PRÁCTICAS Y DISCURSOS FRENTE A UN EMBARAZO NO ESPERADO, LA CONSTRUCCIÓN DE LA DECISIÓN DE ABORTAR Y LA REALIZACIÓN DEL ABORTO

“Difícil de tomar porque se va en contra de un mandato de la naturaleza” (Florencia)

“.. me lo sacaba o me lo sacaba” (Diana)

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

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

- Obligación conyugal:

"Y a veces yo no tengo ganas... a mí el sexo no es algo que... yo que sé. Pero a ellos les gusta, mi marido siempre quiere. Y bueno... a mí no me importa. Me gusta que se quede contento." (Eloisa, nivel socioeconómico medio)

En la misma dirección una adolescente entrevistada en una policlínica me dijo que tenía relaciones sexuales sin ganas, solo porque creía que debía acceder cada vez que su pareja quisiera. Varias entrevistadas consideraban que en tanto amaban a sus compañeros, debían tener sexo con ellos. La visión romántica del amor engarza con la noción de 'ser para el otro', la mujer sacrifica su propio deseo para satisfacer el del varón (también señalado por Grinberg, 2001; Lamas, 1996; Lagarde, 1996). Simone De Beauvoir (1965) señalaba que a los chicos se les anima a afirmarse a sí mismos como sujetos, mientras que a las chicas, a aceptarse a sí mismas como objetos, a apreciar su ser-para-los-otros como su dimensión básica. Algunos testimonios dan cuenta que las mujeres llegan a no tomar en consideración sus deseos, no tomarse en cuenta a sí mismas como personas, sino que se perciben solo en función de los otros.

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

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

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

- Peligrosidad e ingobernabilidad:

Una mujer, refiriéndose al momento en que se tienen relaciones sexuales decía: *"No pensás en pastillas ni nada, metés la pata!"*. (Notas de campo, policlínica A, abril 2007)

"...porque mi madre siempre me decía 'cuando se calienta la de abajo la de arriba no gobierna' y pasa eso capaz que una parejita que ya están de novios, capaz que ya están más prevenidos pero si te encontrás con una canita al aire como le decimos nosotros no estás prevenido. Digo pasa y se terminó. Pero a nosotras nos pasa." (Alicia, nivel socioeconómico bajo)

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

- Placer y autoafirmación.

"A mí me gusta... me gusta sentirme deseada, que querés que te diga [riéndose] está bueno, el sexo está bueno" (Leticia, nivel socioeconómico medio)

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

- Prácticas sexuales son prácticas reproductivas.

Una mujer con quien conversé en la sala de espera argumentaba su postura contraria al aborto diciendo: *“Una se abre de piernas porque quiere; después que se haga cargo”*. (Notas de campo, policlínica C, agosto 2007).

Un número importante de mujeres con quienes conversé en las salas de espera de las policlínicas, ligaban las prácticas sexuales con las reproductivas de manera indisociable. No consideraban a la posibilidad de llevar adelante una actividad sexual, exentas de la eventualidad del embarazo. Interrogadas sobre los MAC⁸⁸, afirmaban conocerlos, sin embargo éstos no entraban en su horizonte de posibilidades. No los asociaban a llevar adelante prácticas sexuales no reproductivas, es más, muchas de ellas no los usaban regularmente a pesar de no tener intenciones de embarazarse.

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

Una mujer de 19 años, con tres hijos -los tres resultado de embarazos no esperados-, separada de su compañero antes de que naciera el menor, dice que ahora no mantiene relaciones sexuales, *“disparo de los hombres!”*. (Notas de campo, policlínica C, agosto 2007)

Otra de 18 años me comenta que antes ella no usaba MAC, ni seguía ninguna práctica anticonceptiva porque no se le había ocurrido la posibilidad de embarazarse a pesar de mantener relaciones sexuales de manera habitual. Cuando queda embarazada, su pareja -que tenía 20 años- estaba algo desconforme, pero luego lo acepta. *“¡Tendríamos que habernos cuidado!”*, termina exclamando, pero desde una mirada retrospectiva. En el momento ella aceptó su embarazo sin problematizarlo; no deseaba ser madre; pero consideraba que estaba en su *“naturaleza de mujer”*. (Notas de campo, policlínica C, octubre 2007)

⁸⁸ Métodos anticonceptivos

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

Regulación social de la reproducción y dominación masculina

El material empírico relevado refuerza la noción de que en nuestras sociedades modernas, la regulación social de la sexualidad y la reproducción constituye un eje estructurador de la vida social y una expresión y representación de la 'objetivación' simbólica de las mujeres (Bonan, 2003; Bozon, 2004; Mujica, 2007). En ese marco, la reproducción se constituye en un campo de disputa de sentidos, prácticas, significados y resignificaciones privilegiado. Entre llevar adelante prácticas sexuales porque es 'su deber' como mujer, o tener sexo por la ingobernabilidad de su cuerpo se ubica un amplio espectro del no ejercicio de derechos. Estas características respecto a su sexualidad, colocan a las mujeres como 'no agentes'. De acuerdo a Giulia Tamayo (2001) ese campo de disputa es un núcleo central de "tensión en relación con el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos".

En una sociedad articulada a partir de la dominación masculina (Bourdieu, 2000), el cuerpo de las mujeres y su sexualidad (sus prácticas y significados) es el terreno donde se actualiza esa dominación, extendiéndose al campo de la regulación de la reproducción. A pesar de la difusión masiva de los MAC, especialmente los ACO⁸⁹ comúnmente conocidos como 'la píldora', y su significado como elemento que 'libera' a las mujeres de las prácticas sexuales ligadas a la procreación, las disputas sobre el control de sus cuerpos

⁸⁹ Anticonceptivos orales

y la reproducción no han cesado. Tampoco han cesado dentro mismo de las mujeres quienes no logran vivir y experimentar sus cuerpos de manera autónoma (separados de la reproducción, del deseo del varón o de la ingobernabilidad).

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

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

"...la representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social se ve investida por la objetividad de un sentido común, entendido como consenso práctico y dóxico, sobre el sentido de las prácticas [y como

consecuencia] las mismas mujeres aplican a cualquier realidad (...) unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder [que derivan de actos de conocimiento, reconocimiento práctico y adhesión] que no tiene que pensarse ni afirmarse como tal, y que ‘crea’ de algún modo la violencia que sufre” (Bourdieu, 2000: 49)⁹⁰.

5.2 *El embarazo no esperado*

5.2.1 Embarazo no esperado y prácticas anticonceptivas

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

Un embarazo no esperado es independiente de que la mujer lleve a cabo ciertas prácticas anticonceptivas o no. Las prácticas pueden incluir el uso de MAC o basarse en el coito interrumpido u otra. El único punto es que al momento de tomar conocimiento de la gravidez, ésta no es esperada. Una vez tomado conocimiento puede convertirse en un embarazo deseado o “no viable”. Uso la categoría “embarazo no viable” (Sansevieri, 2003) para referirme a aquellos embarazos sobre los que la mujer ya tomó la decisión de

⁹⁰ Itálicas en el original.

abortar pero aún no lo llevó a cabo. La categoría se construye a partir de la decisión de la mujer de abortar y no por la manera en que se produce el embarazo. Este es un punto importante, es la situación específica que está viviendo la mujer lo que define el tipo de embarazo (viable o no viable). Ella no quiere o no puede continuarlo en las circunstancias vitales por las que transita, lo cual puede acaecer incluso cuando en un primer momento el embarazo haya sido deseado. Lo distingo del 'embarazo no conveniente' también definido desde el presente del embarazo. En estos casos la mujer podría culminar su embarazo aunque en un momento hubiera preferido interrumpirlo. Entre los profesionales de la salud se utilizan los términos "embarazo no deseado" o "embarazo no planificado", sin problematizar quien define o desde qué lugar se define el tipo de embarazo.

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

Las mujeres han realizado diversas prácticas anticonceptivas desde tiempos inmemoriales, van desde coito interrumpido, a colocarse distintos dispositivos en la vagina⁹¹. Con la llegada de los llamados anticonceptivos modernos, en la década del sesenta, se hizo posible una realidad no vivida previamente por la gran mayoría de las mujeres: gozar la sexualidad en su exclusiva dimensión erótica, independiente de la reproducción. Se pensó que con la difusión de los métodos anticonceptivos (MAC) ya no habría embarazos

⁹¹ Al respecto, la película peruana "La teta asustada" da cuenta de una joven campesina, que para 'protegerse' de posibles violaciones, se había colocado una papa en la vagina. "La teta asustada", 2009, dirigida por Claudia Llosa.

no esperados, sin embargo éstos siguen existiendo, y de acuerdo a Leridon (1995) su aparición es menos aceptada en la medida que aumenta la eficacia de la tecnología anticonceptiva. La persistencia de la práctica del aborto en sociedades como la uruguaya, donde el conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) es muy amplio, exige al menos una reflexión. Las prácticas anticonceptivas requieren una atención constante cuya recompensa (ausencia del embarazo) no es visualizada con claridad dado que no es inmediata. En contraste, el aborto constituye un solo acto con un resultado inmediato. El aborto interviene después del hecho, se realiza para interrumpir un embarazo, refiere por lo tanto al embarazo y no a las prácticas sexuales. Mientras que el uso de los MAC forma parte del ejercicio de la sexualidad no reproductiva.

“Acababa de morir una amiga y me sentía muy mal (...) y esa noche viene ese muchacho, yo/ imagínate! ... yo que me voy a poner a pensar en, en nada... nada, este, eh, no pensé. Ni siquiera supuse que él se iba a cuidar (...) me contuvo muchísimo. Cuando se estaba yendo, le dije, ‘vení, yo quiero estar contigo’, este.. y, y, un pelotudo, un pelotudo. [no usó condón] Entonces, después yo empecé a sacar cuentas y pensé que no, que no, que no iba a quedar, pero igual, cuando se fue, yo en la cartera tenía un Ponstinor y dije, yo lo tomo, igual, no pierdo nada”. (Graciela, nivel socioeconómico medio, el resultado de ese encuentro sexual fue un embarazo)

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

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

La mayoría de las mujeres manifestaban que el embarazo no esperado fue resultado de una falla en los MAC. Si bien este es un motivo plausible, el análisis de la información mostró que las mujeres apelan a esta causa por ser una razón 'aceptada' para un embarazo no esperado, especialmente por el personal de salud. En la India, la falla del MAC es una causal aceptada para que la mujer se practique un aborto (Rabindranathan, 2003:459)⁹². En el transcurso de las conversaciones mantenidas una vez concluido el cuestionario, con frecuencia las mujeres entraban en contradicción con lo expresado al responderlo. A modo de ejemplo, una mujer dijo que su embarazo era el resultado de la rotura del condón, y luego me comentó que usaba anticonceptivos orales (ACO) porque su pareja se negaba a usar preservativos.

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

Un tipo de incongruencia similar sucede respecto a la negociación sobre el uso del condón. Al responder el cuestionario, varias dijeron que el embarazo no esperado se debía a la negación de su pareja a usar el condón.

⁹² "La angustia causada por tal embarazo no deseado [el que resulta de la falla de un MAC] puede suponerse que contribuirá a lesiones graves a la salud de la mujer embarazada". En India el aborto es legal.

Luego, en la conversación manifestaron no tener problemas en cuanto a la negociación por el uso del condón. Esto estaría significando que ella tampoco tenía interés en que él lo usara (pero decirlo sería 'ser irresponsable'), o que no logra negociar su uso pero no quiere dejar eso en evidencia.

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

Entre las mujeres de capas medias, las prácticas anticonceptivas presentan tanto semejanzas como diferencias respecto a las prácticas de las mujeres de sectores pobres. Las entrevistas realizadas indican un uso correcto de los MAC, especialmente ACO; así como una mayor popularidad del uso del DIU. Entre las mujeres pobres existen una serie de creencias respecto al uso de este método, que van desde relatos de bebés que nacieron con un DIU incrustado en la cabeza, a cuentos sobre una mujer a la que el DIU se le fue al corazón. Entre las mujeres de capas medias, existe un conocimiento adecuado del DIU, sus principios, la forma en que opera, los cuidados que exige, siguiendo el proceso de medicalización de sus cuerpos.

Consecuentemente entre las mujeres de este sector social, la información y uso correcto de estos MAC es mayor que entre las mujeres pobres.

Sin embargo, al igual que entre las mujeres de sectores pobres, entre éstas también es elevado el porcentaje que desconoce el uso apropiado del condón, dejándolo totalmente en manos de su pareja. No obstante, algunas parecen estar mejor posicionadas para negociar el uso de condón. Cuidarse de las ITS, en especial de vih-SIDA está más extendido entre los sectores medios que entre los pobres⁹³.

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

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

“... yo para mí hay un grado de inconsciencia (...) Yo me cuido naturalmente, no?” (Florencia, nivel socioeconómico medio)

Cerca de un tercio del total de mujeres encuestadas no usaban MAC. Entre ellas, algunas mencionaron seguir ciertas prácticas anticonceptivas como “terminar afuera”⁹⁴ o “las fechas”⁹⁵. Cuando el método a usar es “por las fechas”, es frecuente que sus parejas no acepten tener sexo solo los días

⁹³ En investigaciones previas, Rostagnol (2003c) trabajó sobre la relación entre varones y mujeres pobres, especialmente adolescentes y jóvenes y prácticas sexuales. Todos los adolescentes pobres tenían reticencia hacia el uso del condón, alegaban que ellos sabían “si la mina está picada” [si es portadora de vih].

⁹⁴ Es la manera más habitual con que las mujeres se refieren al coito interrumpido, especialmente las de sectores pobres.

⁹⁵ Es la forma habitual en que las mujeres de todos los sectores sociales se refieren al método Ogino Knaus, método natural de regulación de la fecundidad.

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

“Este... yo nunca dejo, jamás dejo que me acaben adentro, jamás (...) Yo no estaba tomando pastillas porque decía, para qué vas a tomar pastillas, para tener sexo una vez al mes, alguna vez cada dos meses, no voy a estar tomando pastillas porque no son buenas... para el cuerpo” (Graciela, nivel socioeconómico medio)

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

La Anticoncepción de Emergencia (AE) ameritó preguntar de manera específica acerca de su conocimiento y uso, ya que se trata de la manera más adecuada de evitar un embarazo en caso de no haber tomado precauciones o haber fallado el método. La mitad de las mujeres a las que se les aplicó el cuestionario manifestó conocer el Anticonceptivo de Emergencia, siendo las más jóvenes, en general menores de 30 años, quienes afirman conocerlo.

Las relaciones forzadas con parejas estables aparecieron muy tímidamente en las entrevistas de sala de espera. Las mujeres que manifestaron tener relaciones solo porque su pareja quería, no consideraba que este tipo de relación entrase en la categoría de ‘forzada’. Dejaban esta denominación para aquellos encuentros sexuales mediados por actos violentos. Entre quienes hicieron alguna mención a relaciones forzadas, solo dos resolvieron el problema explicitando su situación y negándose. Sin embargo un número no despreciable de entrevistadas aludió a tener

problemas con sus parejas, en algunos casos se trataba de hombres violentos que las obligaban a tener sexo cuando ellos querían. Sin embargo, ellas no problematizaban esta situación, más bien se referían a ellas 'naturalizadamente'.

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

Las conversaciones llevadas a cabo en torno a la anticoncepción mostraron la complejidad del tema; prácticas anticonceptivas no es necesariamente lo mismo que el uso de métodos anticonceptivos. Sobre cada práctica y método existen diversos sentidos y significados, siendo uno de ellos el proveniente de la medicina y de las políticas públicas; se cruzan sentidos del cuerpo, de la moral, relaciones de poder con el compañero sexual; además, por supuesto, del tipo de relación sexual de que se trate (estable, casual) todo lo cual ameritaría una investigación específica sobre la temática.

Entre las adolescentes.

El embarazo en las adolescentes da cuenta de una sexualidad activa por parte de la joven. Sexualidad sobre la cual la sociedad ofrece discursos contradictorios: apenas una incipiente educación sexual aún no consolidada en los programas oficiales de educación⁹⁶ asociada a imágenes eróticas de adolescentes en los medios de comunicación masiva.

⁹⁶ En marzo de 2006 la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) constituye la Comisión de Educación Sexual con el cometido de "elaborar un proyecto programático que apunta a la incorporación de la educación sexual en el proceso educativo integral de las y los alumnos, basado en un contexto de Desarrollo, Salud y Derechos que potencie la construcción de ciudadanía" Anexo 1 -(Res. 1-100213/05). Es así que en 2007 se incorpora el Programa de Educación Sexual al sistema. Este programa viene desarrollando actividades de formación a docentes de enseñanza primaria y secundaria en el área de educación sexual. En 2010 se dejó sin presupuesto el Programa de Educación Sexual, lo cual tuvo como consecuencia modificaciones importantes respecto a su implementación, aún no asentadas.

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

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

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

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

A igual que entre las mujeres adultas, la concepción no buscada deviene de prácticas anticonceptivas inadecuadas, ya sea por la no utilización de métodos o por su uso incorrecto o discontinuo. Con frecuencia las adolescentes -independientemente de su sector social- tienen dificultades en tomar píldoras anticonceptivas, en algunos casos porque sus padres ignoran que tienen una vida sexual activa y quieren seguir ocultándoselas.

“Escondía las pastillas en los zapatos para que mi madre no supiera” [Diana, nivel socioeconómico bajo, refiriéndose a su adolescencia]

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

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

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

Por otro lado, algunas también manifestaron dificultades en ser ellas quienes lo proporcionan.

“si me ve con un preservativo, va a pensar que soy una zarpada”.
(Lidia, 17 años, nivel socioeconómico bajo, en relación a lo que pensaría su novio)

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

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

“Pasó que se le rompió el preservativo, los dos nos dimos cuenta, ninguno de los dos hizo nada, como tomar postinol, algo de eso. Después me vengo a enterar que no son muy efectivos no sirven

para mucho, ninguno de los dos hizo nada..." (Marisa, nivel socioeconómico medio)

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

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

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

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

La difusión de la anticoncepción de emergencia es parcial. Son pocas las adolescentes que van al ginecólogo para realizarse un chequeo y discutir las posibilidades de regulación de su fecundidad (Sanseviero, 2008). Cuando lo han hecho, difícilmente los ginecólogos les informaron sobre su uso. No es de fácil acceso a menos que se la compre en una farmacia, ya que si bien en las policlínicas públicas se supone que hay stock y su entrega es gratuita, no

siempre están disponibles⁹⁷. El conocimiento de la AE proviene fundamentalmente del 'boca a boca', es fragmentado y en ocasiones distorsionado, induciendo a usos inadecuados. Sin embargo son las adolescentes quienes manifestaron tener más información sobre AE en comparación con las mujeres adultas.

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

Entre las adolescentes de estratos bajos, es más frecuente que los embarazos no esperados lleguen a término. Los embarazos de varias adolescentes fueron no esperados, pero una vez embarazadas no pensaron en abortar, sino que cursar el embarazo se tornó lo deseable. Esta observación coincide con los hallazgos del estudio de Aquino *et al.* (2003) entre adolescentes de Salvador (Bahía), Rio de Janeiro y Porto Alegre. Entre adolescentes de sectores socioeconómicos medios la interrupción de embarazo no esperado es más frecuente. Entre ellas, la maternidad no parece estar en su horizonte de posibilidades -y menos aún en la de sus padres⁹⁸- no obstante algunas entrevistadas han continuado sus embarazos con apoyo familiar⁹⁹.

⁹⁷ La directora de una policlínica ubicada en un barrio periférico rodeada de asentamientos, me dijo que cuando ella no estaba, dejaba las pastillas de AE bajo llave, para que no se hiciera un mal uso de las mismas. De modo que si ella estaba ocupada en las tareas administrativas o no estaba en la policlínica, nadie podía facilitar ACE a una mujer.

⁹⁸ Uno de los ginecólogos con quien mantuvimos un prolongado contacto en oportunidad de una consulta post-aborto atendió una adolescente, a quien sus padres habían obligado a abortar.

⁹⁹ En otro trabajo compraré los abortos y las maternidades en mujeres adolescentes de sectores medios. Ver Rostagnol y Viera (2006b)

5.2.2 El “descubrimiento” del embarazo

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

“Yo temía, lo estaba temiendo. Hablé con una amiga que me dijo, ‘hacéte el examen’, y yo ‘no, vamos a esperar unos días más’ ¡Yo! que además soy de que la vez pasada como había tenido un retraso dije ‘ya lo hacemos’, al segundo día, a mí no me vas a tener sufriendo!’¹⁰⁰ Ella me decía, ‘dále, si no va a pasar nada’. Mentira!, la otra pensaba que yo estaba embarazada. Y bueno, llegó un día que lo hice, que fue muy gracioso porque llegué a la farmacia con mi amiga y mi amiga pidió el test. Entonces le dijo, porque es una situación muy incómoda, entran dos chiquilinas, jóvenes, a pedir un test de embarazo, no es... le pide el test, nos estamos yendo, y en la puerta el tipo nos grita ‘¡muchoa suerte!’ Y ahí me sentí, no sé, rarísima, entré a una farmacia de la que no voy nunca, además, no fui a la farmacia de la esquina tampoco. Y allá nos fuimos para casa y las dos rayita salieron en seguida. Y me vino como ese miedo rarísimo” (Marisa, 18 años, sector socioeconómico medio)

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

“...y cuando me enteré que estaba, no lo podía creer, no lo podía creer! ¡ Yo decía, no puede ser!! Las fechas estaban, yo decía, bueno, me pasó un shock tan fuerte [estaba pasando momentos difíciles] y me cambió el ciclo, y la pastilla [ponstinor] estaría

¹⁰⁰ Se trató solo de un retraso, en esa oportunidad no estaba embarazada.

vencida... se dieron, cuando se tiene que dar.. se tenía que dar”
(Graciela, sector socioeconómico medio)

Es un evento extraordinario porque lleva a la suspensión temporal de ‘vida normal’. La mujer pierde el control sobre su cuerpo y su vida, aparece muy fuertemente el deseo de volver a la normalidad, asimilada a ‘no embarazo’. Algunas también lo asocian a comportamientos irresponsables, sienten ‘vergüenza’ y culpa, lo cual se refuerza cuando deben contar lo que les sucede a otra persona, por ejemplo al médico.

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

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

5.3 Construcción de la decisión

Frente a un embarazo no esperado, al cúmulo de sensaciones y emociones que vive la mujer, se abre por lo general un panorama confuso que incluye negación del test de embarazo positivo, angustia, desesperación; fantasear con tener un hijo; revisión de proyecto de vida... es una lista casi infinita. Cada mujer vive un conjunto de emociones y sentimientos que

prevalecen ante cualquier racionalidad. Una decisión no resulta del mero razonamiento, implica una encrucijada ética. La mujer se enfrenta a una responsabilidad de la cual no se puede evadir y debe actuar (Klein, 2005:45). A partir de esa experiencia extremadamente compleja, la mujer va construyendo su decisión de abortar o continuar ese embarazo. Varias y diversas son las consideraciones que entran en juego durante el proceso de construcción de la decisión. Hay idas y vueltas, difícilmente se arribe a la decisión de manera inmediata y unívoca. Las mujeres explicitan algunas razones, mientras que otras quedan implícitas en sus narrativas sin ser expresadas como tales, rara vez es una sola, sino que se combinan. El material empírico muestra que se trata de un proceso complejo, lo que coincide con lo sostenido en otros trabajos (Rabindranathan, 2003; Bajos y Ferrand, 2002, Petchesky, 1984).

Es una decisión compleja porque todo es relativo (al momento vital, a la relación de pareja, a la situación económica, y podemos continuar); porque no existen universales en relación a la maternidad, ni al embarazo, ni al aborto. Por el contrario, sus significados y sentidos están mediados por las circunstancias específicas presentes cada vez que se produce, clase social, origen étnico-racial, existencia de otros hijos, presencia de la pareja, compromisos profesionales, entre otros varios. Pero más importante aún para considerar el carácter de único que tiene cada aborto concreto, es lo señalado por Rosalind Petchesky, "en las mismas circunstancias para la misma mujer, la conciencia sobre el aborto es multifacética y contradictoria" (Petchesky, 1984: 365), es decir en cada caso particular, la mujer tomará una decisión específica.

Pocas veces las causas se presentan puras, es por ello que la decisión se va construyendo a través de un proceso de idas y vueltas, inseguridades y desazones. Puedo aventurarme a plantear como hipótesis que cuando más nítidamente sobresale un argumento sobre todos los demás como único elemento a considerar, más agudos los dilemas que afronta la mujer, mayores sus dudas y conflictos consigo misma. Cuando existe una combinación de

varios motivos que la mujer considera valiosos para interrumpir ese embarazo, más firme es su decisión. No se trata de fórmulas mecánicas, la sensibilidad, el sistema de relaciones y la historia personal de las mujeres constituyen aspectos fundamentales en el proceso de construcción de la decisión. Es necesario además localizar el aborto en la circunstancia específica en que se realiza, dicho de otra manera, es necesario localizar ese embarazo no esperado en la circunstancia específica de vida de esa mujer que la lleva o le permite tomar la decisión de abortar. No es una decisión fácil, y no es poco frecuente que en la construcción de la decisión las mujeres cambien, argumenten en una dirección y al día siguiente en otra. Se abren distintas opciones, evalúan las distintas posibilidades y finalmente optan. ¿Qué toman en cuenta las mujeres en la construcción de su decisión? ¿Cuáles son los criterios que siguen en ese proceso?

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

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

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

1. Limitación temporal.

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

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

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

5.3.1 Limitación temporal.

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

La perentoriedad del tiempo comienza con la inminencia de la noticia, no hay matices, nadie esta "un poco embarazada".

"...Y yo estaba con ella en el momento en que me hice el análisis, que fue un momento rarísimo, y ella estaba conmigo, y bueno, me

tranquilizó, fue como un cable a tierra 'se va a solucionar, no pasa nada, lo vas a hacer', todo muy simple, no, como sacándole todo. Ahí fue una sensación rarísima ver las dos rayitas, fue miedo puro, nunca había tenido miedo puro (...) Pero nunca había sentido el miedo así. Además fue un instante, fue como un pánico, pánico, jahhhhhh, eso es mío!, y es algo que no le voy a poder escapar, que está ahí y lo resuelvo o lo resuelvo. (...) me quedé dura, porque me pasó eso, me quedé dura, y empecé a tomar agua, me vino como sed, empecé a fumar, a tomar agua, a fumar, a tomar agua. Y le pregunté a mi amiga cómo había sido el aborto de su hermana. Y me dijo, 'bueno, es anestesia general', cuando me dijo anestesia general, empecé a llorar como una histérica..." (Marisa, nivel socioeconómico medio)

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

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

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

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

"Comentamos con Teresa que el jueves no atendían en la policlínica de Asesoramiento del CHPR -Semana de Turismo- pero

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

5.3.2 La noción de maternidad/maternalidad, deseo de tener hijos (en algún momento de su vida)

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

Marcela Nari (2004) utiliza el término 'maternalización' de las mujeres para referirse a la confusión entre mujer y madre, feminidad y maternidad. Mucho se ha elaborado desde el feminismo cuestionando esta materialidad de la mujer desde su rol de madre (Badinter, 1992). Sin embargo parece persistir la noción que iguala mujer a madre en la *doxa*. Prevalece la noción que la maternidad está inscrita en los cuerpos de las mujeres, en su

'naturaleza'¹⁰¹. La maternalización no implica que las mujeres pueden ser madres, "sino que solo debían ser madres" (Nari, 2004:101). Estas concepciones han acompañado el proceso civilizatorio signado por el sistema capitalista. La noción prevalente en las primeras décadas del siglo XX era que las mujeres "sólo con hijos alcanzarían la feminidad *verdadera*, sólo así estarían *completas y felices*." (Nari, 2004:130)¹⁰². Contradictoriamente a lo que podría suponerse, la idea de madre implica sufrimiento, abnegación, no pensar en sí misma y dar todo por el otro; en una palabra, la maternalidad de las mujeres implicaba su desagenciamiento en tanto sujetos (Nari, 2004).

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

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

Elaboré un mapa de sentidos con el material de las entrevistas y de las notas de campo connotando la maternidad-el ser madres en relación a sí mismas. Los resultados ayudarán a pensar en las identidades de género con

¹⁰¹ Buena parte del pensamiento de Simone De Beauvoir en "El segundo sexo" deviene de cuestionar esta noción.

¹⁰² Subrayados en el original.

que estas mujeres “experiancian” sus vidas y el lugar asignado a la reproducción

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

“si te mandan hijos, es por algo”; “me educaron para ser mamá”
(Notas de campo, policlínica C, marzo 2007)

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

2. La maternidad como un auto-castigo por una conducta sexual inadecuada es observada en las narraciones respecto a otras mujeres, nunca con referencia a sí mismas. La maternidad forzada es considerada un castigo por un ejercicio de la sexualidad no aceptable.

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

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

“Me trataron como el orto, la enfermera o nurse, yo que sé quien era no paraba de decirme ‘¿Por qué no pensaste antes?!’. Y después el médico diciendo de todo porque me había puesto las pastillas, puteando contra el Pereira, y diciéndome que ‘¡qué

barbaridad lo que había hecho! ¡que mucho libertinaje, mucha cosa y después no se hacen cargo!'. Fue horrible, horrible, yo estaba ahí, la sangre no paraba, me dolía todo, tenía miedo. Por suerte estaba mamá que medio les paraba el carro".

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

3. Una decisión basada en el deseo. Sólo son madres cuando quieren serlo. La maternidad resulta del deseo de ser madre.

"Yo podría haberlo tenido, o sea económicamente lo podía sostener, este... y en el entorno también hubiera contribuido, los amigos, yo que sé... Pero igual, en definitiva estás sola y después el (...), es que es eso, yo creo que muchas mujeres ni piensan, casadas o divorciadas, lo que sea, solas. El bebe es lindo cuando nace, el bebe y no sé que, a veces es como una mascota, viste? Y después cuando crece, ya no hay pañales, y ya tiene que ir a la escuela, y después de qué, y darle límites y no sé qué y, es más complejo que tener un bebe, o sea que tenerlo, que tener pañales, viste? y maderas, y ...y resolver ese tema primario, eso es nada comparado con todo lo otro; un hijo es para toda la vida. Qué hacés, lo dejás tirado a los 15 años?, no sé como es. Yo creo que hay gente que no lo piensa eso. Para eso se precisa un entorno, un.. un poco, vos tenés que estar muy bien plantada. Si el otro no lo quiere, no quiere; si vos querés realmente, lo tenés. Y salís adelante, porque la prueba está hay muchas mujeres que lo han hecho. No hay mujer que no pueda, es que no quiere en realidad.." (Carina, nivel socioeconómico medio)

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

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

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

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

Hay una madre cuando hay un hij@

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

Algunas entrevistadas sentían un gran dolor acompañado de sentimiento de culpa por tomar la decisión de abortar, aunque sin remordimientos posteriores. En algunos casos donde mi relación con la entrevistada perduró varios años, pude constatar que a medida que pasaba el

tiempo más firme se sentía frente a la decisión tomada. Ese fue el caso de Elisa.

“Ahh, es una experiencia súper dolorosa (...) fue súper doloroso tomar la decisión y...y vivirlo, no? Porque es una cosa dolorosa, no sólo físicamente, sino que es algo también, digo que, de que te queda marcado: te queda marcado de ... creo que para siempre, y cada vez que ves un niño y... yo que sé, o ves una mujer embarazada .. o pensás que podías haber sido tú; no sé pero eso... lo voy a tener para siempre o hasta que tenga hijos y pueda... de alguna m.. forma compensar lo que hice; me siento culpable, igual.. bueno..” (Elisa, nivel socioeconómico medio)

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

Cabe destacar que entre las mujeres entrevistadas la decisión de abortar no ponía en cuestión su maternidad (existente o potencial)¹⁰³. La ausencia de un proyecto de maternidad futura en las entrevistadas no inducía, como propone Boltansky (2004:171-175) al rechazo del feto en términos de feto “tumoral”.

5.3.3 Las características de la relación de pareja con el compañero sexual.

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

¹⁰³ Algo similar encuentra en su trabajo sobre el aborto entre mujeres brasileñas Di Giovanni (1983), que señala “el deseo de la maternidad nunca era cuestionado, por el contrario, constantemente reafirmado”

parejas de acuerdo a las características relevantes para la construcción de la decisión¹⁰⁴.

a. *Pareja en sus inicios, con probable porvenir.*

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

-Tu pareja entonces no es una pareja consolidada como para tener un hijo?

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

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

b. *Parejas conflictivas y/o problemáticas.*

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

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

— ¿De la pareja?

— De la pareja. Y eso también me pesó muchísimo... la inseguridad, ¿no? La... el no saber si estaba tirando para el mismo lado... más allá de que el día de mañana no siguiéramos juntos. Pero como la...

¹⁰⁴ Bajos y Ferrand (2002) toman en cuenta el tipo de pareja que tenía la mujer en la construcción de la decisión de abortar, y tomé varias ideas de su investigación.

cuando vi, apareció la duda y dije ¿otra vez sola con dos? Sola con una, es una cosa, pero con dos... (Florencia, nivel socioeconómico medio)

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

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

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

“... apenas llegó la fecha y no tuve la menstruación, enseguida me compré un evatest. Y me dio positivo, por supuesto. Este... entonces bueno, tenía que tomar alguna medida porque no era algo que había, que hubiésemos planificado además él pensaba irse del país, esa era la idea. Así que.. bueno, tuve que buscar una solución” (Claudia).

El alcoholismo del compañero estable conviviente aparece como una causa de la conflictividad que inhabilita pensar en un hijo/a. Eso le sucede a

Margarita, después de haber tenido ya hijos con su compañero. Y también a Elena con una pareja relativamente estable aunque no conviviente.

“Este... si bien es una persona que yo adoro, tá, por una cantidad de cosas. Es una persona alcohólica, tá, con toda una problemática atrás y bueno... En realidad era eso, ¿no?, de esa cosa que se mantenía dentro de lo inestable y de lo informal, y producto de eso es que yo quedo embarazada por accidente y tá” (Elena)

d. La pareja como tal no existe.

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

“Si, si eso es (...) yo no, en ningún momento consulté a nada, a la otra persona. Podría haber dicho ‘bueno, vamos a poner la plata los dos, porque se nos rompió a los dos’. Pero no, pero preferí no, viste. En realidad es mi problema, ahora es mi problema.” (Marisa, nivel socioeconómico medio)

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

e. Pareja consolidada, con proyecto de futuro

De acuerdo a Bajos y Ferrand (2002) las mujeres enfrentadas a un embarazo no esperado que tienen una pareja consolidada, con proyecto de futuro, son las más proclives a continuar el embarazo. Entre las mujeres entrevistadas, era un número muy menor quienes estaban en esta situación al momento del embarazo no esperado, por lo que puede pensarse que quizás aquí suceda lo mismo que se observa en la investigación francesa.

El caso de Eloisa, de sectores medios, casada con dos hijos ya adolescentes, mantenía una buena relación con su marido. Frente a un embarazo no esperado, ambos toman la decisión de abortar. No se sentían en condiciones, ni con interés en “*empezar de nuevo*”. Transitaron juntos todo el proceso. Tomaron juntos la decisión, fueron juntos a las consultas pre y post aborto, y fue Andrés -el marido de Eloisa- quien la ayudó a colocarse el misoprostol y la acompañó en el aborto.

5.3.4 El contexto material

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

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

“Mi situación era muy mala, entonces no podía tener a la criatura, no tenía recursos, mi esposo estaba sin trabajo, yo estaba sin trabajo, pero quería hacérmelo en una clínica arriba del Bar San Felipe. Yo fui a ver como estaba, y estaba de casi dos meses, él me dijo que hasta los tres meses no hacía nada. Mi abuela me dio la plata, era mucha plata, era mucha plata, me la dio, yo fui, primero a una entrevista para ver cómo era...” (Jacinta, nivel socioeconómico medio-bajo)

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

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

5.3.5 Vivencia de la sexualidad

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

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

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

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

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

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

5.3.6 Momento interior/emocional que está viviendo.

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

“Y aparte estaba justo en un momento que estaba mal en la pareja, muy mal, estaba como que me iba a separar, mi hermana estaba muy... ella tenía una enfermedad, ahora falleció. Todo eso me presionaba, digo ‘pá, traigo otro niño ahora y estoy mal’ ”
(Diana, nivel socioeconómico bajo)

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

5.3.7 Su momento vital.

El momento vital refiere por una parte a aspectos relacionados a su edad, cualquiera sea, pero lo común es que se ubique en los dos extremos del ciclo reproductivo cuando las mujeres consideran su edad como una razón para no continuar el embarazo. Otro aspecto es el momento en su ciclo de vida, el ciclo de vida de la familia: donde los hijos adolescentes pueden ser una razón para que una pareja no quiera tener otro hijo; por el contrario, en

otros casos una nueva pareja con frecuencia promueve el nacimiento de un hijo, aunque ambos integrantes ya tengan hijos grandes.

El momento vital también refiere al proyecto de vida, tanto en relación a su carrera, a su familia, expectativa de emigrar, o cualquier otro aspecto que considere importante en ese momento como proyecto de vida.

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

5.4 ¿Quiénes intervienen en la construcción de la decisión?

Un segundo aspecto a considerar en el proceso de construcción de la decisión es pasar revista y analizar quienes son los actores que intervienen en la misma.

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

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

“...me empecé a dar cuenta que era yo la que tenía que decidir, nada más: si yo lo quería tener lo tenía, si no lo quería tener... no lo tenía” (Florencia, nivel socioeconómico medio)

“Yo, eh, a los 19 [años]; no y no existía; no existía. Después me empecé, cuando empecé a pensar en esa posibilidad me di cuenta que si yo en mi casa lo planteaba, me iban a hacer tenerlo. Entonces agarré: cerrada la boca y en mi casa nunca más. Por suerte yo tenía una amiga, en esa época, que se había hecho un aborto hacía poco tiempo, yo la había acompañado a la clínica, conocía al médico...” (Graciela, nivel socioeconómico medio)¹⁰⁵

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

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

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

¹⁰⁵ Graciela tenía 19 años en 1993.

Fui clara y concisa, 'me lo voy a sacar, no digas nada', le dije"
(Diana, nivel socioeconómico bajo)

"No, ni consulté... por cagona [se ríe] ... por miedo... que me dijeran daaale ¿qué te hiciste?"

- Que te presionaran?

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

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

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

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

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

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

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

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

"... yo lo único que me acuerdo de eso fue, el, la angustia, la angustia esa terrible que queda... viene de adentro; de la noche anterior... estar en mi casa, saber que al día siguiente te vas a hacer un aborto y en tu casa nadie sabe nada.... digo que te pueda pasar algo... y por primera vez en la vida decir tengo que enfrentar algo sin mi mamá, no?... y algo duro, y sin mi mamá.." (Graciela, nivel socioeconómico medio, refiriéndose a su primer aborto cuando tenía 19 años)

Muchas mujeres comparten el proceso con amigas. La 'sociedad de mujeres' se alza como el lugar del apoyo y la confianza. El tipo de relaciones que se traduce en sus narraciones recuerda el relato que las mujeres tenían sobre las relaciones con las co-esposas (Bohanan, 1964).

Hablar del tema con amigas ha fungido como alivio, compartir el dolor, la preocupación, la ansiedad, el temor.

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

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

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

5.5 Autonomía y agencia en el proceso de tomar la decisión

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

exploración sobre la autonomía se entrelaza con la búsqueda de las complejas y variadas forma de resistencia y poder, con el ejercicio de agencia.

“..yo tenía más que claro que no quería un hijo (...). El primer mes hice de todo, 400 lagartijas por día, hacía de todo! Yo hacía de todo para que se me fuera viste, yo decía no quiero. Pero no, no había caso..” (Luisa, nivel socioeconómico medio)

Luisa ya tenía un hijo al momento de su aborto. No mantenía una relación que incluyera un proyecto de vida común con su pareja sexual. En su narrativa la decisión parece haber sido inmediata al conocimiento de su embarazo no esperado. Algunas mujeres entrevistadas presentan relatos similares en cuanto a la rapidez en la construcción de la decisión.

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

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

La posibilidad de modificar los puntos de vista, las creencias, es justamente lo que permite hablar de la construcción de la decisión. Confirma que el individuo es un ser en proceso, donde razón-emoción-cuerpo, en un momento y espacio dado se conjugan en una trama también cambiante de poder donde se generan resistencias y dominios. Existe además la condicionante de la circunstancialidad, lo que Petchesky (1984) denomina “moralidad de la situación”: es necesario localizar la situación de embarazo

en la circunstancia específica de vida de esa mujer. Las decisiones son, desde este ángulo, el resultado de negociaciones entre ideología, realidad social y deseo, dimensiones que pueden presentarse contradictorias. Existe una realidad social que constriñe las posibilidades de agencia de la mujer, pero ésta también puede verse limitada por factores derivados de su subjetividad. La gama de posibilidad de elección de la mujer se ajusta a sus condiciones de existencia así las diferencias socioeconómicas definen opciones diferentes. Lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo social no constituyen dimensiones antagónicas, sino planos entrelazados de manera compleja que convergen en distintas situaciones a lo largo de la vida de los individuos, siendo la construcción de la decisión de abortar una de ellas.

Las narrativas de las mujeres me permitieron observar que la dinámica de construcción de la decisión se mueve en dos niveles, el de la regla y el de la práctica. En el primero predominan los valores y los principios, es un plano abstracto; el segundo es aquel determinado por las circunstancias, habitado por personas concretas (Bourdieu, 2010; Leal y Lewgoy, 1995 lo aplican al estudio del aborto). Una de las adolescentes entrevistadas, Daniela, pone en juego estos dos niveles en forma rotunda: ella decidió abortar, y efectivamente lo hizo (nivel de la práctica); no estaba de acuerdo con legalizar el aborto por sola voluntad de la mujer (nivel de la regla) porque lo consideraba un asesinato. Consideraba que en su situación (capas medias, 17 años, 5° año de secundaria, pareja estable aunque no enamorada) no podía hacerse cargo de un hijo, ni estaba dispuesta a hacerlo, no quería hacerlo. Consideraba que abortar está mal, pero ella se sentía viviendo una circunstancia de excepcionalidad tal que le permitía dar ese paso sin sentir culpas. De manera similar, conversando en una sala de espera, una mujer ya cercana a los 50 años que dijo haber tenido dos abortos, manifestó estar completamente en contra de que las mujeres abortasen, señaló contundentemente que abortar era “asesinar un hijo”. Sin embargo, ella no estaba arrepentida de ninguno de sus abortos, ambos habían obedecido a circunstancias especiales, por lo que volvería a hacerlos. La distancia entre el nivel de la regla y el de la práctica está bien definida en ambos relatos; la

incompatibilidad de la regla con la práctica no provoca perplejidad alguna en cualquiera de los ejemplos. Esto refuerza la afirmación de la “moralidad de la situación” (Petchesky, 1984)

A fin de ensayar un análisis del grado de autonomía que ejercen las mujeres en la construcción de la decisión de interrumpir su embarazo, construí un continuum entre ‘autonomía’ y ‘heteronomía’, adaptando sus definiciones para la finalidad de este estudio¹⁰⁶, cuya finalidad es más heurística que explicativa.

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

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

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

- *Porque no lo quiero tener*
- *Porque en este momento no lo puedo tener, o no estoy dispuesta a tenerlo en estas circunstancias.*

¹⁰⁶ El artículo de Lista (2001) resultó muy sugerente para realizar este análisis.

Al primer grupo lo denomino 'motivos autónomos'. Aquí la razón aludida para la construcción de su decisión de abortar está de alguna manera 'dentro de la mujer', expresándose de diversas maneras.

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

La mayoría de las mujeres esgrimen argumentos de ambos tipos.

Todas las adolescentes entrevistadas¹⁰⁷ manifestaron que su decisión de abortar, se basaba en considerar que no era el momento apropiado para ser madres/tener un hijo; en su presente no había lugar ni deseo de un hijo, "no sé qué hacer conmigo, menos con un hijo". Esto hace pensar en una decisión autónoma. Sin embargo, algunas de ellas, agregaban con igual énfasis la necesidad de abortar para evitar que sus padres se enterasen que llevaban una vida sexual activa. Aunque no lo mencionaban explícitamente resulta bastante obvio que vivían su sexualidad como socialmente no legítima, al menos respecto a las relaciones intergeneracionales. Esto colocaría su decisión como heterónima. Evidentemente, las diferencias entre las decisiones autónomas y las heterónimas no son tajantes sino graduales. Por ello la idea de un *continuum* donde las decisiones puedan ubicarse más cerca de uno u otro extremo resulta apropiada.

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

¹⁰⁷ Excepto Viviana, cuyo embarazo fue producto de violaciones sucedidas durante su secuestro, y se encontraba en estado de shock.

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

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

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

"... pero, pero no ten/no tengo... no sé, [casi pidiendo disculpas] capaz que me puse muy egoísta, pero no tenía ganas de pasarla mal de vuelta.... [muy apagada y culpable] no tenía ganas de pasarla mal (...) ¿entendés? criar sola..., criar sola...., sola. (...) Están, el hecho de que estén/cuando se te/les cante ¿viste? él; cuando el pibe está, pero está cuando se le canta; y para mí eso no es. (...) para mí eso no es una, no es paternidad ¿entendés?..."

Martha Rosenberg afirma que "La continuación de un embarazo involuntario suele ser posible (...) cuando no implica un compromiso grave del

sentimiento de identidad de la mujer que lo porta” (Rosenberg; 1997:57). En este caso no se trató de un embarazo involuntario. No era esperado, pero inmediatamente se convirtió en un embarazo deseado. Sin embargo, se torna no viable porque en el proceso de la negociación con su pareja, Florencia percibe “comprometida su identidad”. Ella quiere ser madre nuevamente, pero no está dispuesta a volver a pasar por la experiencia de “*criar sola*”.

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

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

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

“...a mí no me parece que esté mal [haber abortado] porque yo tengo la certeza de eso que dije, ¿no?, siento que es una energía que, que, que en cualquier momento se puede materializar de vuelta, y tá”.

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

En el proceso de construcción de la decisión, en la mayoría de las mujeres se entrelazan factores 'autónomos' y 'heterónimos', con valoraciones diferenciales. Los relatos relevados muestran que las mujeres decididas a abortar -aún en contextos legales restrictivos- lo harán de cualquier manera. Esto no significa que la decisión de interrumpir un embarazo sea necesariamente una decisión autónoma. Algunas mujeres justamente toman esa decisión para continuar cumpliendo determinados mandatos sociales. En estos casos su *autonomía* para la decisión queda entrelazada con su *subordinación* a los mandatos sociales. Tal es el caso de Aurora, de 44 años, abortó sin informarle a sus hijos (de 22 y 23 años) porque ellos desconocían su 'vida sexual', no lo aceptaban: "*la madre es solo madre*", y con esa frase Aurora estaba significando 'asexuada', lo aceptaba para evitar una confrontación con sus hijos y eso la llevaba a ocultar sus relaciones sexuales ocasionales o relativamente estables. También es el caso de Sofía, adolescente del interior del país, que viaja hasta Montevideo para practicarse un aborto ocultándoselo a sus padres, quienes creían que ella seguía siendo virgen. Más allá que tanto Aurora como Sofía tuvieran otras razones por las cuales querer interrumpir sus embarazos, surge con fuerza en ambas mujeres (una al comienzo de su ciclo reproductivo; otra finalizándolo) la voluntad de ocultar su vida sexual a su familia inmediata (padres o hijos), y cumplir así con ciertos 'mandatos sociales'. En el caso de ellas, el acto de abortar reforzó el control patrimonial sobre sus cuerpos.

Para Amartya Sen (1995), la agencia es la capacidad del sujeto para perseverar en la búsqueda de cualquier meta o valor que considere importante, para ello necesita tener la libertad suficiente que le permita alcanzar sus fines. Anthony Giddens (1979) ubica la agencia en relación con la estructura. En un punto intermedio, Sherry Ortner (1996) advierte que el desafío consiste en lograr imaginar formaciones indisolubles de agencias estructuralmente alojadas y estructuras pobladas de intenciones. Para la antropóloga, la agencia se define por la intencionalidad, con lo cual se acerca al pensamiento del filósofo indio; pero es indisociable de la estructura. La acción de abortar siempre es un momento de agencia para las mujeres; hay

una intencionalidad y un sujeto que actúa. Esto es así aún en aquellos casos en que la mujer recurre al aborto como una estrategia de subordinación, se trata de una agencia que no la empodera, pero aún así es agencia.

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

5.5.1 Agencia y subordinación

Partir de la conceptualización de Bourdieu para analizar el proceso de desarrollo de la autonomía, permite desentrañar como las mujeres al tomar sus decisiones lo hacen usando un esquema de percepciones, representaciones

y pensamiento que obedece a un orden social signado por la dominación masculina.

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

Ya mencioné que algunas adolescentes, y otras ya mayores con abortos practicados en su adolescencia, atravesaron el proceso sin que sus padres tuvieran conocimiento de sus embarazos, es más, ocultándoles su vida sexual activa. Esta es una manifestación muy potente del lugar de la sexualidad en las relaciones de género. Andrea (17) tiene un novio desde hace tiempo. Sus padres lo conocen. Según ella, sus padres siguen creyendo que ella es "*una nena*", dice que no se les pasó por la cabeza que pueda tener relaciones sexuales con Javier. El la acompaña durante todo el proceso del aborto, entre los dos consiguen el dinero, y los contactos para realizárselo. Por su parte Graciela a sus 19 años queda embarazada de un amigo con quien sale pero según dice, "*no está ni ahí*". De acuerdo a su relato, sus padres no tienen idea de su vida sexual activa. El hermano la acompaña y le ayuda a ocultar *todo el asunto* frente a los padres. Sofía (17) sale con un *tipo casado* (28), sus padres ignoran todo al respecto. Ella tiene una pésima relación con ellos. Cuando se entera de su embarazo, su pareja le "*da salida*". Según me cuenta, "*se enojó porque yo no me cuidé y me dijo que él no piensa arruinar*

su vida por mi culpa". Sofía recurre a amigas para conseguir el dinero y la información necesaria para abortar, además de la contención emocional.

Los tres casos son bien diferentes entre sí, sin embargo tienen en común, que las tres adolescentes interrumpen sus embarazos fundamentalmente para continuar con la ficción que según ellas han desarrollado sus padres sobre la ausencia de actividad sexual por parte de ellas. Sin embargo, esta ficción también es alimentada por sus propios comportamientos. Las estrategias que las tres siguen, de maneras diferentes y con realidades también diferentes, son las "estrategias del subordinado" (Bourdieu, 2000). Es decir, llevan a cabo una transgresión (abortar) para no revelarse contra quien(es) ejercen dominación. Claudican, de hecho, del ejercicio de sus derechos, para continuar con un *status quo* que las coloca en el lugar del subordinado, para no enfrentar la violencia simbólica que caracteriza esa situación en la que ellas también toman para sí, los argumentos del dominador.

El orden social dado establece una homologación de la mujer con la madre, presentando la maternidad como natural e instintiva; invisibilizando la idea de la maternidad como fenómeno histórico¹⁰⁸, afectivo y volitivo. La tradición judeo-cristiana define a la mujer como madre y la culpan y/o castigan si se aparta de ese mandato. Abortando la mujer subvierte ese orden. Cháneton y Oberti (1998) lo expresan de manera elocuente:

"Este es el monstruo, la que no quiere ser madre. El crimen consiste en pretender atravesar los límites de lo humano. La humanidad de la mujer está permanentemente puesta en cuestión, entonces ella adquiere el estatuto "humano" cuando se hace madre".

Abortar es decidir no ser madre en ese momento. Considerando la autonomía, el primer dispositivo que una mujer debe derribar cuando decide

¹⁰⁸ Al respecto muchos autores han desarrollado argumentaciones para demostrar que la maternidad es una construcción cultural, entre ellos probablemente la más conocida sea Elizabeth Badinter, "¿Existe el instinto materno?", 1980. Ver también Rostagnol, 2002.

abortar es tomar conciencia que ella puede decidir sobre su maternidad. Pero aún así, o justamente por ello, se convierte en una decisión difícil, la idea de la maternidad está muy arraigada. Esto es lo que está presente en Florencia cuando, hablando de la decisión de abortar, dice: *“Difícil de tomar porque se va en contra de un ‘mandato de la naturaleza’ ”*.

El mandato de la maternidad se presenta con toda su fuerza entre las adolescentes. Cinco adolescentes de capas medias (Marisa, 17; Elisa, 15; Daniela, 17; y Patricia, 17, Leticia, 19) manifestaron haber abortado porque no era el momento apropiado para tener un hijo, la maternidad en ese momento entraba en colisión con sus proyectos de vida, o se sentían incapaces de asumirla. En cuatro casos, sus padres estaban separados y contaron con el apoyo de sus madres, y en un caso el activo apoyo del padre. Los padres y las madres hicieron frente económicamente con los gastos. Si bien sus decisiones no se revelaron contrarias a las de sus familias de origen con quienes compartían la noción que la maternidad debe concretarse siendo mayores; debieron enfrentarse al ‘mandato social de la maternidad’. Como ya mencioné, Daniela manifestaba estar en contra que las mujeres pudieran decidir interrumpir un embarazo. Otra de ellas, Elisa, narró el sufrimiento que le significó llevar adelante su decisión. El apoyo de su madre, sus hermanas y su novio le resultó indispensable; sin embargo, me contaba que corrían lágrimas por sus mejillas cada vez que se cruzaba con una mujer embarazada en la calle y ella sabía que estaba embarazada y que iba a abortar o ya había abortado. A medida que pasaron los años, fue volviéndose más segura de haber tomado la decisión adecuada¹⁰⁹.

El caso de Leticia es similar. Al quedar embarazada con 18 años, sus padres y su novio la apoyan a lo largo de todo el proceso del aborto. Ella dice no haber dudado sobre la decisión porque *“no estaba ni ahí con tener un hijo”*. Sin embargo cuenta que se sintió angustiada y culpable por no querer

¹⁰⁹ Entrevisté a Elisa a lo largo de los años.

ser madre. Durante los primeros meses posteriores al aborto, tenía la sensación que iba a ser castigada por su negación a la maternidad. Al momento de la entrevista, reflexionaba diciendo:

“Te das cuenta como te taladran la cabeza con eso de que la mayor felicidad para una mujer es ser madre?! ¡qué horror! Hay tantas cosas que yo quiero hacer con mi vida, y ninguna tiene que ver con pañales! [dice sonriendo]”

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

La mujer que está considerando abortar debe tomar decisiones sobre la vida y la muerte. Ma. Consuelo Mejía (2001) sostiene que el dilema teológico ocupa un lugar central a la hora de tomar una decisión sobre el aborto. A pesar de su raigambre agnóstica, la cultura uruguaya comparte lo que podría denominarse una teología católica tradicional, de acuerdo a la cual Dios es el único que puede dar y quitar la vida. Al decidir sobre una vida, las mujeres se están igualando a Dios. Desde un lugar de ausencia de poder, a través de la decisión de abortar, las mujeres ejercen poder sobre la vida. Y es ese acto lo que convierte a las mujeres en “agentes morales capaces de tomar decisiones sobre sus vidas” (Mejía, 2001:314).

Traspasar este umbral para muchas mujeres significa modificar las estrategias que habían venido desarrollando a lo largo de sus vidas, quedarse sin libreto. Una vez más, solas. Pierre Bourdieu (2000) sostiene que entre los

procesos del mundo natural y los principios de visión que se les aplican, existe una lucha cognitiva por el sentido de las cosas, en especial de las relaciones sexuales. Para aquellas mujeres la disyuntiva de abortar constituye el acceso al escenario que les permite avanzar en esa 'lucha cognitiva' que cambia el sentido que algunas cosas cotidianas tenían, para darle otro sentido. En la mayoría de las mujeres entrevistadas este proceso implica dolores fuertes porque incluye pérdidas, pérdidas del sentido, pérdidas en la manera en que habían organizado su mundo, con sus divisiones y clasificaciones. La decisión de abortar para algunas significa posicionarse de una manera distinta frente a su propia vida, a sus vínculos, a sus ideas sobre la sociedad, el mundo. Del análisis de mis entrevistas se percibe que también por esto, el aborto es una decisión, la mayoría de las veces, tomada en soledad.

5.6 Entre la decisión y la concreción del aborto: el miedo

La posibilidad de implementar la Ordenanza 369/04, y su implementación efectiva en algunos centros de salud, incluido el CHPR, disminuyó la vulnerabilidad programática (Mann *et al*, 1992) a la que estaban expuestas las mujeres en situación de aborto. La difusión del uso abortivo del misoprostol disminuyó los riesgos para su salud.

El proceso de concreción del aborto está signado por el miedo. Esa es la palabra que con mayor asiduidad mencionaban mis entrevistadas. Miedo a no poder llegar a tiempo para hacerse el aborto, miedo que se convierte en angustia y ansiedad. Miedo a lo desconocido. Miedo a la denuncia, a la policía. Miedo a sufrir, a sentir dolor. Miedo a quedar con lesiones tales que no puedan volver a embarazarse. Miedo a morir. El miedo es la compañía de todas las horas y todos los días hasta que el proceso del aborto está definitivamente concluido.

Pero a pesar de él, algunas mujeres están dispuestas a todo para poner fin a un embarazo:

“¡me lo sacaba o me lo sacaba!, no había vuelta.” (Diana, nivel socioeconómico bajo)

La limitante temporal presiona a las mujeres. En aquellas a quienes acompañé durante el proceso del aborto pude observar como a medida que pasaban los días sin que pudieran ‘solucionar el problema’ su preocupación y angustia se hacían cada vez más intensas.

“...Y ahí sí, tá... la acorralo ahí [a la ginecóloga, a quien ya le había dicho sobre su decisión de abortar, y le había contestado con ambigüedades]¹¹⁰ y le pregunto, le pregunto y le pregunto a ver qué hacer, porque había averiguado por otros lado y las clínicas estaban cerradas, la gente que yo conocía... todas las puertas se cerraban, todas las opciones daban que no y el tiempo pasaba... y bueno, tá. Estaba en el segundo mes. Entonces, estaba muy ahí, había que actuar muy rápido. En dos semanas, en una semana o dos” (Carina, nivel socioeconómico medio)

La situación de aborto hace de las mujeres seres más vulnerables, lo que conformaría el principio de relevancia¹¹¹, aquel que implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias. Esta circunstancia, que entiendo casi como indefensión, está directamente relacionada con la mayor o menor permisividad social y policial hacia los abortos. Cuando mayor es la permisividad, mayor la seguridad de la mujer, es decir los abortos clandestinos suponen menos riesgos. La situación vital de la mujer se entrelaza con las políticas públicas y con los temas de agenda. En momentos de fuerte represión a las clínicas clandestinas, generalmente como consecuencia de denuncias o por la muerte de una mujer resultado de maniobras abortivas, las mujeres en situación de aborto quedaban en un lugar de gran indefensión, donde los riesgos por su integridad física aumentaban significativamente.

Converso [en la sala de espera de la policlínica de asesoramiento del CHPR] con una chica. Estaba vestida correctamente aunque con ropa ya algo gastada, no fina, se movía con seguridad. Me dijo que

¹¹⁰ Se trataba de la ginecóloga de su mutualista (IAMC) quien no aplicaba la Ordenanza 369/04.

¹¹¹ En el capítulo 6 hago referencia al mismo.

tenía 24 años, estudiante de 5to abogacía. Pareja estable desde hace 5 años (no sé si viven juntos). Trabaja, también su pareja. 'No lo quiero'. 'No me gustan'; me repetía una y otra vez. Hace referencia a su sobrinito, al que adora, porque es su sobrino, porque los chiquilines no le gustan, vuelve a aclarar. 'Yo me quiero recibir'. 'Estos últimos dos meses han sido una pesadilla'. Tiene un problema de tiroides por lo que toma T4, parece que le sucedió algún desacomodo, no le entendí bien. El 24 de marzo menstruó, en abril no menstrúa. Localiza a una clínica que hace abortos, le cobran \$15.000. Consigue el dinero, con dificultad, pero lo consigue. Va al lugar acordado para que la recojan, pero no pasa nadie. Transcurre el tiempo y no aparece nadie. Se siente muy angustiada, regresa a su casa. Habla con una amiga y se entera que en la noche anterior murió una mujer que se practicó un aborto en esa clínica, razón por la cual cerraron. Y nadie fue a buscarla. 'Podría ser yo!! La muerta podría ser yo!! Casi me vuelvo loca'. Continúa su relato: 'Pasaba el tiempo y yo no sabía qué hacer. Finalmente averigüé otra clínica. Fuimos a verlo con mi novio y él me dijo que no estaba trabajando. Fue el que me mandó para acá. El me dijo que acá te explicaban todo y te conseguían las pastillas, que ellos te decían donde ir a buscarlas. Yo vine el viernes pasado, no atendían; pero igual me atendieron. Me mandaron hacer una ecografía, ahora la traigo. El ecografista dice que está de 14 semanas, entonces las cuentas no coinciden'. Está muy angustiada, quiere abortar." (Diario de campo, mayo 2006)

Ir a la clínica (clandestina) era una etapa del proceso del aborto marcada por la soledad y la sordidez, junto al desconocimiento de todo cuanto envolvía el proceso. Cuando se producían actos de represión, las clínicas tomaban medidas de seguridad. Esto hacía que las mujeres debieran acudir a una esquina estipulada de antemano, donde eran recogidas ignorando la dirección a la que eran conducidas, no pudiendo ser acompañadas. El 'momento' del aborto propiamente dicho estaba pautado por la prisa de quienes realizaban el aborto, por su necesidad de seguridad y de rentabilidad empresarial. Para las mujeres ese momento y esa prisa representa un momento de desempoderamiento radical, de despojo, de cosificación, de ausencia de derechos.

El miedo a lo inesperado y eventualmente a la muerte estaba presente durante todo el proceso. El hecho que lo enfrentasen no parece asociado en sus subjetividades a actos de valor, sino a llevar a cabo algo porque no había

otra alternativa. Los peligros eran considerados menores que la opción de llevar a término el embarazo.

“... llegó un momento y no pude, que no pude más/ no pude, no pude, no pude, no pude ... era...¿sabés que me empezó a pasar? Empecé a pensar que me podía morir (...) y que al día siguiente, Lucía [su hija] no iba a tener mamá..” (Florencia, nivel socioeconómico medio)

“... vi a esta muchacha que estaba medio dormida, medio despierta, y hablaba... y ahí fue cuando me vino un ataque de desesperación, que me vino miedo...¡real miedo! Sobre todo porque no sabés, quiénes son, qué te van a hacer...” (Marisa, nivel socioeconómico medio)

Al referirse a sus procesos de aborto, las mujeres que entrevisté manifestaban conocer los riesgos a que se exponían al acudir a una clínica clandestina, aún aquellas que habían pagado varios cientos de dólares.

Sus recuerdos sobre las maniobras abortivas propiamente dichas varían según el/la practicante de aborto con quien se lo hicieron. Sin embargo, sus narraciones muestran que la situación de aborto creaba tal estado de liminaridad en sus vidas, que no les permitía estar atentas a disminuir los niveles de riesgo. Ninguna dijo haber preguntado si había anestésista. Ninguna mencionó haber solicitado exámenes de sangre, ni habérselos hecho en una clínica particular, ni siquiera aquellas mujeres con factor sanguíneo RH negativo. De modo que el riesgo asumido no solo no fue cuestionado sino que tampoco llevaron a cabo acciones para disminuirlo, solo se traducían en miedo. Esto fortalece la hipótesis que la situación de liminaridad vivida en esas circunstancias coloca las valoraciones sobre peligro, vida, muerte, en una perspectiva diferente que nunca asumirían en el devenir de su vida cotidiana.

5.7 Abortos medicalizados y abortos practicados mediante saberes populares

Las mujeres gestionan sus abortos bajo dos modalidades, medicalizados unos -aquellos realizados en clínicas clandestinas, o mediante la consulta de asesoramiento utilizando misoprostol; por otro lado otras mujeres los gestionan a través de prácticas populares, que pueden también incluir el uso del misoprostol, si su conocimiento provino del 'saber popular'. Los primeros están contenidos en el paradigma biomédico (práctica médica ya sea legal o ilegal); mientras que los segundos se basan en el conocimiento popular, en ocasiones representan supervivencias de saberes femeninos, o saberes médicos resignificados en saberes femeninos.

Las prácticas populares, especialmente hasta el 2004/2005 eran los recursos con que contaban las mujeres de contextos de extrema vulnerabilidad personal, social y programática (Mann *et al.*, 1992). Las mujeres llegan a ellos desde una superposición de subordinaciones; subordinación de clase que no les permite acceder a abortos menos inseguros; subordinación del saber, porque la medicalización de la sociedad descalificó los saberes tradicionales femeninos colocándolos en un lugar subalterno; y también la subordinación de género, porque las prácticas gestionadas desde los espacios femeninos -aún aquellas en que participan mujeres que compartan el saber médico- son descalificadas por carecer de legitimidad social.

Diversos recursos argumentativos esgrimidos en los debates parlamentarios refieren a la injusticia social inscrita en las prácticas populares del aborto practicado en condiciones de riesgo (en principio, todos debido a la situación de clandestinidad, pero algunos más que otros). De acuerdo a la información relevada, la mayor visibilidad de las complicaciones derivadas de abortos practicados mediante saberes populares, obedece al comportamiento diferencial de las mujeres que recurren a uno u otro tipo de aborto una vez instalada la complicación. El miedo a la denuncia retrasa la consulta médica a pesar de la presencia de síntomas que dan cuenta del desorden. Este comportamiento ha venido modificándose en los últimos años como consecuencia de la campaña de difusión mediática sobre el alcance del

secreto profesional en la práctica médica, que no les permite denunciar policial-judicialmente a una mujer que se practicó un aborto.

Por el contrario, cuando una mujer se realiza un aborto en una clínica clandestina, vuelve a ésta ante la menor sospecha de complicaciones. El personal médico toma los recaudos para solucionar el problema, aunque no siempre logran evitar la cadena de complicaciones que termina con la muerte de la mujer. Ante problemas de entidad, las mismas clínicas arreglaban el ingreso de la paciente a sanatorios privados u hospitales públicos, incluyendo el block quirúrgico. Se realizaban las gestiones correspondientes para que no quedasen registros médicos que revelen la complicación post-aborto (Sanseviero, 2003).

Tanto los abortos realizados desde los saberes populares de las mujeres, como aquellos en las que hay algún tipo de intervención médica, constituyen experiencias que en mayor o menor medida están signadas por la violencia y la indefensión como consecuencia no solo de la ilegalidad, sino también de la sanción social que obliga a las mujeres a silenciar y ocultar la experiencia del aborto. Se teje en la oscuridad de teléfonos de 'alguien' que tiene misoprostol, 'alguien' que sabe a quién recurrir; y las mujeres acuden con la incertidumbre de no saber si su procedimiento será o no exitoso, si dejará o no secuelas; pero acuden seguras que la otra opción es peor.

CAPITULO 6

GINECÓLOG@S: SUS PRÁCTICAS Y DISCURSOS EN TORNO AL ABORTO Y A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Los ginecólog@s ocupan un lugar privilegiado en relación al proceso de aborto. La mujer con un embarazo no esperado puede consultarlo y su respuesta es escuchada e interviene en comportamientos futuros. Sus prácticas con las mujeres que ingresan con abortos incompletos y/o con complicaciones post-aborto, influyen en las decisiones de éstas respecto a recurrir a los servicios de salud.

Sin embargo, su influencia proviene principalmente del poder que detentan, otorgado por la sociedad, que impregna de legitimidad sus prácticas y discursos. El desarrollo del poder médico se encuadra en un modelo de sociedad moderna a la que aspiraba el Uruguay de las primeras décadas del siglo XX que continuó profundizándose con el correr del siglo. La omnipotencia del poder y saber médicos se desarrolla entrelazándose con la instauración del biopoder. La medicina fue un instrumento. A través de los mecanismos estatales, los médicos lograron penetrar en el sentido común, y de ese modo, influir en las prácticas cotidianas (Barrán, 1992; Nari, 2004).

Este entramado resulta en que los médicos adquieren un papel central en el proceso civilizatorio¹¹².

Como parte del mismo, tuvieron injerencia en los más diversos aspectos de la vida cotidiana, especialmente en los cuerpos de las mujeres. En lo concerniente a la salud reproductiva, esto se manifestó en la generalización del parto hospitalizado a partir de la década del cincuenta. Estas medidas incorporadas más o menos paulatinamente, y en todos los casos como sinónimo de modernización permitió la instauración del biopoder (Foucault, 1986). La uruguaya es una sociedad fuertemente normalizadora, donde la ley oficia sobre todo como una norma a través de un *continuum* de aparatos (institución judicial, médica, administrativa) y mecanismos reguladores vueltos aceptables mediante la producción legislativa. Se aplica el esquema de Foucault, donde el sexo adquiere cada vez mayor importancia “como el pozo del juego político”, donde confluyen las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones, por lo que es usado como “matriz de las disciplinas y como principio de las regulaciones”. Si bien es el saber médico el que opera con la modalidad de poder experto y productivo, se articula con las instancias administrativas necesarias para componer la normalización, en este caso especialmente en relación a la reproducción¹¹³.

Durante el siglo XX, y lo que va del XXI los ginecólog@s no tuvieron una postura uniforme en torno al aborto¹¹⁴. Se abre un amplio abanico que contempla a quienes mantienen una férrea postura contraria, hasta aquellos que se ubican en el extremo opuesto, realizando abortos clandestinos. En esta investigación si bien focalizo en los ginecólog@s que se identifican con la posición de facilitar el proceso de los abortos a las mujeres sin intervenir en el acto mismo, también incluyo otros con posturas disímiles.

¹¹² ‘proceso civilizatorio’ en el sentido de Elias (1989).

¹¹³ Parte de esta asociación con lo legal y administrativo se revisó en el capítulo 4.

¹¹⁴ Los trabajos de Sansevierio (2003), de Sapriza (1995) y de Barrán (1992) dan cuenta de la heterogeneidad de prácticas y discursos médicos respecto a la salud reproductiva en distintos momentos del siglo XX.

Es relevante para el estudio que durante el tiempo que insumió el trabajo se produjeron cambios en el plano normativo, en la visibilidad social del aborto y en los procedimientos para abortar. Entre los primeros, la promulgación de la Ordenanza 369/04 del MSP, la Declaración del secreto profesional por parte del SMU; la Resolución 158/08 del MSP sobre el uso intrahospitalario del misoprostol. Entre los segundos, se registra la consolidación institucional de Iniciativas Sanitarias como ONG, la difusión de la Normativa de atención pre y post aborto, a través de instancias de capacitación a profesionales de salud; la presencia del aborto en la agenda pública a través de los debates parlamentarios, movilizaciones de la sociedad civil a favor de su legalización y también de los grupos pro-vida liderados por la Iglesia Católica y algunas iglesias neo pentecostales. En cuanto a los procedimientos para abortar, los cambios provienen de la difusión del uso abortivo del misoprostol, y de la implementación de la normativa de atención pre y post aborto.

En tanto el aborto está anclado en la vida cotidiana de los ginecolog@s, en este capítulo pretendo mostrar sus prácticas cotidianas y sus discursos sobre el aborto. Esto permite pensar si el *habitus* médico, considerando la propuesta de Ortner (1996) de buscar el desgaste de la reproducción y la erosión de los patrones instaurados, presenta modificaciones en lo que atañe a las relaciones de género a través de las políticas del cuerpo y la reproducción.

La formación profesional de los ginecolog@s y el status legal del aborto voluntario como delito influyen en sus actitudes frente al problema. La mujer en situación de aborto no solo es un 'caso' complejo sino también una circunstancia que le provoca sentimientos encontrados. El relato de Santiago, médico residente en la especialización médico de familia, pone de manifiesto la 'carga' con que muchos comienzan su vida profesional.

"El caso de esta mujer a mi me sorprendió... porque... este.. yo estaba ... en/ maternidad y sube la... la ginecóloga de guardia de acá abajo a avisarme, incluso yo estaba en la mitad del pasillo,

este...a avisarme que venía..una probable ... ruti/infección ovular o sepsis de Las Piedras. Eran las 12 de la noche, yo le calculé que iba a llegar a las 12 y media; yo en realidad no sabía bien la gravedad del cuadro porque no había muchos datos de la paciente y además por ignorancia mía de lo que estaba viniendo y de por qué estaba viniendo y por qué estaba avisando el ginecólogo, no tengo idea. Bueno digo esto debe ser muy jodido, entonces me quedé alerta. Avisé a Felipe que es el residente/ está viniendo como apoyo a la guardia, este... y tá enseguida se puso... se puso alerta. Me confirmó que era muy jodido. Este...

- ¿Nunca habías enfrentado un caso así?

No, nunca. Nunca en la vida. Y por eso creo que también me quedé prendido de que cuando llegara, verla. Y cuando llegó, llegó una gurisa preciosa, rubia.. este demandante, diciendo que no quería que la examinaran, este... activa, no?, con fuerza, con polenta! Dije, tá, tranqui... La empecé a interrogar. Ya le habíamos dispuesto un box aparte, este... que después cuando la vi, yo dije bueno no, no era; en el momento en que la/ bueno tal vez porque podía ser un cuadro que bueno que la preocupara a la paciente. Yo como que pensando que podía herirse la paciente porque estaba perdiendo el embarazo, porque hasta ese momento no había datos que fuese un aborto provocado. Este... entonces yo la empecé a interrogar y... y bueno me empezó a contar que ten/ que vivía en Las Piedras, que tenía tres hijos, que estaba casada con un policía, este... que en la mañana, a las cinco y media de la mañana.. este... antes del ingreso, como veinte horas antes del ingreso, este... en la cama empezó con una pérdida de líquido, una pérdida de líquido fétida según ella ya de arranque, o sea que no coincidía mucho. Y en la hoja venía con un planteo de infección ovular, probable sepsis y decía 'niega maniobras', así grande; como que le habían insistido en la pregunta. Y este... y venía con una paraclínica que indicaba que el cuadro podía ser grave, no? Glóbulos blancos muy altos, o sea que podía tener una repercusión importante, y este.. pero nada más, el resto todo normal. Y clínicamente la mujer estaba bien. Este... en la medida en que avanzaba el interrogatorio se veía un deterioro... polipnea.

- ¿Qué es eso?

Empezó a respirar más rápido, empezó a respirar más rápido, y este... podía ser porque estuviera enojada. Además realmente estaba como enojada, no quería dejarse examinar, y este... Esta gurisa cuando....Te decía, empezó a agregar estos síntomas que mostraron gravedad. En seguida ahí, bueno se dispara ahí toda una batería de exámenes [se pierden algunas palabras] ver cómo está funcionando el hígado, ver cómo están funcionando los riñones, estudios de coagulación, clasificación de grupo de sangre para

operarla, este.. controles de presión arterial, seguidos, pero tan seguidos porque la caída de la presión arterial, cada 10 minutos notabas /algo notorio. A la media hora estaba con medicación para levantarle la presión, y este... con apoyo de máscara de oxígeno porque se empezó a... a poner somnolienta. Después que terminamos el interrogatorio, fue ese el tiempo que transcurrió, media hora ya, este.. se fue desbarrancando. Ya en el interrogatorio te decía que no quería hablar, que estaba cansada, ya estaba como entregada. Y a mí, lo que más me sorprendió, no? No fue todo ese aparato que se desencadenó después, sino que ya al arranque cuando ella admite maniobras y cuando empezó a instalar algo de polipnea que clínicamente estaba mal, Andrés fue a hablar con la familia, Andrés que es el grado 2 de la guardia.

- ¿La familia vino con ella?

Estaba la mamá. Este... recién había empezado a hacer los exámenes. Como que ya existía en ellos, que tienen muchísima más experiencia, la noción de que esa paciente se iba a morir. Más que, la certeza de que se iba a morir. Tanto es así que el grado dos fue a hablar con la madre y le dijo, 'mire, vaya, hable con ella porque puede ser la última vez que pueda tener un contacto con ella'. Y así fue. Yo no, nadie, pero nadie, de los nuevos... estaba David, de los residentes de primero... Decíamos, no mirá, pero si vino bien, ahora está jodida pero con la operación y las ... los antibióticos y todo va a marchar bien. Y yo decía, no, pero como se va a hablar con la mamá para decirle una cosa así. Y tal cual, tal cual. Fue la última vez que habló con la madre. Entró a operarse no sé 15 o 20 minutos después. Y después de ahí se fue para el CTI¹¹⁵, este... este... y ahí falleció [se oye muy, muy suavemente]¹¹⁶.

6.1 El fantasma de la denuncia

Entre los ginecólog@s y las mujeres en situación de aborto, la denuncia, siempre imprecisa (policial, judicial, epidemiológica?), ha tenido una presencia marcante. Las mujeres temían ir a los centros de salud frente a complicaciones post-aborto por el temor a ser denunciadas. Para los ginecólog@s la denuncia portaba distintos significados. Unos y otras sabían de la casi ausencia de procesamientos judiciales; sin embargo, la 'denuncia'

¹¹⁵ Centro de Tratamiento Intensivo

¹¹⁶ El hecho al que remite el relato tuvo lugar en 2002.

actuaba como un fantasma, siempre presente, del cual se ignoraban las consecuencias, pero su sola presencia era suficiente para paralizar a las mujeres, y hacer tomar acciones imprecisas a los ginecólog@s. En el periodo estudiado se produjeron cambios sustantivos respecto a la denuncia, por ello es interesante observar el proceso.

- ¿Ha cambiado algo en los últimos tiempos...?

Sí, hay un conocimiento más claro de cómo comportarse por parte de muchos médicos, no de todos. Muchos médicos tienen más claro que no es necesaria la denuncia policial, que no es necesario transgredir el anonimato y cosas por el estilo. Y hay mucho más apertura a hablar francamente del tema, a discutirlo, lo cual da posibilidades de confrontar ideas, lo cual, antes era manejado a nivel individual. (Dr. Marcelo, febrero 2007, CHPR)

La ley vigente que data de 1938 establece que “El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.”

Sin embargo, la sociedad en general, mujeres y médicos incluidos resignificaron este artículo de modo que la denuncia sin revelación de nombres y ante el MSP, se convirtió en una denuncia policial, dando a conocer los nombres. A esto ayudó la Ordenanza 5/91 del MSP que -infringiendo la Ley- establecía la necesidad de incluir los datos de la mujer. Esa era la práctica habitual, con la Ordenanza 369/04 muchos ginecólog@s problematizaron la denuncia, y finalmente en 2007 mediante una resolución del Sindicato Médico del Uruguay se estableció la obligatoriedad del secreto profesional.

La sociedad había construido un edificio que condensaba todos los prejuicios y censuras que recaían en el aborto en la figura de la denuncia.

“Alrededor de 2002 tuvimos dos o tres mujeres que se hicieron abortos acá (...) Yo había agarrado la onda de denunciarlas, tá sí... como que me encachilé con que esa era la mejor manera de ... de

enfrentar el tema." (Dr. Rodolfo, octubre 2005, médico en un hospital del interior)

El tema de la denuncia no estaba claro para los ginecólog@s cuando comienza a aplicarse la Normativa primero, en 2003, y la Ordenanza que la contiene luego, en 2004. Así, en las primeras reuniones realizadas en el CHPR para organizar la implementación de la Atención Pre y Post- Aborto, donde participaban ginecólog@s de las policlínicas ginecológicas, de Emergencia, parteras, nurses, trabajadoras sociales y psicólogas, uno de los temas más controversiales era la denuncia. Algunos advertían que debía ser solo epidemiológica, pero quedaba la duda si debía dirigirse a la Dirección del servicio o directamente al MSP; otros anotaban que además debía hacerse una denuncia policial porque se estaba en conocimiento un delito.

"Nosotros tenemos un concepto universitario sobre el aborto, que el aborto es criminal... si uno lo piensa fríamente de repente puede no pensarlo, pero en el momento en que estás en la cancha es difícil sacártelo de la cabeza lo del aborto criminal y aceptar la interrupción del embarazo voluntario..." (Entrevista grupal, noviembre 2002)

Acá está la regla: el aborto es criminal. La regla está por encima de las propias reflexiones que el médico ha ido desarrollando (si *uno lo piensa fríamente*). La regla puede actualizarse en acciones concretas: "*.. estás en la cancha es difícil sacártelo de la cabeza lo del aborto criminal y aceptar la interrupción del embarazo voluntario*". Sin embargo, este médico debe actuar con la mujer que llega con una complicación post-aborto. En algunos médicos aparece la culpabilización a la mujer por no haber evitado ese embarazo. Especialmente cuando ellos le recetaron el uso de los anticonceptivos.

Para muchas mujeres entrevistadas la denuncia adquiriría -y aún en los últimos años continuaba adquiriendo- formas poco precisas, reunía todo lo malo que le pudiese suceder, un terror profundo ante el cual casi se prefiere la muerte, justamente porque para ellas la denuncia condensaba el significado del aborto en la sociedad -que por supuesto va mucho más allá de interrumpir un embarazo o matar un embrión, tiene que ver con las relaciones

de género, con el ejercicio de la sexualidad, con las políticas del cuerpo y de la reproducción, en fin, con las formas de ordenar el mundo.

- ¿Y no fuiste al hospital? [después de haber abortado mediante sonda, y tomado antibióticos por su cuenta]

No, no fui.

-¿Por qué no fuiste?

¡Porque tuve miedo!

- ¿De qué?

¡Y de ir presa! Aparte aparecés... Yo sé que ha habido que ha aparecido y miran y te dice 'no, no me hice nada', y ellos haciéndote tacto. No sé, se enteran de que no, que es mentira, que te pusiste algo, que forzaste que perdieras el bebé. Es lo que yo tenía entendido, después me enteré de que no, pero en ese momento yo tenía entendido que sí, que se daban cuenta enseguida. Aparte, como yo me había colocado una sonda... claro, pero en realidad después lo aprendí (...) Aparte mi miedo era, me puse una sonda, y yo sabía que con las sondas es peligroso. Porque a veces la ponen mal, te agujerean el útero. Entonces yo dije, se van a dar cuenta. Y a todo eso me abrigué, toda en casa... sí me salvé de asco, porque estuve haciendo todo eso por un mes. Después tomé antibióticos, tomé un yuyo...(Diana, sector socioeconómico bajo, el relato corresponde a un aborto realizado alrededor de 2000)

En Emergencia, los médicos subrayaban que la clandestinidad del aborto dificultaba identificar las maniobras abortivas utilizadas (ya que las mujeres negaban rotundamente el hecho), lo cual obstaculizaba instaurar medidas profilácticas o correctivas a las complicaciones en forma oportuna. Las mujeres ocultaban, escondían, negaban el hecho.

"Lo que se hacía, ... este, ... este, se denunciaba a la policía; y la policía empezaba su investigación policial ¿tá? [hay personal policial en el hospital] Que era a la mujer acostada, internada; empezar a indagar si se hizo o no se hizo un aborto; quién se lo hizo, los familiares, y que iba a ir presa y el miedo y... toda esa cosa que era espantosa!". (Dra. Irma, febrero 2004, CHPR)

El policía terminaba teniendo la historia clínica de la paciente en sus manos pidiéndole declaraciones a la mujer. Frente a una complicación post-aborto encontramos un trastocamiento de roles, un hecho de salud se convierte en un hecho policial, la historia clínica, documento propiedad de la

paciente, pasaba a ser utilizado por la policía. Se trataba de una violación a los derechos humanos de la persona que pasaba inadvertida.

El miedo de las mujeres las hacía temer cualquier tipo de interrogatorio por parte de los equipos de salud. Así es que algunas mujeres que acudían a Emergencia con abortos incompletos, efectuándoseles allí un legrado, se escapaban antes de que sus datos fuesen ingresados, a modo de ejemplo entre mayo 2002 y mayo 2003, se fugaron 15 mujeres.

“Ingresaba con signos claros de haberse hecho un aborto. Y eso [denunciar] hacían algunos médicos.... Los médicos que más temor tenían [denunciaban] en la Dirección; pero también estaban los que creían que realmente, como muchas veces nos enseñaron en Facultad, ‘mirá aquello [no denunciar] es participar poco más que en un delito’...” (Dra. Irma, febrero 2004, CHPR)

El fragmento transcrito muestra la dificultad actual (en el momento de la entrevista que es el presente de la entrevistada) de mencionar la palabra ‘denuncia’. Sobrevuela su discurso, pasa a ser un sobre-entendido, omnipresente, ¿un fantasma?

Excepto aquellos ginecólog@s con una firme convicción de que el aborto debía ser una decisión de la mujer, los otros estaban propensos a denunciar. Para muchos fungía como forma de escudarse: no eran cómplices del delito. Aunque en sus entrevistas el énfasis está en protegerse de la censura de los colegas quienes frente a la ausencia de una denuncia podían suponer que aprobaban la práctica. Uno de los argumentos empleados para justificarla, situaba la denuncia como la única herramienta para llegar a los “*aborteros inescrupulosos*” cuyas maniobras exponían a las mujeres a perder sus vidas. El contra argumento, también esgrimido por ginecólog@s, fue justamente que “ellos son médicos, no son policías, ni abogados, ni jueces” (Pons *et al*, 2002). Esta frase, vale la pena subrayar, fue utilizada en la presentación de Iniciativas Sanitarias por parte los entonces Profesores Titulares de Ginecología de la Facultad de Medicina (Universidad de la República).

La existencia de la denuncia (como hecho efectivo o en el imaginario) evidencia la escisión entre el nivel de la regla y el nivel de las prácticas tanto para las mujeres como para los ginecólog@s. En el caso de estos últimos efectuar la denuncia lauda al antagonismo entre ambos niveles, especialmente si la denuncia se realiza a la dirección del servicio. Los ginecólog@s sabían que era probable que quedara archivada en la dirección, sin ulteriores consecuencias.

Sin embargo, a nivel de la práctica y de la salud de las mujeres la 'denuncia' tenía una consecuencia grave en el tratamiento de las complicaciones post-aborto. Dificultaba la buena resolución de las complicaciones porque:

1. Las mujeres tardaban en efectuar la consulta.
2. No daban las especificaciones de las maniobras de que fueron objeto.
3. Los médicos prestaban excesiva atención a aspectos supuestamente legales que asumían aunque no les correspondía en desmedro de la atención de la mujer.
4. Perjudicaba la relación médico-paciente, ya que el médico privilegiaba la denuncia que no tenía obligación de realizar, por encima del secreto profesional, que sí tenía obligación de guardar.
5. Profundizaba la asimetría médico-paciente.

A pesar del trabajo de difusión de la Ordenanza 369/04 por parte de IS; y de la difusión tanto de aspectos concernientes al secreto profesional como de la ley que penaliza el aborto (en especial el alcance de los eximentes y atenuantes) por parte del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (Adriazola, 2002; 2008; Rodríguez y Berro, 2006; Rodríguez *et al.*, 2009), continuaron realizándose algunas denuncias hasta mediados de 2007. Esa es la fecha de quiebre. En ese año, a raíz de la denuncia realizada por un médico contra una mujer, ésta es procesada sin prisión. El hecho inmediatamente moviliza a la sociedad civil. El Sindicato Médico del Uruguay

trata el tema y se expide respecto a la “obligatoriedad del secreto profesional”. Jóvenes organizados en “Pro-derechos” desarrollaron una amplia campaña “Mi médico no es buchón”, con la finalidad de presionar al personal médico en el cumplimiento del secreto profesional en todos los casos, pero especialmente al tratarse de una mujer en situación de aborto.

Los cuestionarios autoadministrados a personal de salud respondidos en 2006 y 2007 en policlínicas donde se había implementado la Ordenanza 369/04 muestran que cerca de un 80% refieren a realizar la denuncia epidemiológica al Ministerio de Salud Pública o a la dirección del centro de salud, manteniendo en anonimato el nombre de la mujer. El restante 20 % no se expide al respecto. Cabe consignar que antes de comenzar la implementación de la Ordenanza, varios de ellos pensaban que era necesario efectuar una denuncia policial. Indudablemente que en un tiempo muy breve se sucedieron cambios significativos en la actitud de los ginecolog@s respecto a la denuncia. Lo que el personal de salud respondió en el referido cuestionario está acorde a lo indicado por la ley. La misma pregunta realizada a las mujeres que estaban en la sala de espera, no necesariamente por un embarazo no viable, mostró que 20% sostenían que el médico debía realizar una denuncia policial porque la mujer estaba infringiendo la ley.

6.2 Ginecólogos frente a mujeres que quieren abortar, con abortos en curso, con complicaciones post-aborto.

Los ginecolog@s se enfrentan a la problemática del aborto en tres posibles momentos:

En el consultorio, cuando las mujeres le manifiestan su intención de interrumpir el embarazo. Aquí se observan diferencias según se trate de una policlínica general o especializada en el Asesoramiento pre y post aborto.

En Emergencia del HM, cuando la mujer llega con un aborto en curso o con una complicación post-aborto. Aquí se observaron cambios sustanciales con la extensión de la aplicación de la Ordenanza 369/04 respecto a la denuncia de la mujer.

En Sala del HM cuando la mujer ingresa por complicaciones post-aborto. Los ginecólogos mostraron distintas maneras de relacionarse con ella.

6.2.1 Los ginecolog@s frente a la mujer que manifiesta su intención de abortar

En estos primeros 10 años del siglo hubo grandes cambios en la forma en los ginecolog@s proceden frente a la mujer que manifiesta su intención de abortar. Así respecto a su práctica en el 2003, se expresaban de la siguiente manera:

“-por más que uno comparta que la situación social, particular de la paciente son comprensibles las razones por las cuales ella no quisiera tener ese embarazo, pero ahora ya está!

.....

- ...y está presionada de afuera, y viene a consultar para ver si alguien le da una chance (...) yo siempre estoy a favor de que siga adelante el embarazo, le explico que si ya tiene tres hijos, entre tres y cuatro prácticamente no va a haber diferencia (...) trato de, bueno, de motivarla para que siga adelante, me ofrezco para controlar su embarazo.

.....

- Es difícil sacártelo de la cabeza, lo del aborto criminal¹¹⁷ y aceptar la interrupción del embarazo voluntario, es difícil..”
(entrevista colectiva a ginecolog@s¹¹⁸ del Hospital de la Mujer, octubre 2003)

¹¹⁷ Hasta 2005 existía el Comando de Lucha Contra el Aborto Criminal en la órbita del Ministerio de Salud Pública, cuyo cometido era recibir las comunicaciones de los médicos que realizan abortos o asistan a las complicaciones de los mismos, así como informar a los jueces frente a la investigación de un médico enfrentado a este delito; ese año es sustituido por la Comisión Asesora sobre Interrupción de la Gravidéz, con poca modificación de su membresía y cometidos, la cual ha presentado una actividad muy menor.

¹¹⁸ Participaron cinco ginecólogos y una ginecóloga de la entrevista. Todos ellos eran grado 1 y 2 de las Cátedras de Ginecotocología, llevando a cabo su trabajo en el Hospital de la Mujer, Paulina Luisi, del CHPR.

El uso abortivo del misoprostol se difundió unos meses antes de agosto del 2004 cuando se promulga la Ordenanza 369/04.

“Ambas ginecólogas dijeron que muchas mujeres venían a plantear que querían interrumpir el embarazo y ellas les decían lo que no tienen que hacer (agujas, infusiones, etc.). No le hablan del misoprostol ni le dan direcciones de clínicas porque no se pueden hacer cargo de lo que le vaya a suceder a la paciente. Si algo les sale mal y la paciente dice que siguió las recomendaciones de la doctora fulana de tal, se verían en problemas. No les hablan del misoprostol porque no se lo pueden proporcionar, ni colocar. Entonces es un poco como un ‘lavada de manos’ enfatizó una de ellas”. (Diario de campo, 6 de febrero 2004, conversación con dos ginecólogas)

Si bien en mayo del 2003 la Normativa de Atención pre y post aborto se había implementado tímidamente en las Policlínicas Ginecológicas del CHPR; es al entrar en funcionamiento la Ordenanza 369/04 -la cual recoge la normativa- en agosto del 2004, que la propuesta se difunde, aunque no masivamente.

“.... El hecho movilizador de cuantas mujeres se morían en el Uruguay, por esto, fue un hallazgo de la gente que abrió la cabeza en ese momento. Entonces se vio como un problema de salud pública muy fuertemente. (...) La gente también se dio cuenta que la gente se muere por eso. Entonces se formalizó la posibilidad de hacer este tipo de asesoramiento (...) la gente se sintió autorizada a consultar. Lo que yo te decía del boca a boca, si nosotros teníamos cinco consultas por mes, en la medida que la gente interrumpe sus embarazos con éxito, lo transmite y cada día tenés más consultas” (Dra. Laura, noviembre 2006 policlínica periférica zona pobre)

A partir su práctica la Dra. Laura pone de manifiesto una de las consecuencias más importantes de la Ordenanza 369/04: colocar el tema del aborto sobre la mesa. A partir de su difusión en los medios y a través del ‘boca a boca’ se habilitaba a las mujeres a hablar sobre el aborto, *“la gente se sintió autorizada a consultar”*. No solo se abortaba sino que la práctica del aborto se estaba volviendo más aceptada.

Con el correr de los primeros tiempos luego de la implementación de la ordenanza, se percibieron algunos cambios entre los ginecólog@s. Así explica la Dra. Antonia su práctica en la policlínica barrial donde trabaja.

“... les hablo de lo importante... tá porque yo veo que las pierdo a las pacientes y tienen que tener cuidado del lugar donde van porque hay muchos lugares y en condiciones que son pésimas. Yo mucho ahora con la policlínica que hay en el Pereira Rossell yo ahora estoy derivando” (Dra. Antonia, noviembre 2006, policlínica periférica, zona pobre)

Hasta 2009 en que se promulga la Ley N° 18.426 que recoge la Ordenanza 369/04, ésta se aplicaba exclusivamente en las Policlínicas de Asesoramiento del CHPR y en las que participaban del proyecto de IS, en las de AUPF y en las de la Intendencia Municipal de Montevideo, en el resto dependía del interés que tuviera profesional de salud. Muchos, como la Dra. Antonia derivaban; otros, los menos, como la Dra. Corina realizan el asesoramiento en soledad.

“Sabés qué, vienen las pobres mujeres, que ya las requeteconocés, que sabés que vuelta y media el marido les da la tal paliza cuando llega mamado, que tienen hijos de todas las edades; que hacen cualquier cosa por conseguir un peso y darles de comer. Les recetás las pastillas y sabés que no las van a usar bien... entonces, bueno, a esas yo intento darle la inyección [anticonceptiva], colocarles el DIU. Y cuando caen con un embarazo, que están desesperadas porque saben que no pueden mantener otro hijo.... Qué querés que te diga? Que las mande al Pereira? No tienen plata para el boleto; que les informe como usar misoprostol?, si claro que lo hago, pero tengo que contactarlas con algún grupo que las ayude, que le consiga el misoprostol, y la ayude... porque no pueden solas. Están en un total estado de indefensión” (Dra. Corina, junio 2007, policlínica periférica, zona pobre)

Otros ginecólog@s continuaban su práctica ignorando la existencia de la Ordenanza 369/04.¹¹⁹

¹¹⁹ Lozano *et al.* (2007) analizan el caso de una mujer que muere como resultado de un aborto, realizado por ella misma después de haber consultado en la policlínica barrial donde no recibió asesoramiento.

“El drama es que no les puedo aconsejar aborto, es ilegal, no les puedo aconsejar ningún método que sea para expulsar el embarazo, porque es ilegal” (Dra. Brenda, marzo 2005 policlínica periférica)

Muchos ginecolog@s desconocían el alcance de la legislación presente, específicamente respecto a los atenuantes y eximentes y sobre todo el funcionamiento jurídico de estas figuras.

“... vienen a las policlínicas comunes a plantear ‘no quiero tenerlo’. Pero dentro de las que plantean ‘no quiero tenerlo’, cuáles están contempladas dentro de los atenuantes y cuáles, no? Si uno es abierto, puede decir, en realidad, la mayoría están contempladas, porque son pobres, no tienen recursos, y cosas por el estilo. Si te ponés más riguroso y más estricto, tendrías que decir, que de las que dicen ‘no quiero tenerlo’, solo un porcentaje muy bajo estaría dentro de los atenuantes. Pero todo depende de con qué vara lo midas, por eso es muy difícil” (Dr. Marcelo, julio 2006, CHPR)

A pesar del trabajo de Iniciativas Sanitarias, y el del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina (UDELAR) por difundir lo que los ginecolog@s podían hacer frente a un aborto en el marco de la ley, continúa siendo una minoría del total de profesionales quienes conocen la legislación correspondiente; y entre ellos, hay visiones diferentes sobre la misma.

“...como sociedad tenés que apuntar a otra cosa. No a un parche; a una solución, o decir ‘no hay solución’ (...) O pensamos y definimos otro marco jurídico sanitario, porque el ‘mientras tanto’ [alude al argumento esgrimido por los promotores de IS] se sabe que termina siendo definitivo. Pero entre una cosa y otra se genera más confusión.” (Dr. Pablo, noviembre 2006)

Más allá del conocimiento del alcance de la ley, y los conflictos derivados de su falta de precisión, existe tensión entre las posturas morales de cada uno, que puede o no coincidir con la Ley. Moral y derecho no tienen por qué ir juntos (Klein, 2005). Sin embargo, en sucesivas entrevistas pude observar que muchos ginecolog@s -especialmente los más jóvenes- tendían a homologar moralmente bueno con legal.

Las maneras de llevar adelante la Consulta pre-aborto varían de acuerdo a características personales. Así, algunos siguen el protocolo fielmente, sin miran a la paciente; son amables y correctos pero no afectuosos. Los ginecólog@s dicen no recibir la capacitación que les permita contener a las mujeres que consultan ni acompañarlas de manera integral, es decir, hacerse cargo de los aspectos emocionales y psicológicos de la mujer en situación de aborto. Resulta pues, más una carencia de la organización, donde una consulta que supuestamente es interdisciplinaria (con la participación de psicólog@s y trabajador@s sociales), se reduce a la sola presencia del ginecólog@. Una ONG que durante un período de tiempo había implementado el servicio de Asesoramiento pre y post aborto lo hacía con el trabajo conjunto de una psicóloga social y un ginecólog@, pero esto no sucedía en ninguna de las policlínicas públicas ni de las IAMCs.

Algunos ginecólog@s (un número levemente superior de mujeres que de hombres) acogen a la mujer de manera más 'integral', como consecuencia de sus características personales, más afectuosos, que tienden 'naturalmente' a entablar un vínculo empático con la consultante. A algunas ginecólogas mujeres, la práctica en la Policlínica de Asesoramiento les resultaba interpelante y movilizadora, encontraban *"mucho gratificación a partir de las relaciones con las mujeres, son personas, ya no sólo pacientes"* (entrevista colectiva a dos ginecólogas del servicio, HM).

Casi todos los ginecólog@s que trabajan en el primer nivel de atención, es decir policlínicas barriales, presentan una mayor empatía con las mujeres. Estar en atención primaria les permite un conocimiento más profundo de la población, conocen a las mujeres, a sus hijos, sus parejas, si sufren violencia doméstica, saben de sus vidas.

En los primeros años de aplicación de la Normativa de Atención Pre y Post-aborto y luego la Ordenanza 369/04 (2003-2005), los ginecólog@s que trabajaban en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR estaban expuestos a un mayor *stress* que aquellos que trabajaban en las policlínicas barriales.

Esto se debía “a la carga de los problemas de las mujeres”; “Después de oír 12 mujeres con sus dramas -y algunos son muy jodidos- no querés más nada”. Sufrieron un efecto *burn-out*¹²⁰ que no pudieron tratar institucionalmente, ni siquiera entendían lo que les sucedía. Algunas de sus reuniones sociales oficiaban de catarsis de lo vivido en el consultorio.

El de Patricia no fue un caso aislado. Estaba con 12 semanas de gestación, sin número, igual la atendieron dado lo avanzado de su embarazo. Había concurrido con sus padres. Pude acompañar su proceso.

“Su madre estaba muy nerviosa, se impacientaba a medida que pasaba el tiempo. Preguntaba una y otra vez, ‘¿cuándo la van a atender?’, a veces me lo pregunta a mí directamente, a lo que le respondo que probablemente al final de la consulta ya que no tiene número. Algo enojada dice que no quiere que su hija quede para el final, porque es ella quien le pondrá las pastillas y no quiere pasar toda la noche, allá donde viven, lejos y sin auto. Cada poco repite su monólogo, al que agrega ‘¿Por qué no se las ponen ellos?’. Su ex marido le responde que ellos no pueden, legalmente no pueden. Ella no parece entender y cada vez con más enojo exclama, ‘¡Pero si yo se lo pido, ellos tienen que hacerlo!’.(...) Supe luego hablando con la ginecóloga que la atendió, que la madre de Patricia reclamó que le colocara el misoprostol allí, en el consultorio. Ante la negativa, se puso furiosa!” (Notas de campo, enero 2006)

Estos episodios fueron provocando un gran desgaste entre los ginecolog@s comprometidos con el proceso de IS, lo cual dio como resultado que después de un tiempo, muchos de ellos no pudieran continuar atendiendo. La Dra. María, después de unos cuatro años de participar activamente de la propuesta atendiendo en el consultorio de Asesoramiento y en una policlínica barrial, se alejó de la clínica para trabajar a tiempo completo como ecografista. Se sentían “en la línea de fuego y sin retaguardia”, como me comentó el Dr. Gerardo.

¹²⁰ Se denomina síndrome de *burn out* a la respuesta al *stress* laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyas actividades tienen como centro apoyar o ayudar a otros que están atravesando situaciones complejas

De acuerdo a IS, la consulta pre-aborto incluye entre sus finalidades crear un vínculo amigable con la mujer, estimulando su regreso a la consulta una vez realizado el aborto. Para esta organización, “la inclusión de esta población de riesgo en el sistema de salud genera sentimientos de tranquilidad y seguridad para las usuarias, porque les evita la necesidad de recurrir a métodos más peligrosos”. (Briozzo et al, 2006:223)¹²¹.

En los servicios mutuales, la consulta es un ‘coto cerrado’. En ninguna mutualista ha habido difusión de la Ordenanza 369/04, lo cual significa que cada ginecolog@ actúa como estima conveniente puertas adentro de su consultorio.

“Si alguna mujer me menciona que no quiere continuar su embarazo, yo le digo que el aborto está prohibido. Pero además le digo que tiene que ser responsable, lo que tiene en su vientre es una criatura indefensa.” (Dr. Luis, julio 2007)

“Y si.... cuando viene una paciente desesperada porque está embarazada y no lo puede tener; una paciente que ya la conozco de años, que le atendí partos... viste, con la que ya tenés mucha confianza. Tá, yo le digo como usar el misoprostol, y si tengo a mano, se lo facilito, y la ayudo en todo. Eso no lo puedo hacer en el hospital, pero en la práctica privada sí..porque la relación es distinta.” (Dr. Leonardo, julio 2008)

En las IAMCs la mayoría de las mujeres consultantes de l@s ginecolog@s son un conjunto estable, siendo pocas las que concurren eventualmente. De modo que por lo general ya está entablada una relación entre el profesional de salud y la mujer. Generalmente es en función de esa relación y en función de la postura del ginecolog@ frente al aborto, el grado en que aplique o no la ordenanza. Como muestran los fragmentos transcriptos, algunos la ignoran totalmente; mientras que otros llegan incluso a facilitarle el misoprostol a la mujer, cuando existe una relación de fuerte confianza con ella.

¹²¹ Original en inglés

*“El que haya una clínica [clandestina] que haga abortos es un mal necesario. Lo necesita la sociedad, lo necesitan los médicos
 - ¿Por qué lo necesitan los médicos?
 Y porque vos tenés que tener a alguien de confianza, que a tus pacientes les haga lo que vos no querés hacerles” (Dr. Pablo, noviembre 2006)*

6.2.2 Emergencia

Aquí ingresan mujeres con diversos problemas gineco-obstétricos, entre ellos abortos incompletos o con complicaciones. La información correspondiente a los ingresos por estas causas denota subregistro, característica que coincide con lo observado en otros países de la región (Guillaume y Lerner, 2006; Ramos *et al.*, 2001). A modo de ejemplo, los ‘legrados evacuadores’ realizados bajo el diagnóstico de “aborto incompleto” (sin especificar si son espontáneos o provocados) entre mayo de 2002 y mayo 2003 presentaban vacíos de información: ausencia del nombre de la mujer, hora de ingreso, edad, dirección u otros datos de los solicitados en el formulario; algunos carecían de historia clínica; habiendo mujeres que figuran como “fugadas” ya que se fueron antes de tener el alta. Esto no sucede con otras causas de ingreso, por lo tanto es preciso entenderlo como una manera en que los profesionales de la salud se relacionan con el aborto.

Hubo un aumento en el número de mujeres con abortos en curso que llegaban a Emergencia a partir de la difusión del uso abortivo del misoprostol en el verano del 2004. Allí le practicaban legrados. En el CHPR no utilizaban el AMEU para proceder en un aborto incompleto a pesar de ser más sencillo y rápido que el legrado. No lo hacían por temor a que al enseñar a usar el AMEU a los residentes, alguno de ellos se dedicase a realizar abortos, según me informó un docente. Emergencia no contaba con la organización adecuada para satisfacer el aumento de legrados que debió afrontar. Con la difusión del uso abortivo del misoprostol y sus beneficios frente a otros procedimientos, la Policlínica de Asesoramiento comenzó a informar al respecto. No había comunicación fluida entre ambas dependencias del Hospital, lo que creaba malestar en el personal de Emergencia.

En el transcurso de los años, pude observar que la concurrencia de mujeres con abortos en curso o con sangrado abundante a Emergencia se concentra al terminar el día, alrededor de las 8 de la tarde. Durante el día, probablemente el sangrado no les suscitaba temor, pero al llegar la noche, los servicios de policlínica están cerrados, las posibles ayudas se tornan menos accesibles, entonces las mujeres acuden a Emergencia. Este patrón de comportamiento induce a los ginecólog@s a considerar que se trata de *abortos provocados*.

Existen narrativas contradictorias entre los ginecólog@s de Emergencia respecto a la índole de los abortos con que llegan las mujeres. Algunas sostienen que en Emergencia solo se atienden los abortos espontáneos en base a una distinción *emic* entre abortos espontáneos y voluntarios, definiendo a estos últimos como aquellos que tienen complicaciones post aborto por lo que ingresan directamente a sala. Contrariamente, otros afirman que a partir de la difusión del uso abortivo del misoprostol aumentó sensiblemente el número de mujeres que llegaban a Emergencia “con sangrados”. Es de notar que se refieren como “con sangrado” y no ‘aborto en curso’. Otros hacen su negación del problema ‘aborto voluntario’, deslindando sus responsabilidades del hecho.

“Acá no estamos con la problemática del aborto [se refiere a los aspectos ético y morales], acá si los agarrás cuando ya están abortando, no entra la problemática, esa nos queda afuera. Ahí ya es un caso clínico que es un aborto en curso o un aborto incompleto. Como ya viene el aborto en curso, lo tomás como patología, sea como sea que haya empezado, vos lo que tenés que tratar. Es la paciente que te vino y atenderla, si te oponés estás omitiendo asistencia. No hay posición filosófica, no hay nada. Acá es atender la paciente que tiene ya la complicación”. (Dr. Anselmo, febrero 2004, CHPR)

6.2.3 Complicaciones post-aborto

“Rita contó que había atendido a una chica que se había provocado un aborto con ruda. Estaba muy mal con una infección renal o urinaria (no le entendí bien), porque la ruda ataca esa zona. Se

salvó pero pasó 20 días en tratamiento de diálisis. Ana María me cuenta que atendió una chica con aborto provocado por infusión de ruda, la cual murió al día siguiente.” (Diario de campo, febrero 2005; Emergencia, ambas ginecólogas, se refieren a hechos ocurridos algunos años antes.)

“Yo vi morir a dos mujeres (...) por aborto provocado con lesiones de riesgo (...) introducción de objetos ajenos en la cavidad uterina. Una fue perezil! Y otra fue aguja de tejer! Y otra estuvo muy grave pero no llegó a morir, se colocó una pastilla de permanganato (...) Después la mujer lo negaba (...). Las mujeres mueren con el secreto. Por suerte después se empezó a usar misoprostol” (Dra. Andrea, diciembre 2005, CHPR)

Antes de la difusión del uso abortivo del misoprostol, buena parte de las complicaciones post-aborto correspondían a procesos de sepsis moderada o grave. Una mujer con diagnóstico de sepsis moderada debe permanecer con monitoreo constante. Esto solo es posible en sala de obstetricia (con la violencia simbólica que significa para la mujer que abortó) porque la sala ginecológica no cuenta con atención permanente. Se estima que el preoperatorio debe ser entre 6 y 4 horas y el postoperatorio de 24 horas. Según la normativa¹²² el tratamiento debe suministrar antibióticos, hidratación, anticoagulantes, antitermoanalgésicos, transfusiones y legrado evacuador (LEC).

En los casos de sepsis grave se las opera (histerectomía¹²³ total con o sin anexectomía¹²⁴) en menos de cuatro horas y luego se las envía a CTI, es poco probable que no muera.

Las complicaciones post-aborto exigen una serie de acciones médicas tendientes a aliviar a la paciente, disminuir la infección, en definitiva salvar su vida intentando evitar mutilaciones. Los médicos que atienden pacientes en esta situación con frecuencia se quejan de las dificultades que tienen para que las mujeres les digan lo que se hicieron, información para ell@s valiosa a

¹²² “Normativas para la atención de sepsis moderada y grave”, Facultad de Medicina, Universidad de la República

¹²³ Extirpación quirúrgica del útero.

¹²⁴ Extirpación quirúrgica de los anexos uterinos (trompa de Falopio, ovario, etc.).

fin de definir y evaluar los pasos a seguir. Las pacientes utilizan la escasa fuerza que su debilidad les permite para negarse a hablar. Tienen miedo, miedo a la denuncia. Y en estos casos el miedo mata.

“El año pasado, con todo el problema de las clínicas abortivas y que se corta todo este circuito clandestino, y la mujer sabe, porque siempre supo, que en el Pereira Rossell los médicos y la dirección te denuncian a la policía, la mujer no consulta.. no consulta a tiempo. Entonces ya el daño no es la mutilación y sacarle el útero, por complicación de sepsis, ahí ya la complicación y el daño pasó a ser otro, es la muerte, porque consulta tarde, pero esto no quiere decir que necesariamente haya más abortos. Para mí hay más complicaciones, yo no tengo nada que me dé para pensar que hay más abortos; yo estoy convencida, y que es lo que quiero llegar a visualizar que lo que hay son más complicaciones”
(Dra. Irma, febrero 2003, CHPR)

La atención post-aborto (APA) incluida en los manuales de la OMS como una medida efectiva para reducir los daños en abortos realizados en condiciones inseguras, no fue desarrollada en los hospitales públicos de manera explícita. Recién a partir de 2004 y al amparo de la Ordenanza 369/04 en algunos centros de salud se produjeron cambios en el tratamiento de una mujer que ingresaba por complicaciones post-aborto. Esto aleja a Uruguay de otros países de la región que han adoptado la APA como medida de reducción de mortalidad y morbilidad de gestantes, y está lejos de Bolivia que es el único país latinoamericano que cuenta con normas nacionales de APA dentro del sistema público de salud (Roze, 2007:25).

6.3 Las “voces” de los ginecólog@s sobre el aborto

Los ginecólog@s tienen distintas maneras de referirse al aborto y a la mujer en situación de aborto según el interlocutor y el contexto. El análisis de estas distintas modalidades permite una mayor comprensión de la posición frecuentemente incierta del ginecólog@ respecto al aborto.

Durante el trabajo de campo y en las entrevistas a ginecólog@s pude apreciar las discordancias en los modos en que hablaban sobre el aborto y

sobre las mujeres en situación de abortos dependiendo de los interlocutores y los contextos. Cuando estaban en una reunión social con colegas amigos hablaban de una manera, usaban otro registro con los residentes, otro con las mujeres, y conmigo hablaban de una manera u otra, según las situaciones. Estos distintos modos seguramente significaban algo.

Como los aspectos textuales que conforman los distintos registros y discordancias exceden lo meramente discursivo para formar parte de sus prácticas sociales, constituyen una posible vía de acceso para acercarnos al *habitus*. Llamo voces a los estilos particulares de expresión utilizados por los individuos para hablar de un mismo tema en formas diferentes, en este caso particular me refiero a la manera en que los ginecólog@s hablan sobre el aborto y sobre las mujeres en situación de aborto en distintos contextos y con distintos interlocutores. No estoy segura que pueda aplicarse la conceptualización de heteroglosia desarrollada por Bajtin (1981), pero en todo caso, es útil para pensar la inestabilidad del signo 'aborto' entre los ginecólog@s, lo cual podría estar indicando un proceso de cambio en su significado.

Existen contradicciones, inconsistencias y rupturas entre las distintas voces, tanto es así que se licúa el sentido de 'aborto' y 'mujer en situación de aborto' para cada ginecólogo en particular, pero sin embargo, conforman el andamiaje social.

Para este análisis seguí los trabajos de Susanna Rance (2002; 2005)¹²⁵. El análisis conversacional de la interacción verbal estuvo en la base de la base de la exploración, pero procuré ampliarlo. Para ello traje algunos elementos de la noción foucaultiana de discurso, pero centrándolas en las especificidades de las prácticas de las personas involucradas.

Revisé la información generada en algunas etapas de mi trabajo de campo, especialmente el realizado entre 2005 y 2007 en el Centro

¹²⁵ Rance realizó estudios sobre las complicaciones post aborto en hospitales bolivianos.

Hospitalario Pereira Rossell y en algún otro centro de salud. Siguiendo a Rance (2005) categoricé los discursos de los ginecólog@s en tres voces: técnica, normativa y pragmática.

Técnica se refiere a textos médico-científicos; normativa alude a los aspectos legales y normativos; pragmático refiere a la voz que expresa más directamente la subjetividad del ginecólog@, expresa su práctica, pudiendo incluir sentimientos. El criterio de agrupación devino de las formas lexicales y gramaticales, más que del contenido informativo de los textos. Esto permitió observar contenidos contrarios sostenidos por el mismo ginecólog@ en distintas 'voces'. Releí mis notas intentando descubrir las tres 'voces', para así poder tipificar de alguna manera los tres repertorios. Seleccioné algunos ginecólog@s de quienes tenía más material desempeñándose a nivel hospitalario, y algunos menos cumpliendo tareas en el primer nivel de atención. Tracé sus distintas formas de referirse al aborto y a las mujeres en situación de aborto a lo largo de esos tres años, construí una tipología en base a la información empírica, siguiendo criterios relativos a las características del lenguaje y a la postura que adquiere ego en los distintos contextos y con diferentes interlocutores.

Voz técnica:

Tipo de lenguaje: Lenguaje formal. Impersonal, primera persona del plural. Postura de ego: Detenta un conocimiento científico basado en evidencia.

"El misoprostol sirve para la úlcera gástrica (...); inhibe la secreción de ácido gástrico (...) pero además produce contracciones uterinas". (Dr. Rodolfo)

Voz normativa

Tipo de lenguaje: Lenguaje formal. Impersonal.

Postura de ego: Obedece a la reglamentación; hay una preeminencia de la norma sobre el conocimiento científico.

“La normativa es clara, el ginecólogo debe informar; y específicamente señala que se informe sobre el uso obstétrico del misoprostol. Lo que la paciente hace con esa información, es cosa de ella” (Dr. Rodolfo)

Voz pragmática

Tipo de lenguaje: Lenguaje coloquial. Primera persona singular o plural, a veces impersonal.

Postura de ego: Sensible a las circunstancias, muchas veces demostrando sentimientos, dispuesto a negociar sus acciones.

“...a veces con algunos colegas decimos, desde que apareció el misoprostol tenemos muchas menos muertes por aborto, ¿no es cierto? Es una suerte que las mujeres lo usen! Porque es prácticamente como si fuese un aborto espontáneo...” (Dr. Rodolfo)

A continuación presento un cuadro con algunos ejemplos de cada una de las “voces” tomados de mis notas.

Técnica	Normativa	Pragmática
<i>Hemos investigado..</i>	<i>Como norma se hace..</i>	<i>En este caso particular..</i>
<i>Una técnica muy buena</i>	<i>Se siguen las técnicas de la normativa</i>	<i>Depende de la paciente lo que se haga</i>
<i>Siempre ha dado buen resultado</i>	<i>Se ha protocolizado</i>	<i>Depende del médico tratante, el resultado</i>
<i>En la literatura internacional se recomienda su uso</i>	<i>El MSP no tiene ninguna ordenanza sobre el tema</i>	<i>Hago lo que me parece mejor según las circunstancias.</i>
<i>Basado en evidencias creemos que..</i>	<i>La norma indica que..</i>	<i>Cada paciente es distinta.</i>

Los ginecólogos utilizaban la voz técnica especialmente para mostrarse como expertos frente a otros colegas. Lo hacían conmigo y con los residentes mayoritariamente. El aspecto de impresionar a otros detentando autoridad

científica parecía bastante más definatorio del uso de esa voz que el interés en defender determinados criterios científicos para su propio trabajo. Esto se ponía en evidencia cuando el mismo ginecolog@, cambiando su registro hacia la voz pragmática -en otro contexto- manifestaba contenidos contrarios a los expuestos en la 'voz técnica'.

La voz normativa aparecía como gran paraguas dentro del cual podían actuar. Era utilizada para hablar con otros colegas y con pacientes. A igual que lo observado por Rance (2005) aquí también su uso se asocia al intento por demostrar que se cumplen las normas y protocolos, más que a la internalización de las mismas. Algunos ginecolog@s expresaban públicamente sus prácticas respecto a las consultas pre-aborto desde la 'voz normativa'; mientras que en el consultorio desde la 'voz pragmática' proponían cosas contrarias.

Utilizan la voz pragmática cuando se acercan al fenómeno concreto, en ocasiones alejándose de lo normativo y lo técnico. Cuando hay empatía con la mujer en situación de aborto le hablan o se refieren a ella en esta modalidad.

Entre los ginecolog@s con que trabajé hubo dos que mostraron poca o ninguna variación en las formas de referirse al aborto en distintos contextos y con diferentes interlocutores. Uno de ellos, convencido que la vida humana comienza con la concepción y que el aborto es inadmisibles siempre. Sus discursos no desplegaban las 'tres voces', su registro solo abarcaba a la 'voz normativa'; pero a diferencia de los otros casos, la suya se nutría de un contenido moral-religioso. El segundo, en el extremo opuesto, era un ginecolog@ de atención primaria, donde su registro estaba casi monopolizado por la 'voz pragmática'. En contextos donde sus colegas usaban la 'voz normativa', ella los interpelaba desde el otro registro. Usaba ocasionalmente la 'voz técnica' combinada con la pragmática.

El análisis de estas voces cambiantes alejó las discordancias e inconsistencias. Los ginecolog@s incluyen en su repertorio una gama mucho

más amplia de sentidos para referirse a temas relativos a 'aborto', y a la 'mujer en situación de aborto' que los que pueden aparecer en una única instancia. Son los cambiantes contextos los que posibilitan la riqueza semántica pero sobre todo la posibilidad de jugar varios juegos a la vez. Cada una de estas voces responde a reglas diferentes, la posibilidad de cambiar los registros de acuerdo a los contextos y a los interlocutores es en buena medida lo que les permite a los ginecolog@s transitar por dinámicas en construcción; en lugar de permanecer estáticos. Podría pensarse que estas 'contradicciones' obedecen a un momento de desgaste de las estructuras (Ortner, 1996). Las 'voces cambiantes' pueden interpretarse como dando cuenta del cambio en la conceptualización de la maternidad en la práctica ginecológica. A principios de los '90 la maternidad aparecía despojada de los aspectos sociales que la integran, se esperaba que la mujer organizara su vida en función del cuidado de sus hijos (Mitjabila, 1994). Ahora, entre los ginecolog@s movilizados en torno a la aplicación de la Ordenanza 369/04, la maternidad estaría problematizándose.

6.4 Reducción de riesgos en los abortos inseguros: la estrategia de Iniciativas Sanitarias

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el aborto inseguro es "un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambos" (OMS, 1993)¹²⁶.

Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo (con el tiempo pasó a denominarse simplemente Iniciativas Sanitarias) es una organización civil de profesionales de la salud, creada en 2001 con la inquietud de buscar soluciones para el aumento de la mortalidad de gestantes

¹²⁶ Original en inglés.

provocada por las complicaciones post-aborto. En 2002 IS con el apoyo del Sindicato Médico del Uruguay, de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay y la Facultad de Medicina de la UDELAR, eleva al Ministerio de Salud Pública una normativa de atención pre y post aborto, aprobada recién en 2004 como Ordenanza 369. A continuación expongo la fundamentación de la propuesta por parte de los responsables de IS.

“La estrategia de reducción de riesgo intenta minimizar los efectos negativos de ciertos comportamientos sociales que son conocidos por ser peligrosos, pero que son practicados por un número de personas que son particularmente vulnerables a tales prácticas. Aplicando el concepto al aborto inseguro, un grupo de obstetras y ginecólogos fundó una ONG llamada Iniciativas Sanitarias.” (Briozzo et al, 2006:222)¹²⁷

Y luego prosigue,

“Esta estrategia de reducción de riesgo en un clima de leyes restrictivas es un paso intermedio en el camino hacia la aprobación de una ley de derechos sexuales y reproductivos. (...) El abordaje aquí presentado reduce las complicaciones por aborto a través de diversos mecanismos. Primero, encontramos que algunas mujeres ni siquiera estaban embarazadas, lo que hubiera significado que las intervenciones clandestinas para evacuar el útero fueran aún más peligrosas. En segundo lugar, algunas mujeres tenían muerte del embrión o muerte fetal; lo cual justificaba el vaciamiento del útero en el mismo hospital. Tercero, algunas mujeres encontraron requisitos para la interrupción de sus embarazos dentro de los márgenes legales, lo cual hizo que se pudiera llevar a cabo en el hospital público. En cuarto lugar, después de la consejería [de la consulta pre-aborto] algunas mujeres tomaron libremente la

¹²⁷ Original en inglés.

decisión de continuar sus embarazos, aún cuando no era la intención influir de manera alguna en su decisión. Pero el mecanismo más importante para la reducción de riesgo parece ser proporcionar información basada en el conocimiento científico sobre los riesgos asociados con diferentes métodos para inducir abortos.” (Briozzo *et al.*, 2006:225)

Acá rige la voz técnica acotada a la voz normativa. Muestra que la reducción de riesgo es el móvil para intervenir en el proceso de aborto.

6.4.1 Riesgo y vulnerabilidad: dos conceptos en juego para abordar el proceso del aborto

La estrategia de IS es de reducción de riesgo y daños. La literatura médica, especialmente la epidemiológica, con frecuencia hace referencias a las situaciones de riesgo (población de riesgo, situación de riesgo, “aborto en condiciones de riesgo”). En epidemiología, el riesgo se refiere a una probabilidad calculada de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de cierta población expuesta a factores de riesgo (o de protección) específicos, comparada con una población de referencia. En general los trabajos epidemiológicos consideran la existencia de distintos tipos de indicadores de riesgo, y de acuerdo a ellos será el rango de riesgos al que se enfrenta la persona. Entre las variables consideradas para los indicadores se encuentran características basadas en algún rasgo constitutivo de la persona. Si bien los ejemplos se centran en la predisposición hereditaria a determinado padecimiento o determinados aspectos que conforman una constitución débil, es claro que las mujeres por sus rasgos constitutivos, pueden llegar a ser consideradas población ‘de riesgo’, si se entiende el embarazo como un factor de riesgo. Se avalarían de ese modo las acciones tendientes a medicalizar la sexualidad y la reproducción, en síntesis, los cuerpos de las mujeres.

Cuando la interpretación de las variables seleccionadas no toma en cuenta las dinámicas sociales concretas, la categoría abstracta 'riesgo' se convierte en una práctica de intervención sin tomar en cuenta las mediaciones necesarias que le permitan acceder al sentido del fenómeno. Por consiguiente, prácticas supuestamente preventivas pueden llegar a ser incluso perjudiciales, en la medida que reduce un fenómeno a alguno de sus componentes pasibles de mensurabilidad, y pierde la noción de la complejidad que define justamente a los fenómenos sociales. El riesgo epidemiológico implícito en las prácticas sociales del aborto, es decir los potenciales daños relacionados con la salud y la vida de las mujeres, implica una reducción de la situación de aborto a las condiciones en que se concreta el acto médico. Un hecho social complejo se reduce a un acto médico.

El advenimiento de la epidemia de VIH/SIDA patologizó la sexualidad, y aún cuando persistieron durante algún tiempo los discursos que enfatizaban el placer, la actividad sexual se asoció cada vez más al riesgo (Lupton y Tulloch, 1998). En la 'era de la epidemia' (Singer, 1993) la amenaza representada por el deseo sexual conducía no solo al contagio de ITS, sino a embarazos no esperados por lo que se reforzaba su condena. Así se instala la asociación entre actividad sexual y la noción de riesgo, al tiempo que se fortalece su medicalización. Nichter (2006) señala como rasgo de la biomedicalización recurrir a las estadísticas de riesgo epidemiológico, significativas a nivel de un grupo poblacional, y convertirlas en supuestos factores de riesgo a nivel individual. La popularización de la expresión "aborto en condiciones de riesgo" denota la medicalización de la reproducción y del cuerpo de la mujer, por lo que una reflexión sobre su uso nos aproxima al lugar social que ocupa el aborto voluntario.

La definición de riesgo para la epidemiología es clara y precisa; constituye un instrumento analítico de primera importancia. El problema surge cuando se hace el corrimiento a lo sociocultural, es decir cuando todo el hecho social aborto se reduce a su dimensión epidemiológica, o la interpretación epidemiológica se extiende al hecho social en su totalidad. Es

decir, cuando la categoría 'riesgo' es utilizada como base en la formulación de políticas de salud.

Se han levantado críticas a la definición del riesgo, y a individuo en situación de riesgo, cuestionamientos a su percepción y capacidad para gestionarlo, y a las relaciones de poder desde las cuáles se promueven estrategias de reducción de daños¹²⁸. Respecto al significado y alcance del 'riesgo', José R. Ayres (2007) cuestiona todo el elenco de condiciones y situaciones evaluadas positivamente, entendidas como bienes a los cuales los individuos pueden y deben aspirar para su buen vivir, pero se pregunta quien define lo que es buen vivir.

Resulta imprescindible interrogarse acerca de ¿cuáles son y, sobre todo, quién establece la relevancia de los diferentes "riesgos" para cada mujer que enfrenta una situación de aborto?

Mary Douglas y A. Wildavsky (1992) sostienen que la noción de riesgo no se basa en evidencia empírica, ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente, por lo tanto en cada contexto social se destacan unos riesgos y se ignoran otros. El riesgo es una construcción cultural. Por consiguiente, el riesgo definido por la epidemiología, también resulta de una construcción cultural en un contexto particular. La voz hegemónica que define el riesgo respecto al aborto es la biomédica, pero su noción de riesgo no tiene por qué coincidir (es más, difícilmente lo haga) con la de las mujeres en situación de aborto. La noción "aborto en condiciones de riesgo" está implicando un sujeto capacitado para enunciar cual es el riesgo (el médico), que concentra un poder socialmente legitimado para hacerlo. Suponen una relación jerárquica, donde uno tiene el poder y el saber, y el otro (la mujer en situación de aborto en este caso) ni lo uno ni lo otro y debe por lo tanto 'obedecer' al médico. Esta posición es implícitamente cuestionada desde la información empírica cuando las mujeres en situación de aborto no siguen los

¹²⁸ Las estrategias de reducción de daños han sido ampliamente utilizadas en programas de intervención con personas en uso problemático de sustancias.

pasos definidos en la consulta, aunque no interpelen el poder médico directamente.

La estrategia de reducción de daños apela a sujetos moralmente libres, a quienes no se les reconoce sus constricciones y condicionantes sociales, o la toma de riesgos como una actividad “irracional”, también desvinculada del sistema de relaciones sociales en que se produce.

En este plano podemos preguntarnos si las relaciones de poder en que se inscriben las intervenciones de “reducción de daño” frente al “aborto provocado en condiciones de riesgo”, ¿habilitan una apropiación por parte de las mujeres de saberes pertinentes, oportunos y susceptibles de ser reelaborados y aplicados en sus propios contextos vitales como estrategias válidas para abatir vulnerabilidades y aumentar las capacidades individuales de afrontar la situación de aborto, o refuerzan la subordinación de género y de clase, haciéndolas de hecho más vulnerables en lo social y programático? Un tema favorito de la discusión filosófica sobre los riesgos deviene de contraponer la exposición individual a un riesgo con la protección y control para evitar que la persona asuma determinado riesgo. (Beauchamp, 1978 en Petchesky, 1984:190-191)

A la noción de riesgo se ha contrapuesto la conceptualización de vulnerabilidad desarrollada por Mann (1992), quien distingue tres planos de vulnerabilidad: individual, social y programática. La situación de ilegalidad del aborto, así como la ausencia de políticas públicas, programas o planes en materias de salud sexual y reproductiva¹²⁹, coloca a todas las mujeres uruguayas en una situación de vulnerabilidad programática. Carecen de medios eficientes para prevenir embarazos inesperados y de marcos sanitarios (legales) para interrumpirlos, lo cual ha venido paulatinamente modificándose

¹²⁹ Desde agosto 2004 existe la Ordenanza 369 que indica implementa la normativa de atención pre y pos aborto. Hasta diciembre 2006 solo se la había implementado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en dos centros de salud periféricos. En 2007 se extiende a un número mayor de centros de salud como resultado de un proyecto de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia llevado a cabo por Iniciativas Sanitarias.

a medida que se extiende la aplicación de la Ordenanza 369/04. La vulnerabilidad social alude al contexto social. Aplicando esta conceptualización a las experiencias del aborto, se percibe que un contexto social de pobreza no necesariamente implica una situación de vulnerabilidad social, ya que existen mujeres que cuentan con determinado capital social que las habilita a acceder a recursos apropiados. Del mismo modo, mujeres cuyo contexto socio-económico y capital cultural permite suponer que están en condiciones de acceder a abortos 'sin riesgos', pueden estar en una situación de vulnerabilidad individual que junto a la vulnerabilidad programática desencadene su muerte.

6.5 Aborto, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Existe una tensión entre la noción de riesgo, mediante la cual los médicos se colocan en una posición de tutelaje hacia las mujeres; y la noción de mujeres titulares de derechos, y por lo tanto capaces de tomar decisiones aunque impliquen 'riesgos'. No obstante la propuesta de IS es fundamentalmente de "reducción de riesgos", ha permitido un despliegue del discurso de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos que, poco a poco ha comenzado a provocar cambios en las prácticas de algunos ginecólog@s. La expresión 'derechos sexuales y derechos reproductivos', en lugar de 'derechos sexuales y reproductivos', permite enfatizar la diferencia entre ambos, resaltando que no se subsumen unos a otros, cosa que frecuentemente sucede, especialmente desde propuestas de políticas de salud. Existen derechos sexuales (no reproductivos) de la misma manera en que existen derechos reproductivos (no sexuales) como los relacionados a la reproducción asistida

6.5.1 Derechos humanos: entre el *habitus* y la agencia

-¿Ha cambiado algo en los últimos tiempos?

Y a vos, qué te parece? Ha cambiado un montón, por suerte! Desde mi punto de vista, han cambiado básicamente, lo más importante es que ha cambiado la actitud del personal de salud en relación a

una mujer en posición de realizarse un aborto. Comprendiendo cada vez más lo de la autonomía. ¿Ta? La actitud del personal de salud, en ser consciente que tiene la obligación de informar. Porque la educación es lo que genera salud. Y la información está disponible a quien tenga acceso. Una forma de ser equitativo (...) es tratar de brindar información a quien no tiene (...) . Porque sino, resulta que el que tiene plata y tiene acceso a información, llega rapidísimo y el que no... y entonces, en eso, el cambio de actitud del personal de salud es fundamental. Ser consciente que sobre todo médico, partera y enfermera está sobre todo educando (...) Y de los abortos provocados, los que vienen ahora la gran diferencia es que en vez de cómo se hacía antes que se le avisaba a la policía y al juez, no avisamos a nadie porque hacemos el estudio y el secreto profesional.

- ¿Y esa diferencia por qué surge?

Es un cambio de actitud. Ese es el punto más importante, ser capaz de darse cuenta de que la profesión, está por encima de la ley y la actitud del secreto, uno está amparado por la ley con la actitud del secreto por un delito. (Dr. Fermín, febrero 2007, CHPR)

El reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres responde a la irrupción de temas largamente excluidos de la escena pública y de las decisiones políticas. Se consolida la perspectiva de universalidad, integralidad e indivisibilidad de los derechos, abierta por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (CMDH, Viena, 1993) cuando las mujeres enfrentaron la división entre lo público y lo privado en la arena internacional de los derechos humanos revelando como acciones consideradas privadas eran violatorias de los derechos humanos (Bunch, 2000). Más allá del espacio público correspondiente a los derechos humanos, éstos también y sobre todo son “un conjunto de procesos (normativos, institucionales y sociales) que abren y consolidan espacios de lucha por la dignidad humana” (Tamayo, 2001:19). Forman parte de las prácticas cotidianas, encarnándose en las experiencias vitales de las personas, e integran confrontaciones cotidianas por su ejercicio. Desde esta perspectiva abordo el lugar que tiene el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en las prácticas y discursos de l@s ginecólog@s. El fragmento transcrito da cuenta de la reflexión de un ginecólog@ sobre los cambios en las actitudes respecto a la mujer en situación de aborto. En su narración “*actitudes*” incluye prácticas

y discursos, es relevante la 'renuncia' a la acción de tutelaje, permutándola por una práctica educativa. La noción de *habitus* médico atraviesa todo el relato. Considero que las prácticas se corresponden a esas

“estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, esto es, como principios de generación y estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, (...) colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizada de un director de orquesta” (Bourdieu, 1977:72 y 2007 [1980]:86).

El género vertebró la organización social (Pateman, 1988; Collier y Yanagisako, 1989; Strathern, 1990; De Barbieri, 1991; Ortner, 1996; Rubin, 1996; Lamas, 1997; Scott, 1997; Tamayo, 2001; Vargas, 2002; Segato, 2003). Los procesos normativos, institucionales y sociales que se echan a andar en el ejercicio de los derechos humanos están transversalizados por el género. También integra el *habitus*, reproduciendo determinadas relaciones de poder sin que los individuos particulares que llevan a cabo las prácticas puedan explicitar, no teniendo siquiera una actitud reflexiva al respecto, porque así, justamente, es cómo funciona el *habitus*. De modo que ginecólog@s y mujeres en situación de aborto participan del *habitus* de género. El *habitus* de género está presente en las prácticas de los ginecólog@s que inciden en el ejercicio de los derechos reproductivos por parte de las mujeres.

Los ginecólog@s desempeñan un papel central respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, tanto para aportar en su construcción y facilitar su ejercicio, como para obstruirlos. Lo hacen a través de sus prácticas y de sus discursos, los cuales no necesariamente se corresponden, por el contrario es usual encontrar cierta distancia entre ambas instancias. El papel privilegiado de los ginecólog@s respecto a los derechos de las mujeres se vincula a la legitimidad del enunciador (Bourdieu, 1985). Un enunciado puede valer por su contenido o por quien lo dice, en este caso, es

más importante quien lo dice. De acuerdo a Bajtin (en Amuchástegui, 2001:162), el lenguaje implica siempre una tensión entre fuerzas centrípetas y centrífugas. Esta fuerza centrípeta está puesta a trabajar por los grupos sociales dominantes en su lucha por imponer su propio concepto del mundo. El discurso médico posee esta fuerza, la cual se despliega a la sociedad en general (acogiendo la legitimación por parte de la misma), y de manera específica en cada caso particular en que un ginecólog@ está con la usuaria.

Entre la titularidad y el ejercicio de los derechos media la construcción de capacidades personales en los individuos para adquirir “agencia” (Sen, 1999), es decir poder sobre sí mismos. Amartya Sen recupera mediante la categoría “agencia” la libertad como condición para el desarrollo, al colocarla como piedra angular para que las y los individuos puedan “vivir de la forma en que quieran vivir” (Sen, 1999: 19). Al conceptualizar a las personas como “agentes” y no “pacientes” de los “proyectos de desarrollo”, rompe con la reducción de las y los individuos a entes pasivos sobre quienes recaen con mayor o menor éxito los resultados de intervenciones, para colocarlos como protagonistas de los cambios. En esa perspectiva una condición principal de la “agencia” es el reconocimiento de la desigual distribución de poder por edad, clase, raza, género u otras determinantes, existente al interior de las sociedades. En el caso de las mujeres en situación de aborto, la conceptualización de Sen permite reparar en que la “agencia” sobre sus sexualidades y procesos reproductivos supone el reconocimiento de sus derechos en esas esferas. Esto no se concreta sin la producción social de “condiciones habilitantes” para ejercer esos derechos; proceso siempre conflictivo, porque supone enfrentamiento de intereses, derechos, y bienes públicos de diferente naturaleza. En definitiva el poder efectivo es la condición básica para adoptar comportamientos y tomar decisiones basadas en derechos. Es en este plano donde el ‘biopoder’ como realidad empírica entra en contradicción con la posibilidad de desarrollar condiciones habilitantes para que los individuos ejerzan su ‘agencia’. El fragmento de entrevista anteriormente transcrito muestra justamente el corrimiento del biopoder a la agencia, que el ginecólog@ expresa como un “cambio de actitud

en los médicos”. Los ginecólog@s pueden ayudar a crear las condiciones habilitantes para que las mujeres en situación de aborto ejerzan la titularidad de sus derechos.

A continuación paso a analizar si en sus prácticas los ginecólog@s consideran o no a las mujeres ‘agentes’, si facilitan o no las condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con los distintos matices que las mismas prácticas presentan.

6.5.2 Aproximación a las prácticas de los ginecólog@s

Descompuse los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en algunos indicadores observables que pudieran desprenderse de las prácticas de los ginecólog@s. Elegí detenerme en los procedimientos seguidos por los ginecólog@s respecto a los métodos anticonceptivos (MAC), incluí específicamente la ligadura tubaria; y finalmente sus posturas frente al aborto voluntario, porque en los tres casos se enfrentan las posibles decisiones de las mujeres (haciendo uso de sus derechos) y aquellas de los ginecólog@s. Es una manera de observar en acción el ejercicio de derechos.

Aquí analizo algunas de las respuestas al cuestionario realizado a 29 ginecólog@s de Montevideo y área metropolitana¹³⁰ que ofrecen información relevante en relación a la construcción de derechos sexuales desde l@s ginecólog@s¹³¹. A lo que agrego testimonios obtenidos tanto de entrevistas como conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo.

Interrogados si las usuarias habitualmente solicitaban MAC, todos respondieron afirmativamente. Se les preguntó entonces, qué tomaban en cuenta para realizar su indicación sobre anticoncepción. Solo en tres casos

¹³⁰ Las características de los respondentes y del cuestionario están en el capítulo metodológico.

¹³¹ Un avance de este análisis fue presentado en el Congreso de Ciencias Sociales, 50 años de FLACSO, Quito octubre 2007.

respondieron “preferencias de la mujer”. Las respuestas no eran excluyentes, por lo que en el cuadro siguiente se observa el número total de respuestas afirmativas a cada opción presentada.

Consideraciones para indicar MAC

(N=29)

Aspectos físicos	15
Edad	10
Hábitos sexuales (compañero estable, distintos compañeros, etc.)	7
Hábitos que inciden en la salud (fumar, etc.)	5
Prevención ITS	4
Paridad	4
Eficacia de los métodos	4
Preferencia de la mujer	3
Diversas razones	3

Fuente: Encuesta ginecólogos “Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción”, 2005

En las entrevistas realizadas a ginecólog@s surge con frecuencia que ellos estiman que la mujer no está capacitada para tomar la decisión sobre el MAC más adecuado para su situación por diversas razones, entre las que anotan: bajo nivel de instrucción, ausencia de información y serias dificultades para entender lo que se les dice. A esto se suman quejas por parte de los ginecólog@s respecto a que dan indicaciones sobre MAC y al cabo de unos meses aparece la mujer con un embarazo no esperado. Estos hechos pueden apoyar ciertas actitudes paternalistas que son percibidas en varios profesionales. Las consideraciones de los ginecólog@s se basan en aspectos físicos y médicos mayoritariamente. Es revelador que solo tres incluyesen las preferencias de la mujer para la decisión del MAC a sugerir. Esto muestra que solo para tres de los 29 ginecólog@s las preferencias u opinión de las mujeres valen ser tomadas en cuenta. Prima la actitud tutelar por sobre la actitud de considerar a la mujer un agente capaz de tomar sus propias decisiones.

La postura de los ginecólog@s frente a la ligadura permite observar el comportamiento de la institución de salud respecto al acceso de la mujer al derecho a decidir sobre el propio cuerpo (Del Río Fortuna, 2007). Del total de 29 entrevistados, solo un@ dijo no estar en condiciones de realizar ligadura tubaria por trabajar solo en primer nivel de atención; los restantes 28 la realizan bajo ciertas circunstancias. Interrogados sobre dichas circunstancias, las respuestas evidenciaron que la decisión (solicitud) de la mujer dista de ser la razón que goza de mayor consideración. A igual que en el caso anterior, las respuestas no son excluyentes. Cada entrevistado marcaba todas las que correspondían a su práctica.

Consideraciones para realizar una ligadura tubaria

(N=29)

Peligro de vida para la mujer si tiene otro embarazo	18
Certeza de mal formación o incompatibilidad con la vida del producto	4
Número de hijos que ya tiene la mujer	17
Edad de la mujer	20
Situación de carencia económica de la mujer	9
Autorización del cónyuge o del concubino	2
Solicitud de la mujer	10

Fuente: Encuesta ginecólogos "Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción" 2005

Solo cerca de un tercio toma en cuenta la solicitud de la mujer; la mayoría se guía por lo que denominan "causas médicas": edad, peligro de vida para la mujer en caso de tener otro hijo, y número de hijos.

Las entrevistas y las conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo, también proporcionaron información respecto a estas temáticas, concordantes con las respuestas al cuestionario.

"... el otro día vino una mujer que tenía 3 hijos, con 22 años pidiendo una ligadura tubaria. ¡Es muy joven!

- ¿No se la hiciste?

No!!

- Entonces las circunstancias a tomar en cuenta es que tenga alguna patología que lo justifique, o que tenga X años?

Si no tiene hijos, no se lo hago

- ¿Por qué?

Se arrepienten. Está estudiado en países donde la LT es frecuente, es todo un negociado, las mujeres se arrepienten y entonces acuden a la fertilización in vitro. Ese es el círculo". (Dr. Luis, julio 2007)

El tema fue tratado en uno de los cursos para residentes de ginecología. Hubo una acalorada discusión entre ellos respecto a realizar o no una LT solo en base a la solicitud de la mujer. La abrumadora mayoría dijo enfáticamente que no lo hacían porque temían que las mujeres se arrepintieran y que luego los demandaran por 'lesiones graves'. Legalmente si la mujer firma el consentimiento para hacerse una ligadura tubaria (lo cual es obligatorio antes de realizarle la cirugía), no puede hacer una demanda por ello. La discusión entre los residentes mostró que no le reconocían la agencia a las mujeres para tomar sus propias decisiones y hacerse cargo de ellas; pero también mostró el temor que sentían frente a posibles demandas. Del mismo modo que el fantasma de la denuncia invalidaba acciones en las mujeres (consultar por complicaciones post aborto a tiempo), el 'fantasma' de la denuncia determina prácticas médicas, donde se antepone el cuidado personal frente a una posible demanda (más imaginaria que real)¹³² frente a los derechos de la consultante.

En el hospital, los ginecolog@s son renuentes a realizar ligaduras tubarias. Los profesores deben autorizarlas, siendo uno de ellos más reacio,

¹³² No se registran demandas por 'lesiones graves' de parte de mujeres que hayan tenido una ligadura tubaria.

argumenta que la mujer puede cambiar de pareja, o puede morir uno de sus hijos, causas ambas por las cuales podría llegar a querer tener otro hijo. La inclusión del consentimiento del compañero es una constante, sin embargo no se solicita el consentimiento de la compañera a los hombres que solicitan una vasectomía.

Finalmente, respecto al aborto, las respuestas a la pregunta ¿Bajo qué circunstancias el aborto debería ser legal? son elocuentes respecto al lugar asignado a la mujer como sujeto pasible de tomar decisiones sobre su cuerpo.

Dadas 10 opciones de “aborto legal”, se les solicitaba que marcaran todas aquellas con las cuales estaban de acuerdo. La mitad de los profesionales no eligió “La mujer así lo decide” como criterio de legalidad del aborto.

El siguiente cuadro muestra el total de respuestas en la primer columna, y en la segunda las respuestas de aquellos que no consideran una “circunstancia” válida para legalizar al aborto “que la mujer así lo decida”.

Circunstancias en que el aborto debería ser legal

	Total (n=29)	Respuesta negativa a <i>La mujer así lo decide</i> (n 14)
El embarazo es el resultado de una violación	21	11
La mujer corre peligro de muerte	21	12
La mujer corre peligro de afectación grave de salud	17	8
El producto puede tener alteraciones genéticas o congénitas graves	17	9
El embarazo es el resultado de inseminación artificial no deseado ni consentida por la mujer.	10	4
Falta de recursos económicos	5	1
La mujer es soltera	3	0
La mujer es menor de 18 años	5	1
El embarazo es resultado de la falla del MAC	4	1

En ningún caso	1	1
La mujer decide abortar	15	0

Fuente: Encuesta ginecólogos "Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción" 2005

Como puede apreciarse las consideraciones que concitan más adhesiones son las que enfatizan los problemas biomédicos (peligro de muerte y daños graves para la mujer, producto con alteraciones genéticas o congénitas); seguidas de aquellas en que la mujer no tenía voluntad de concebir (violación, inseminación sin consentimiento).

De acuerdo a las entrevistas, al igual que con la ligadura tubaria, los ginecólog@s privilegian aquellos motivos relacionados al daño físico que el embarazo pueda causar y problemas de incompatibilidad con la vida extrauterina del *zef*, dejando de lado la decisión de las mujeres.

La mayoría de los profesionales a quienes se le aplicó el cuestionario, expresaron su reconocimiento a los derechos sexuales y derechos reproductivos en tanto constitutivos de los derechos humanos. Sin embargo, como puede apreciarse en sus respuestas, el reconocimiento de derechos no necesariamente acompaña el reconocimiento de sujetos titulares de los mismos, sujetos ejerciendo agencia. Esto no debe entenderse como un signo de hipocresía, sino que forma parte de las maneras incoherentes en que los individuos se comportan en su vida social sin tener conciencia de ello. Tamayo (2001) advierte que en distintas circunstancias aquellos sectores que detentan poder se arrogan para sí la decisión de a quiénes considerar titulares de derechos; generalmente interponiendo la noción de ciertas carencias en las personas que las inhabilitaría para la titularidad de los mismos (discapacidades, minoridad, falta de conocimientos, etc.). Algunos ginecólog@s entrevistados hicieron referencia a la falta de educación y falta de capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre los MAC. Esto es aceptado tanto por los profesionales de la salud como por las mujeres consultantes. Es notorio para el caso de la anticoncepción en general y de la

LT en particular, que en el imaginario de los ginecólog@s las mujeres no están capacitadas para tomar esas decisiones. Hay cierta apreciación de minoridad hacia ellas, a quienes en última instancia se les niega el 'derecho a equivocarse' en caso que luego se arrepientan de haberse hecho una LT.

El discurso médico denota una particular desconfianza sobre las mujeres como agentes morales capaces de tomar decisiones respecto a su reproducción. Esto forma parte de las políticas del cuerpo y de la reproducción, donde las mujeres, desde las prácticas de los ginecólog@s quedan enajenadas de agencia.

En los discursos médicos más inclusivos de los derechos de las mujeres, se percibe la noción de igualdad entre hombres y mujeres, sin considerar el principio de relevancia (Tamayo, 2001), el cual implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias, como es la ubicación de las mujeres respecto al proceso reproductivo, la desigualdad originaria a la que se refiere Laura Klein (2005). El principio de relevancia exige un tratamiento particular para que pueda existir una igualdad real¹³³.

Desde una perspectiva feminista resulta central el análisis del control continuo de los cuerpos y la reproducción. Detrás de las prácticas respecto a la anticoncepción, a la LT y al aborto, existe como telón de fondo determinadas nociones de sexualidad, de reproducción y modelos de género que mantienen la dominación masculina y la desigual distribución de poder. Tamayo (2001:24) advierte sobre "la histórica y sistemática oposición de las jerarquías en el poder al reconocimiento de derechos y libertades en las esferas de la sexualidad y la reproducción".

Es especialmente relevante la forma en que algunos ginecólog@s se refieren a las adolescentes y a sus prácticas sexuales. De acuerdo a sus relatos, la sexualidad en las adolescentes aparece connotada a 'riesgo', en

¹³³ "si los hombre abortaran, el aborto sería legal" (grafiti en Montevideo, observado durante las discusiones parlamentarias de los proyectos de ley que legalizaban el aborto).

una conjunción que une sexualidad-alcohol-drogas. Visualizan a las adolescentes como incapaces de tomar decisiones y asumir responsabilidad sobre sí mismas en determinados contextos. Subyace la noción de los adolescentes como seres sexuales ‘inacabados’, ‘inocentes’ de deseo sexual, necesitados de protección o con deseo difuso a causa de su inmadurez emocional (Lupton y Tulloch, 1998).

“Porque van a una fiestita y después muchas de ellas no saben qué les pasó, no saben qué les pasó...” (Dr. Luis, julio 2007)

Estas representaciones sobre la vivencia de su sexualidad por parte de las adolescentes omiten el deseo, el placer y el disfrute. Algunas narrativas colocan a los adolescentes en situación de riesgo si es que se apartan de un cierto “camino correcto”, para cuyo recorrido juega un rol central la educación. La genitalidad reducida a la dimensión de ‘aparato reproductor’ es presentada como un “arma”, un “auto” que hay que aprender a manejar: no todos pueden, es peligroso, hay que tener permisos. Consecuentemente un entrevistado expresaba la necesidad de un control social (‘normas’) sobre la sexualidad de los adolescentes, cuya posibilidad de vivenciar una sexualidad autónoma queda en suspenso.

“(...) Que los adolescentes lo sepan antes que eso [quedar embarazadas], que sepan antes de usar sus genitales a qué situaciones se están exponiendo, cuáles son las responsabilidades que tienen que asumir de determinada manera. Porque la Intendencia te trata de educar previamente y te toma un examen antes de darte un arma como es un auto si lo estás manejando ¿viste?. (...). Eso tendrían que tener los chiquilines desde el vamos, antes de usar su aparato reproductor...” (Dr. Luis, julio 2007)

Por supuesto hay relatos divergentes provenientes de otros ginecólogos donde prima una actitud de respeto acompañada de ‘cuidado’ hacia la adolescente.

“yo siempre les digo que nadie tiene por qué tocarlas si ellas no quieren” (Dra. Corina, octubre 2008)

La intensión del énfasis especial en las adolescentes se justifica porque en el trabajo de campo y en las entrevistas, la noción de no-agentes, no titulares de derecho era mayor respecto a las adolescentes que a las mujeres adultas.

6.5.3 Aproximación a los discursos

He elegido textos publicados por el grupo de profesionales nucleados en torno a Iniciativas Sanitarias por constituir una 'avanzada' en el tratamiento del aborto voluntario, y porque incluyen en sus discursos referencias a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Complemento con notas de campo y entrevistas.

Un primer análisis de los discursos seleccionados (tanto publicados como provenientes notas de campo) muestra que tienen como común denominador el ubicar 'los derechos sexuales y reproductivos' como una unidad, no aparecen referencias exclusivas a los derechos sexuales ni a los derechos reproductivos. Con distintos énfasis comparten una noción de sexualidad dentro de un campo biológico, que permite ligar 'lo natural' con el 'deber ser'. La reproducción queda subsumida en 'lo natural', y junto a ella, la maternidad. En todos los casos, las referencias a los derechos sexuales y reproductivos van de la mano de los 'riesgos' en el campo de la salud que confiere un ejercicio de la sexualidad no adecuada, con posibles consecuencias no deseables sobre la reproducción.

No existen dudas de que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en Uruguay, la primera causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto como indica la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples organizaciones sanitarias (Briozzo et al., 2004:43)

Para disminuir la necesidad de recurrir al aborto provocado, las mujeres, sus parejas y las comunidades deben poder desarrollar el ejercicio de una sexualidad libre y responsable y para ello deben tener acceso a una adecuada educación sexual y reproductiva, además de disponer de servicios de orientación y de anticoncepción de calidad (Briozzo et al. 2007:21)

“El aborto provocado en condiciones de riesgo es antes que nada un problema de salud pública. Solo secundariamente para nosotros, como equipo de salud, se trata de un problema legal, jurídico, religioso, etc.” (Briozzo et al. 2007:22) En este sentido plantean la centralidad de la relación *“equipo de salud-usuaria-comunidad sobre los aspectos legales y especialmente sobre la perspectiva punitiva y de denuncia. Esto tiene mayor relevancia en tanto es claro que la actitud punitiva y de rechazo lo único que logra es incrementar los riesgos y daños” (Briozzo et al. 2007:22).*

Los párrafos transcritos permiten observar el argumento pragmático que subyace a lo que podría entenderse como ejercicio de derechos: evitar “riesgos y daños”, el cual es el objetivo del programa de implementación de la Ordenanza 369/04. A su vez, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos aparece como consecuencia de las prácticas llevadas a cabo para disminuir el riesgo y daño provocado por abortos inseguros. Los ginecolog@s desempeñan un papel de tutelaje para evitar los abortos inseguros. Como anota Josefina Brown (2006a: 146), los profesionales de la salud entienden que ciertas decisiones vinculadas a la reproducción como la LT o el aborto solo pueden ser legítimamente tomadas por ellos, que son quienes detentan el saber, aún cuando tengan lugar en el cuerpo de otras.

La alusión a una sexualidad libre y responsable para evitar daños coloca el énfasis en el disciplinamiento más que en el usufructo de derechos y en la experiencia del placer. La educación sexual se asocia a evitar daños y no a promover un mayor bienestar. La noción del biopoder se cuela en partes de

los párrafos transcritos, tanto en su aspecto disciplinar como de regulación. Cuando el biopoder entra en la vida de las personas, se diluye la noción de agente, y aparece un cuerpo sin derecho, la nuda vida (Agamben, 1998).

Si bien refieren a la centralidad de la relación “equipo de salud-usuaria-comunidad”, no aparece el reconocimiento de la usuaria como agente, sujeto de derecho. El ejercicio de los derechos reproductivos, por ejemplo que una usuaria manifieste su decisión de abortar, ser asesorada y no ser denunciada; resulta de que el equipo de salud obtenga su objetivo de disminución de riesgos y daños, y no de propiciar un proceso de empoderamiento por parte de las mujeres. Es necesario tener en cuenta -y en este sentido relativizar lo expuesto- que el enunciador es Iniciativas Sanitarias, ONG cuyo propósito es disminuir los daños y riesgos provocados por el aborto inseguro; no se trata de una organización abocada al avance de los derechos de las mujeres. Por lo tanto que esto suceda como beneficio colateral no es menor.

Por otro, es preciso señalar que los discursos difícilmente sean monolíticos; se deslizan contradicciones en el mismo *corpus* discursivo, unos párrafos más adelante el texto refiere a

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

Y más adelante se explicita el desafío que constituye la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en las usuarias. Existe un reconocimiento de la existencia de los derechos sexuales y reproductivos, junto a la dificultad que les implica promoverlos entre la población usuaria, es decir permitir que las mujeres ejerzan la titularidad de los derechos. Parece haber una incorporación de preocupaciones provenientes de grupos

feministas. Toman el lenguaje difundido por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, se omiten las referencias concretas a la implementación de los mecanismos habilitantes de dichos derechos. Al mismo tiempo que en el plano de las prácticas son escasos los casos -especialmente si las usuarias son de sectores pobres o muy pobres- en que a la mujer se le permite ejercer su agencia, es decir aceptar sus plenas capacidades para tomar decisiones y respetarlas.

En la documentación escrita, en numerosas conversaciones informales mantenidas durante el trabajo de campo, así como en algunas entrevistas aparece una y otra vez la noción que los ginecólog@s son responsables de la disminución del riesgo y daño provocado por el aborto inseguro, para lo cual implementan un programa de atención pre y post aborto. En varias de estas alocuciones la noción de 'necesidad de ejercicio de los derechos sexuales por parte de las usuarias' aparece ligada a la noción de 'reducción de daño y riesgo en la salud'. Por consiguiente, una mujer con complicaciones post-aborto por haberse realizado un 'aborto inseguro', es decir 'no monitoreado por el sistema de salud', siguiendo la línea argumentativa, habría llegado a esa situación por no haber podido ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. De esta manera se están asociando derechos sexuales y reproductivos con atención institucionalizada de la salud sexual y reproductiva. Este razonamiento no conduce a un aumento en la autonomía de las mujeres, necesario para el ejercicio de derechos.

Esta línea argumentativa de los ginecólog@s nos permite poner a prueba el concepto de biolegitimidad desarrollado por Didier Fassin en esta situación. "Es en el terreno de la puesta en obra del cuerpo mediante la enfermedad y el sufrimiento que nosotros podemos reconocer su derecho a existir" (Fassin, 1999:74)¹³⁴. El autor señala que la biolegitimidad es el poder *de la vida*. Basa su argumento en que la

¹³⁴ Original en francés, traducción de la autora.

“vigencia (...) de un orden moral en el plano de lo biológico, representado por el cuerpo sufriente, constituye la fuente última de legitimidad, situada por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas y económicas” (Fassin, 2003 citado por Del Río Fortuna, 2007:178).

Esta idea me resulta muy sugestiva. La mujer en situación de aborto, desde la perspectiva de los profesionales de la salud tratantes, aparece como una víctima (de aborto inseguro) con un ‘cuerpo sufriente’. El relato del residente de médico de familia frente a esa “*muchacha rubia, llena de polenta*” que ve morir remite a este razonamiento. La mayoría aceptaría la legalización del aborto para evitar un ‘cuerpo sufriente’. Asimismo, es para evitar que haya más ‘cuerpos sufrientes’, que se lleva a cabo el programa de “reducción de riesgo y daño provocado por aborto inseguro”. Los discursos médicos no hacen referencia a una mujer titular de derechos cuando están hablando de una mujer en situación de aborto. Es decir, existe una preeminencia del derecho a la salud sobre otros en los casos del ‘cuerpo sufriente’, y ese cuerpo de la mujer es un cuerpo de madre, un cuerpo en el cual, para poder continuar con sus funciones reproductivas, debe hacer un ejercicio responsable de la sexualidad.

En distintas instancias del trabajo de campo con los ginecólog@s (ateneos, reuniones de distinto tipo, preparación de cursos para residentes) a lo largo de los años pude apreciar que tienen cierta dificultad para alejarse del pensamiento concreto y del pragmatismo que acompaña a las disciplinas quirúrgicas, mucho más cercanas a las certezas que a las dudas. Desde este lugar es preciso revisar las aproximaciones de los ginecólog@s a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos.

Hay contradicciones de distinta entidad dentro de los discursos médicos y también entre las prácticas y los discursos. Esto debe entenderse como una situación en que se están procesando cambios a distintos ritmos, y donde el *habitus* se recompone en nuevas prácticas. Existen tensiones no solo en

relación a las usuarias, sino en la propia concepción de derechos sexuales y derechos reproductivos. Por una parte la referencia a ambos como uno solo muestra la fuerza de la asociación de la sexualidad y la reproducción, del cuerpo de la mujer con la maternidad. Subyacen a sus prácticas conceptos universalistas y naturalistas en relación a la sexualidad, que entran en franca contradicción con discursos en los que se promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos. Al mismo tiempo, algunos llevan adelante prácticas que intentan permitir la agencia de las mujeres y hacerla sujetos de derecho.

Sin duda que las contradicciones entre prácticas y discursos y entre prácticas entre sí, a lo que se suma la variedad entre unos y otros, obedece a un momento en que se están procesando cambios, aunque mucho de lo observado me hace sospechar de modificaciones en la apariencia para mantener la misma estructura.

CAPITULO 7

LA INSTITUCIÓN MÉDICA Y LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO

7.1 Las instituciones médicas

Las instituciones médicas donde llevé a cabo el trabajo de campo incluyen el Hospital de la Mujer Paulina Luisi del Centro Hospitalario Pereira Rossell dependiente del Ministerio de Salud Pública que alberga las Clínicas de Ginecotología de la Facultad de Medicina, policlínicas públicas barriales¹³⁵

¹³⁵ Algunas dependientes del Ministerio de Salud Pública, otras de la Intendencia de Montevideo

de atención primaria en zonas periféricas y pobres; policlínicas públicas con servicios de atención primaria y otros (análisis, placas simples, etc.)¹³⁶.

7.1.1 Centro Hospitalario Pereira Rossell

Es el principal hospital pediátrico y de la mujer del Uruguay. Tiene una estrecha relación con la Universidad de la República; allí funcionan las Cátedras Pediatría y Neonatología y Especialidades; Cátedras de Gineco-Obstetricia y Escuela de Parteras; además concurren estudiantes de la Facultad de Enfermería del área materno - infantil. Alberga el residentado, obligatorio para realizar el postgrado de ginecotocología; se ingresa mediante examen, insume tres años en los cuales los residentes se dedican tiempo completo. Implica prácticas de atención en policlínicas, sala, prácticas quirúrgicas; guardias semanales; cursos regulares y ateneos. Los residentes reciben un salario del Ministerio de Salud Pública.

Esta doble lógica administrativa-gerencial del CHPR, donde el Estado gobierna en la temática de la salud a través del MSP; y la Universidad forma los profesionales y presenta propuestas de atención y administración de la salud pública ha encontrado puntos de tensión a lo largo del tiempo. Eso explica que sea allí donde se implementó la Normativa de Atención Pre y Post Aborto (en el ámbito de las Cátedras de Ginecotocología) mientras que el Ministerio de Salud Pública no llevaba a cabo acción alguna tendiente a su difusión.

Las salas de internación consisten en grandes pabellones rectangulares, con filas de camas a ambos lados, separadas por cortinas; un amplio pasaje al medio con puertas en ambos extremos, los convierte en vía de pasaje de personal de salud. Estos pabellones coexisten con modernas salitas individuales para 'partos humanizados'.

¹³⁶ Dependientes del Ministerio de Salud Pública

El block quirúrgico cuenta con varios quirófanos, donde se aplican algunas tecnologías de avanzada. Sin embargo, durante el trabajo de campo, el Hospital no contaba con un CTI¹³⁷. Para el caso de las mujeres ingresadas con complicaciones post-aborto, especialmente en los casos de sepsis graves, que requerían una histerectomía y posterior tratamiento en un CTI, debían ser trasladadas a otro centro asistencial que contara con las facilidades apropiadas.

Las distintas alas de hospital se interconectan por amplios corredores por donde transitan consultantes, pacientes internadas, visitas y personal de salud. Algunos de sus tramos se convierten en salas de espera, las aglomeraciones se suceden en diferentes sectores según el horario de atención correspondiente, obstaculizando el paso. No se destina un espacio físico que contenga específicamente a los acompañantes, evidenciando el no re-conocimiento del aporte de los mismos al funcionamiento del Hospital de la Mujer, en su colaboración directa que suple en parte la carencia de personal en sala -traslado de ropas, alimentos e incluso en algunos casos medicamentos y cuidados. La institución parece construir una usuaria exclusivamente desde una perspectiva biomédica, muy cercana a la máquina cartesiana. Los cuartos médicos están contiguos a los pabellones.

Emergencia está en el corazón del gran edificio, se accede fácilmente por el camino del patio central. La sala de emergencia, con camillas separadas por cortinas, en frente se encuentra la sala para los acompañantes. El cuarto de guardia, está contiguo a la sala donde ingresan las pacientes.

“Cuando llegué al cuarto de guardia de Emergencia, estaba Mariela y Ana [ginecólogas]. Iban a tener un legrado a las 12:00. Los internos¹³⁸ entraban y salían constantemente. Eran tres: Lucía, Malena y Daniel. Entraban los visitantes médicos, hablaban de

¹³⁷ Centro de Tratamiento Intensivo, donde se atienden los enfermos de mayor complejidad. También existen CTI intermedios, donde son derivados los pacientes una vez que superan el estado crítico.

¹³⁸ Los internos son estudiantes de Medicina, que deben realizar prácticas por lo que están un tiempo breve en cada lugar.

sus hijos, novios, ex-maridos, perros... de todo! Son muchas horas. Siempre alguien golpea la puerta y entra con un tema nuevo. No parece que hubiera pacientes en la sala contigua. (...)

Fui a la sala de emergencia y cuando regresé, hablamos algo de los abortos.(...) Mariela fumaba por la ventana, Ana no fuma y no le gusta. El televisor permanentemente prendido, sin que nadie le prestase atención. La residente -médica de familia- entra con mucha frecuencia a realizar consultas de todo tipo, los internos continuaban yendo y viniendo de la sala de Emergencia al cuarto de guardia.(....) siempre con preguntas; Mariela y Ana respondían pero no iban a ver a los pacientes. Una de ellas iba a realizar el legrado de una paciente que había ingresado con un aborto en curso (...)

La nurse de guardia también va al cuarto, muestra fotos del cumpleaños de su nieto, conversan un poco sobre temas domésticos.

Las mujeres en la Sala de Emergencia son atendidas por la residente y los internos, las dos ginecólogas de guardia supervisan". (Diario de campo, Emergencia, enero 2006)

Este fragmento del diario de campo es similar a muchos otros, cambian las personas¹³⁹ pero se mantiene la dinámica. Es notoria la distancia entre los ginecólog@s de guardia y las mujeres que ingresan a urgencia. Los 'intermediarios' son los residentes e internos; quienes lidian con las pacientes. Cuando no hay pacientes con situaciones complicadas, la cotidianidad del cuarto de guardia se caracteriza por conversaciones informales.

Aunque algunos internos mostraron diferencias e incluso descontentos respecto a ciertas actitudes de los ginecólog@s de guardia, existe una aceptación implícita de las reglas de juego. Ginecólog@s, residentes e internos comparten un mismo *habitus* al cual podríamos denominar *habitus* médico.

“la homogeneización objetiva de los *habitus* de grupo o de clase que resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia es lo que hace que las prácticas puedan estar objetivamente

¹³⁹ Las guardias son de 24 horas; hay siete turnos de guardias a la semana.

concertadas sin cálculo estratégico alguno ni referencia consiente a una norma y mutuamente ajustadas *sin interacción directa* alguna y a *fortiori* sin concertación explícita.” (Bourdieu, 2010:101)¹⁴⁰.

Las relaciones jerárquicas conforman un grupo definidamente estratificado. Cada uno actúa de la manera correspondiente a su status. Basan sus interacciones al conocimiento de lo que se espera de cada uno de ellos. Estos vínculos, decididamente asimétricos, alcanzan a la relación ‘médico-paciente’ y por extensión a la relación institución médica-población. Todo esto llevado a cabo ‘naturalizadamente’.

La mayoría de las pacientes en la sala de emergencia están por problemas con sus embarazos o porque están para parir.

“Hay una mujer sentada que vino al hospital porque dice que tiene contracciones. La revisaron y le dijeron que aún faltaban varios días para el parto. No quiere irse, dice que no tiene plata para el boleto, pero que además en su casa hace mucho frío” (Diario de campo, julio 2007)

“Hoy la sala de emergencia está llena, no alcanzan las camas. Los residentes van de una mujer a otra. En un momento quedo controlando el tiempo de las contracciones de una mujer, cuya fecha de parto se le adelantó” (Diario de campo, abril 2006)

En las salas de internación, cada mujer ocupa una cama y parece ‘construir’ su mundo en ese breve espacio. Al lado, otra con su historia y su realidad.

La mayoría cuenta con acompañante (no permiten acompañantes varones para no violentar a las otras pacientes). Las acompañantes son quienes llaman a la nurse si la paciente necesita; las ayudan a levantarse, a higienizarse, cumplen un papel central.

En las recorridas de cambio de guardia, cada ginecólog@ va rodeado de un grupo de residentes. Se detienen en cada cama y el ginecólog@ explica la

¹⁴⁰ itálicas en el original

dolencia de la mujer. A veces la saludan, pero rara vez le preguntan cómo se siente (excepto si es preciso para el diagnóstico) o le dicen algo que implique otro tipo de acercamiento.

Los cuartos médicos contiguos a los pabellones donde están las mujeres internadas presentan una dinámica similar al cuarto de guardia de Emergencia. Allí están los ginecólog@s de guardia la partera y los residentes. El personal de enfermería está en otra sala.

“Llego cerca del medio día. Todo bastante similar a otros días, pero con otra gente. Rotan diariamente: los residentes, los ginecólog@s de guardia del MSP, los ginecólogos grado 2 de FM¹⁴¹, también las parteras. Estaba tranquilo. Había un parto, aparentemente sin ningún inconveniente. Como es habitual eran los R1¹⁴² quienes corrian de un lado para otro asegurándose que todo estuviera en orden con el parto y con el resto de las mujeres internadas.

(.....)

Converso largamente con la partera, que mira por la ventana sin prestar mucha atención a lo que sucede alrededor. Le pregunto su posición respecto al aborto. Me cuenta que vivió 17 años en Israel [donde el aborto es legal], que tiene una postura eugenésica. Ella afirma que debería ser obligatorio el test (amniocentesis, etc.) Si hay incompatibilidad con la vida o si es dawn o con otro tipo de discapacidades, habría que interrumpir. Largo rato explicándome por qué no debía haber discapacitados. Estábamos solas, por lo tanto nadie interrumpió su planteo, muy radical por cierto. Puso muy en claro que está a favor de la ingeniería genética. Llega gente y se calla.

(....)

Entra una R3 ya en sus últimos meses de embarazo (y también de residencia). Viene de hacerse la ‘eco’, es varón. Gran alboroto! Risotadas, hablan del ‘pito’ en la ecografía y eso les causa gracia. La partera no participa. Mucha compinchería entre los R2 y R3. Conversan, una sale a hacer unos mandados, los otros la cubren. Los R1 son los que changan más, están siempre corriendo. Una R1 comenta que en la noche anterior no durmió más de una hora, que está exhausta, deseando que termine su guardia¹⁴³. Otro no para,

¹⁴¹ Faculta de Medicina. Recordemos que se trata de un hospital del MSP donde se alojan algunas de las Cátedras de Ginecotocología de la Facultad de Medicina.

¹⁴² R1 refiere a los Residentes de primer año. Son tres años de residencia. En el jerga se denominan R1, R2 y R3, según el año que estén cursando.

¹⁴³ Las guardias son de 24 horas.

casi no interactúa con el resto de la gente de la sala de guardia, no tiene tiempo.” (Diario de campo, sala de guardia, enero 2006)

La dinámica en las guardias pone en evidencia la jerarquía entre los distintos estratos médicos. El personal de MSP interactúa con los docentes de la Facultad de Medicina. Entre éstos, los grados 2 son el cargo docente más alto que hace guardias, en caso de complicaciones recurren a grados superiores¹⁴⁴ que están de retén¹⁴⁵. Cada grado 2 tiene a su cargo un pequeño grupo de residentes (R3, R2 y R1) que lo acompañan en las guardias. Estos constituyen cuatro estamentos, cada uno con autoridad sobre los inferiores. Siendo ginecología una especialidad quirúrgica, los residentes intentan participar del mayor número posible de intervenciones, no solo para adquirir práctica sino también porque es más prestigioso operar que atender en policlínica.

Existe una distinción marcada entre el status de las parteras y el de los ginecólogos. El cuarto de guardia de enfermería está en otro lado, por lo que no tienen mucho contacto unos y otras. El lugar de sociabilidad es el comedor. Allí van todos, en algunos casos se quedan conversando dependiendo del estado de las pacientes internadas.

7.1.2 Policlínicas barriales

Las policlínicas barriales en zonas pobres donde realicé el trabajo de campo guardaban semejanzas entre sí. Estaban rodeadas de asentamientos, en algún caso en medio de una ‘zona roja’ según denominación del Ministerio del Interior en acuerdo al índice de criminalidad. Contaban con los servicios básicos y con atención gineco-obstétrica, pediátrica, médico de familia; alguna ofrecía más servicios. A diferencia de la dinámica en el hospital, en

¹⁴⁴ La escala jerárquica dentro de la Universidad va de grado 5 -el más alto- a grado 1, el más bajo al que se puede acceder siendo aún estudiante.

¹⁴⁵ Estar a disposición

las policlínicas el vínculo con las usuarias era personalizado. Pude observar constantes actitudes serviciales, mostrando paciencia y buen humor por parte tanto del personal técnico como del administrativo.

7.2 La consulta de asesoramiento

Las consultas de asesoramiento pre y post aborto se realizan en dos modalidades. En el CHPR existe un Servicio de Asesoramiento al que acuden exclusivamente las mujeres que quieren interrumpir sus embarazos o que ya lo han hecho. En las policlínicas públicas barriales, la 'consulta de asesoramiento' se realiza en el marco de la consulta ginecológica general. Estas dos modalidades presentan particularidades que son propias en la dinámica de la sala de espera y en la consulta propiamente dicha.

En el primer caso, la sala de espera se constituye en parte de la consulta por la dinámica de las mismas mujeres. En la otra modalidad, la sala de espera alberga mujeres que van a la consulta ginecológica por cualquiera de los motivos posibles, por lo que nadie sabe si alguna de ellas va procurando asesoramiento para interrumpir su embarazo.

En cuanto a la consulta, en el primer caso el ginecolog@ no tienen conocimiento previo de las mujeres, solo hace asesoramiento. En el otro caso, la mujer es su paciente por lo que el ginecolog@ la conoce bien. Tiene poca experiencia en asesoramiento.

En virtud de la ausencia de sanción para quienes no ponían en práctica la Ordenanza 369/04 que incluye el asesoramiento pre y post aborto, su aplicación era discrecional. Solo algunas policlínicas públicas lo habían instaurado como norma, y en las IAMCs quedaba a criterio del ginecolog@. Recién en enero 2011 se aprobó la obligatoriedad de su aplicación al quedar integrada en la Ley N° 18.426.

7.2.1 Sala de espera en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR

El trabajo de campo mostró que la consulta de "Asesoramiento" comienza en la sala de espera. Coinciden en ese espacio mujeres provenientes de distintos sectores socioeconómicos: mujeres pobremente vestidas, otras cuya vestimenta denota un estrato social más alto, jóvenes *dark*, y mujeres vestidas muy formalmente. La mayoría arriba con su decisión ya tomada. Al llegar se encuentran con otras mujeres que están en su misma situación. Algunas van a la consulta previa, otras están para la consulta post-aborto así que le cuentan su experiencia a las 'novatas'. Unas cuantas mujeres no logran abortar después de la primera dosis de misoprostol, por lo que regresan. En la sala de espera se juntan entonces mujeres que van a la consulta previa; otras que están en el proceso de abortar; finalmente, otras que ya abortaron. Al llegar se reconocen, se saludan afectuosamente, conversan animadamente entre ellas. En ocasiones la sala de espera se convierte en un lugar de 'encuentro de amigas'. Se juntan a conversar, las que van por primera vez reciben 'asesoramiento' (de los procedimientos para abortar y de las lógicas institucionales) de parte de las otras mujeres. Hay un intercambio de experiencias y relatos de vida. Con frecuencia forman una rueda, sentadas algunas en los bancos, otras en el suelo. No hay diferencia con una rueda de amigas, superponen sus voces, hay risas, y también intentos de contención cuando alguna se mostraba angustiada.

Por momentos lo que acontece entre las mujeres que están en ese espacio-tiempo acotado y específico, podría asimilarse al *communitas* (Turner, 1982). Ellas parecen abandonar las constricciones normativas que en su 'vida cotidiana' las hacen cumplir determinados roles y estatus. En ese momento la estudiante de arquitectura es igual al ama de casa madre de tres hijos. Sus atributos sociales quedaron en suspenso, y hay una liberación de capacidades cognitivas, afectivas, volitivas y creativas que les permite

entablar una relación diferente entre ellas, una relación honda en un tiempo limitado.

“Hay dos mujeres (A y B) conversando, una de unos 35 años, la otra alrededor de 22 o 23; llega una tercera (C) de unos 26-28 años, ecografía en mano. Se saludan amistosamente. Sus apariencias son algo dispares, la que llegó con la ecografía está de trajecito, muy formal; las otras están de vaqueros.

A: ¿Y? [le pregunta señalando la ecografía]

C: Ocho semanas!

B: Estás bárbara, te van a hacer efecto las pastillas y si no te hacen de entrada como a mí, igual estás a tiempo!

C: ¿Vos seguís sin haber podido...?

B: No, ahora ya... No me ves la cara!! Mi hermana me acompañó, fue feo... pero bueno, ya está! Mi marido no quiso estar, me dijo que le daba cosa. Tampoco se animó a entrar cuanto tuve los chiquilines!

A: Pá, los hombres, nunca se sabe ... Mi novio fue a conseguirme las pastillas, parece que es más fácil que se las vendan a un tipo, parece que así al farmacéutico no se le ocurre que es para abortar. El dice que me va a ayudar a ponérmelas y todo.. vamos a ver, no se... Estoy medio asustada, vos es distinto porque tuviste partos... a mí me da miedo todo esto...

.....

Siguieron hablando de sus miedos, sus compañeros, sus vidas ...”

(Diario de campo, mayo 2006)

Las mujeres se miran, entienden y actúan unas con otras prescindiendo de mediaciones. Es una confrontación total e inmediata de identidades, un estilo más profundo que intenso de interacción personal, con algo de mágico. *Communitas* refiere a un momento donde se dejan atrás los grupos de pertenencia sean familia, grupo de pares. Estas mujeres están transitando un momento en sus vidas que -independientemente de su voluntad, ya que ninguna eligió embarazarse para abortar- cambia radicalmente su estar-en-el-mundo. Deben tomar decisiones, llevar a cabo acciones que no estaban en sus planes. Cuando están en la sala de espera, especialmente cuando aguardan la consulta de asesoramiento pre-aborto, están en un momento ‘entre’ dos tiempos, deben atravesar un umbral o *limen*, donde, en palabras de Turner (1982), el pasado está momentáneamente suspendido o derogado, mientras que el futuro aún no ha comenzado, hay un estado que ya no se quiere que continúe pero no se sabe lo que será.

Puede considerarse algo forzado asimilar la sala de espera al *communitas*, sin embargo creo que heurísticamente proporciona una posibilidad de entender esa apertura y encuentro entre las mujeres de manera más comprensiva.

Las mujeres van tramando redes y compartiendo sabidurías. En ese proceso 'desdramatizan' el momento vital que están atravesando.

No todas están en igualdad de condiciones. Para algunas el embarazo es no viable, mientras que para otras se trata de un embarazo no conveniente, es decir que prefieren no continuar, pero no lo viven como no viable. La mujer A va a su primera consulta ya con un embarazo avanzado, demoró en hacerse el test para confirmar su sospecha. Contrariamente a lo que puede suponerse, este comportamiento resultó ser relativamente frecuente. Dilatar efectuarse el test de embarazo les permite evitar enfrentar el problema. Luego, ya es demasiado tarde para poder tomar una decisión. Dejan la decisión por fuera, no se hacen cargo de ella. El embarazo deberá continuar porque no 'le' fue posible hacer nada.

En la sala de espera es habitual que alguna mujer esté vendiendo misoprostol. Generalmente el mecanismo seguido es decir que ella tomó y le sobraron, por lo que va ahí para venderlos. En otros casos, hay números telefónicos de celulares de "*gente que tiene*", se dan sus números telefónicos unas a otras para quedar en contacto para avisar donde se consiguió misoprostol o para compartir la compra. Así es que muchas mujeres al retirarse de la policlínica de asesoramiento ya iniciaron el camino para obtener el misoprostol.

7.2.2 La Consulta de Asesoramiento en el CHPR y en las policlínicas barriales

La situación de consultorio es ante todo una relación social basada en la interacción cara a cara entre el ginecolog@ y la consultante. En tanto la

relación cara a cara es el prototipo de interacción social (Berger y Luckmann, 1984), en ella la realidad es contundente. El análisis de las interacciones en la consulta permite observar el juego de las relaciones de poder, así como los estereotipos que se manifiestan, los miedos, las incertidumbres.

Cada persona hace una presentación del 'sí mismo' ante el otro, siendo ese 'sí mismo' el resultante de lo que quiere mostrar y de lo que cree que el otro quiere encontrar; a lo que se le agrega la valorización que aspira recibir del otro. Ambas están socialmente pautadas, no obstante existen múltiples elementos provenientes de la subjetividad de cada individuo. Los 'esquemas tipificadores' (Berger y Luckmann, 1984) permiten aprehender a la otra persona en la situación cara a cara. La mujer consultante ha elaborado un esquema tipificador del ginecolog@ y se presenta a sí misma para interactuar con esa tipificación; del mismo modo los proveedores de salud han elaborado otros de las consultantes y se presentan a sí mismos de acuerdo a éstas. La noción de esquemas tipificadores facilita la comprensión sobre la manera en que la realidad social es internalizada por los individuos de manera genérica. Ante una relación cara a cara, aún antes de conocer al otro le atribuyen ciertas características según el rol que desempeña y el status que ocupa. Eso le permite a cada uno de los miembros de la interacción evaluar la posible circulación de poder que se desarrollará en la interacción que se está llevando a cabo.

En Uruguay los médicos gozan de prestigio social, así es percibido por todas las mujeres entrevistadas. En lo que hay discrepancias es en la 'autoridad' que le confieren. En tanto que para algunas el saber médico goza de gran autoridad, incluso autoridad moral; para otras, ir a la consulta de asesoramiento es simplemente un "trámite" para asegurarse que su aborto no le dejó secuelas. Estas conceptualizaciones diferentes sobre el ginecolog@ corresponden a distintos esquemas tipificadores. Por otra parte, los ginecolog@s entrevistados presentaron distintos 'modelos' de usuarias. Varios distinguían "las mujeres del Pereira" de las "pacientes de la mutualista". Hay una doble distinción, una se refiere a las mujeres en sí mismas y la otra al

vínculo con ellas. En cuanto a las mujeres, “*las del Pereira*” son descritas como “*pobres, sin cultura, les cuesta entender, están llenas de hijos*”. Mientras que “*las de la mutualista*” son descritas como “*iguales a uno, te encontrás con compañeras del liceo*”, esto significa que son de capas medias, con nivel de educación de secundaria completa como mínimo. Quienes hacían esta distinción, hacían la salvedad de que a las Policlínicas de Asesoramiento del CHPR va todo tipo de mujer. En cuanto al vínculo, “*las del Pereira*” son circunstanciales, por lo que no hay un conocimiento personalizado; mientras que “*las de la mutualista*”, son constantes, lo que permite el desarrollo de un vínculo. Estas definiciones de mujeres conduce a la elaboración de tipificaciones diferentes.

En un mundo de encuentros sociales, donde la persona no tiene otra alternativa que participar en los contactos con los otros, cada uno/a se presenta con una ‘cara’ -valor social positivo que una persona reclama efectivamente para sí-, y lo expresa a través de la ‘línea’ -esquema de actos verbales y no verbales por medio de los cuales expresa su visión de la situación y la evaluación de los participantes (Goffman, 1970). He seguido a Mesa y Viera (2004) en relacionar la noción de ‘predeterminantes para la interacción’, tal como la plantea Goffman con el concepto de *habitus* de Bourdieu, en tanto disposición para la acción que tiene un individuo a partir de la particular manera en que ha internalizado estructuras sociales objetivas. De modo que aplicar la noción de *habitus* para observar interacciones cara a cara, como el caso de la interacción en el consultorio, permite tomar en cuenta la articulación entre las condicionantes macroestructurales con la capacidad de agencia por parte de los individuos. Se introduce así la noción de campo (Bourdieu, 2002) que complementa la de *habitus*.

En la interacción entre ginecolog@ y usuaria cada uno se presenta a sí mismo con una ‘cara’, en parte resultado de la internalización realizada a través del proceso de socialización, la cual forma parte de su mundo de sentidos compartidos con el resto de la sociedad. Tanto el ginecolog@ como la consultante son agentes (no reproductores pasivos de aquello que la

sociedad les ofrece), por lo tanto pueden establecer cambios y modificaciones a través de sus interacciones.

Las acciones que se desarrollan dentro del consultorio poseen características que lo asemejan a un rito, especialmente en el sentido que le da Edmund Leach (1977), como comportamiento estereotipado, potente en sí mismo en términos de convenciones culturales que siguen los actores. Sirve por consiguiente para comunicar información sobre algunos elementos valiosos para la cultura en cuestión. Sobre esta definición Victor Turner (1982) llama la atención en cuanto a que el rito es especialmente una *performatividad*, no es una puesta en acción o una actualización de determinadas reglas, sino que las reglas enmarcan el proceso ritual, pero éste trasciende aquel marco. Éste acto, que es una *actuación*, es consumir algo, llevar a cabo un proyecto, lo cual, siguiendo a Turner, siempre puede generar algo nuevo. La *performatividad* transforma el acto mismo, es decir al ritual. Si bien está enmarcado en las reglas, el flujo de esta acción puede conducir a *insights* diferentes y aún generar nuevos signos de significado que pueden ser incorporados en actuaciones posteriores (Turner, 1982:79). Mi experiencia de observar varias consultas me llevan a compartir la idea de ritual aplicada tal como la define Turner. Ginecólogo y consultante, cada uno desde y a través de su *habitus*, llevan adelante una *performatividad* -enmarcada en reglas- que modifica ciertos sentidos a unos y otras.

En la Policlínica de Asesoramiento¹⁴⁶ cada ginecolog@ tiene su estilo. Algunas ginecólogas se presentan antes de comenzar a atender. Llama por su nombre a las mujeres, a quienes recibe con amabilidad dándoles un beso en la puerta. Los ginecólogos varones no se presentan a sí mismos antes de comenzar, la mayoría llama por el número; las recibe amablemente dándole la mano.

¹⁴⁶ Como en este apartado trato de manera conjunta las consultas de asesoramiento pre y post aborto realizadas en la Policlínica de Asesoramiento del CHPR y en las policlínicas barriales, cada vez que me refiera a Policlínica de Asesoramiento, será la del CHPR y utilizaré policlínicas generales o consultas generales, para referirme a aquellas realizadas en policlínicas barriales.

Una vez puertas adentro, se sientan uno frente a la otra con un escritorio entre ambos. Durante la consulta se presentan una serie de tópicos sobre los cuales se intercambia información, cada uno desde su lugar. La usuaria llega con un planteo que no siempre puede verbalizar. A veces está muy angustiada; otras veces, las conversaciones con las mujeres en la sala de espera, le proporcionó las herramientas para presentarse de manera más firme.

Se reitera una y otra vez la coreografía del ritual. En el caso de los ginecolog@s pude observar -tanto en la consulta como en conversaciones informales- modificaciones en los sentidos atribuidos a la práctica y al evento que tiene lugar en el consultorio. La *performatividad* transformaba el acto mismo.

Analicé el material proveniente de la observación y grabación de las consultas procurando encontrar quien marcaba el ritmo en la conversación, la construcción del "otro" y de sí mismo y las reglas en juego.

Fragmento de consulta Policlínica de Asesoramiento.

-¿Años?

-32

-¿Hijos?

-4

-¿Partos?

-4

-¿Pareja?

-si

-¿Es el papá de este bebé?

-Si

-¿Te acompañó?

-[Silencio] *se quedó durmiendo [silencio] él tiene problema de drogas.*

-*No querés este embarazo?* [pregunta en tono afirmativo]

-[silencio, hace seña que no con la cabeza]

-¿Por qué quedaste embarazada?

-*Estaba dando teta.*

-¿Cuánto tiene?

-*Un año y 4 meses.*

-¿Y quién te dijo que al año y medio hay que darle teta?

-[silencio] *Con la niña no quedé.*

-¿Pero no consultaste ningún ginecólogo?

-No, no

Todo dicho con amabilidad y calidez, aunque rara vez el ginecólog@ miraba a la cara a la mujer. Luego, en el caso particular de la consulta transcripta, comienza la parte informativa sobre el aborto y el uso del misoprostol. Este fragmento muestra un diálogo muy común en la situación de consultorio, si bien, en este caso la mujer no estaba totalmente convencida de abortar, y por ello estaba especialmente parca¹⁴⁷, el diálogo es muy similar a otros.

El ritmo de la conversación fue impuesto por el ginecólogo, prevaleciendo la modalidad interrogativa, común en consultas médicas (Parras y Rance, 1999; Mesa y Viera, 2004). Esta modalidad permite al ginecólog@ permanecer con el control del intercambio lingüístico. El construye el orden del discurso y tiene el poder sobre los tópicos. La mujer está limitada, su narración es cortada. En el fragmento transcrito cuando comienza a relatar el problema de su marido, el ginecólogo la interrumpe para continuar su interrogatorio.

Fragmento de consulta Policlínica de Asesoramiento.

-¿Tenés hijos?

-[asiente con la cabeza]

¿Cuántos?

- Tres

-¿cuánto tiene el menor?

-5 años.

-¿Partos?

-Tres cesáreas

-¿Pareja?

-si

-¿Es el papá?

-Si

-¿Te acompañó?

¹⁴⁷Antes de pasar a la consulta yo la había entrevistado. Estaba angustiada, ella no quería abortar, pero veía imposible tener otro hijo con su marido, que estaba en una situación de consumo problemático de pasta base de cocaína, por lo cual ya le había vendido todas las pocas pertenencias; y tenía momentos de violencia.

- No

-¿qué pasa, no querés este embarazo?

-No es tanto eso sino que.... con tres cesáreas no me animo...

entonces vine acá para que me ayuden; para mí éste es un hijo más; pero me da mucho miedo, tengo tres hijos a los que tengo que cuidar. Mi compañero no es el papá de mis hijos, él quiere que siga adelante con el embarazo. Pero pienso en mis hijos!

(Ginecóloga con mujer de 32 años)

Dos semanas después vuelve la misma mujer al consultorio, a su consulta post aborto

-¡Hola! ¿cómo estás?

-[Sonriente] aliviada doctora. Ya pasó todo. Mi compañero piensa que fue espontáneo, incluso estaba conmigo cuando aborté. (...)

-¡Me alegro que te sientas bien! Ahora hay que pensar cómo evitar que esto vuelva a pasarte.

Acá, si bien la ginecóloga también controlaba la interacción lingüística promovió el relato de la mujer quien explicó los motivos por los cuales quería abortar y ocultárselo a su pareja.

En el primer caso la mujer en situación de aborto pertenecía a un sector socioeconómico bajo. Había acudido a la Policlínica de Asesoramiento por sugerencia de la partera del centro de salud donde se atendía habitualmente. Fue para que le solucionaran "su problema", aunque en realidad su problema era su marido y no su embarazo. En el segundo caso, la mujer provenía de sectores medios, empleada administrativa sin estudios terciarios. Sabía de la existencia de la Policlínica de Asesoramiento, cuando se entera de su embarazo, se dirige inmediatamente, con una decisión tomada firmemente.

Fragmentos de consulta Policlínica de Asesoramiento.

-Escúchame chiquita por qué no usaste condón? Mirá todo lo que te hubieras evitado! [dicho amablemente]

-Yo que sé, él no quería y bueno, no sé, no sé... pero esto es horrible, horrible. Por favor ayudáme!

(Ginecóloga con adolescente de 15 años)

-¿cuántas pastillas decís que te colocaste?

-Y ahora ya llevo doce, y nada no pasa nada, ya no sé qué hacer!

- *Te voy a informar de nuevo el método, tal vez hay algo que no lo haces bien.*

(Ginecólogo con mujer de 30 años)

Los diálogos actualizan la 'violencia simbólica' caracterizada porque los pensamientos y percepciones de los dominados están estructurados de acuerdo a las estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto (Bourdieu, 2000:26). Las mujeres asumen para sí su lugar de subordinación. Actúan procurando que los ginecólog@s actúen desde su lugar de mayor jerarquía; y una y otra vez desarrollan diversas estrategias para sacar provecho sin interpelar las relaciones de dominación.

En los fragmentos transcritos se observa lo que podríamos denominar un traspies en la 'cara' de las mujeres, aunque no llegan a perderla; mientras que el ginecólog@ mantiene su 'cara' sin problemas. El control del intercambio lingüístico parece actuar reproduciendo el *habitus* médico, fortaleciendo su lugar de poder frente a la mujer.

En los consultorios de la Policlínica de Asesoramiento existe un triple eje de asimetrías entre el ginecólog@ y las consultantes; saber/no saber; masculino/femenino y capital económico/no capital económico. En la consulta entra en juego este triple eje de jerarquías. El estatus del ginecólogo es masculino independientemente del sexo de la persona por lo tanto la voz ginecológica es masculina, es un decir masculino, que obedece a una disciplina androcéntrica. Aparece entonces en el *habitus* incorporado en unos y otras, lo que puede definirse como *habitus* de género. Las "mujeres pueden apoyarse en los temas de percepción dominante lo que las conduce a concebir una representación muy negativa de su propio sexo" (Bourdieu, 2000:27). En relación al saber médico no resulta apropiada la noción de *habitus* asistencial autoritario (Romero, 2003) en esta circunstancia, ya que si bien existe una jerarquía, no se ejerce de manera autoritaria. Los ginecólog@s tienen una autoridad socialmente legitimada (Barrán, 1992) en base a una política civilizatoria, que sostiene las relaciones jerárquicas entabladas con las usuarias.

En las policlínicas barriales periféricas, la Ordenanza 369/04 se aplicaba en las consultas ginecológicas generales. A la sala de espera -con mayor o menor privacidad- según la policlínica concurrían mujeres con finalidades diversas. Muchas de ellas se conocían por vivir en la misma zona. Sus hijos entraban y salían, especialmente en una de ellas situada al lado de la escuela. Las temáticas y el ambiente de la sala de espera son totalmente diferentes al de la policlínica de asesoramiento del HM. No se evidencian ninguno de los fenómenos que la asimilan a un *communitas*. Los ginecólogos tienen un mayor conocimiento de la población, lo cual repercute en las consultas sean más personalizadas que las del hospital.

-Hola Laura! ¿cómo estás? Sentáte. ¿Ya conocés a Susana que está trabajando con las mujeres que vienen a la policlínica, los embarazos, abortos todo eso?

-Sí, ya la vi el otro día.

-¿No te importa que se quede a la consulta? Si en algún momento querés que se vaya para quedar conmigo a solas, me decís que no hay ningún problema, tá?

-¡Que problema voy a tener, ninguno!

-¿Qué te pasa?

-Qué hace más de un mes que no me viene! [La ginecóloga abre los ojos demostrando sorpresa, a la vez que complicidad]

-Hacemos un evatest YA, y salimos de dudas.

La ginecóloga llama a la enfermera y le da las instrucciones.

En otra policlínica:

-Los gurises, ¿todos bien?

-Sí los gurises todos bien, en la escuela; haciendo travesuras.

Y vos cómo estás?

Y ... el otro día vino el Pedro a casa, yo no quería saber nada.. pero terminamos teniendo relaciones.

-¿Y no se cuidaron? ¿Condón?

-No, nada .. y me parece que me dejó regalito.. y yo si algo sé, es que más gurises no puedo tener.

En los dos fragmentos descritos se observa la confianza existente entre las consultantes y las ginecólogas. El lenguaje que utilizan las profesionales es más llano, existe un interés en la usuaria en tanto persona a partir del conocimiento mutuo.

En estos dos fragmentos también es la ginecóloga quien tiene el control del intercambio lingüístico, sin embargo el cambio de turnos se realiza fluidamente. No existe una neta modalidad interrogativa, sino que algunas preguntas están destinadas a facilitar el relato de la consultante.

La mayor diferencia entre las consultas de la Policlínica de Asesoramiento y las de las policlínicas generales es que en estas últimas existe un vínculo establecido entre la mujer y el ginecolog@. Además, como no sabe el motivo de la consulta, debe indagar de manera amplia, a diferencia de los otros ginecolog@s que directamente aplican el protocolo al inicio de la consulta.

Mesa y Viera (2004) señalan que en las consultas generales de ginecología que presenciaron, las usuarias tenían especial cuidado en ofrecer al médico toda la información que poseían, para lo cual le proporcionaban el papel escrito por el médico con quien consultaron anteriormente. Lo mismo sucede con la entrega de resultados de análisis o placas. El cuerpo de la mujer y sus vivencias quedan desdibujados. Las ambigüedades de la narración de las mujeres se oponen a la precisión necesaria para sus diagnósticos. Y la precisión de los diagnósticos viene de la mano de los exámenes paraclínicos, placas y ecografías, no del relato de las mujeres. Así en la Policlínica de Asesoramiento la ecografía para verificar el tiempo de gestación tiene un papel central al momento de asesorar. La persona queda por detrás de la 'enfermedad' a la cual se asimila el embarazo, el rol protagónico le corresponde al padecimiento, el órgano; pero nunca la persona embarazada.

En las consultas los ginecolog@s presuponen que un embarazo es el resultado de una relación estable

"Lo que sí me dio vergüenza, me dio vergüenza decirle al médico cuál era la situación, o sea, entonces le inventé un novio que estaba trabajando afuera, yo que sé..." (Graciela, sector socioeconómico medio)

Los médicos ignoran la posibilidad de distintos compañeros sexuales para una mujer. Por lo tanto no contemplan la posibilidad de un embarazo fuera de la relación estable ni, por consiguiente, de abortos para encubrir esas relaciones. (Parras y Rance, 1997 también lo constatan en Bolivia).

En la consulta ginecológica las relaciones de género caracterizadas por la jerarquía que implica el eje de dominación/subordinación, se actualizan en diversas narrativas y prácticas, con independencia de la intensión explícita del ginecólogo.

El proceso de aborto voluntario puede entenderse como drama social (Turner, 1982), donde la *ruptura*, es decir lo que interrumpe el devenir es la falta de la menstruación, tomar conocimiento de estar frente a un embarazo no esperado. La *crisis* se corresponde a la etapa en que no se sabe qué hacer, la mujer está de algún modo “desesperada”, perturbada, es el momento en que el embarazo inesperado pasa a ser embarazo no viable; la mujer intenta buscar soluciones por un lado por otro, no sabe qué camino seguir, todo son dudas. La *recomposición* sería la realización del aborto propiamente dicho, es decir cuando se lleva a cabo la acción que da la ilusión de volver a la etapa anterior, aunque ya siendo otra. Finalmente, la *reintegración*, la persona vuelve a su núcleo de amigos, familiares, conocidos. La persona ya es otra, debería ser tratada como otra. Sin embargo es muy probable que mantenga en secreto su aborto por lo que es tratada como si nada hubiese sucedido.

Para el médico también es un drama social; la *ruptura* se corresponde a la toma de conocimiento del deseo manifiesto de la usuaria de interrumpir su embarazo. La *crisis* se corresponde a su propia ambivalencia, la posible contraposición entre sus valores y los de la mujer, la posible interpelación a su práctica y a su subjetividad con independencia de su postura frente al tema. La *recomposición* puede asimilarse al momento en que le brinda la información, ya que no puede practicarle el aborto. La *reintegración* atañe al momento en que el ginecólogo se reúne con sus colegas, sería el grupo estrella en términos de Turner (1982). Todos los individuos pertenecen a

algún grupo. Sin duda el caso de los ginecólog@s que participan en la propuesta de Iniciativas Sanitarias -o que se han acercado o decidido *motus* propio aplicar la normativa -están vinculados por fuertes lazos, por lo que la confianza entre los distintos miembros constituye un elemento de unión y fortaleza. Participé de varias reuniones sociales con el pequeño grupo de ginecólog@s que comenzó la experiencia. Algunos manifestaban sentirse bastante devastados por los casos que atendían (síndrome de *burn out*); otros se veían a sí mismos observados por los colegas, mezcla de sentimientos; en todos los casos el apoyo recibido por los miembros del grupo resultaba fundamental.

El momento de la consulta, ese algo espacio-temporalmente acotado donde se lleva a cabo el encuentro entre el ginecólogo y la usuaria, puede ser pensada como *illusio*, en términos de Bourdieu y Waquant (1992) porque en ella se realizan acciones enmarcadas en el juego; un juego social que tiene sentido para quienes están involucrados: mujer y ginecólog@. Las apuestas son importantes y dignas de ser emprendidas. Estas son: la mujer que quiere llevar adelante su decisión de interrumpir su embarazo y quiere recibir información al respecto o que le solucionen su problema; el médico que está apostando a que mejore la salud sexual y reproductiva de esa mujer mediante la reducción de los daños provocados por el aborto inseguro. Cada campo, en términos de Bourdieu, define una *illusio* específica como reconocimiento tácito del valor de las apuestas. En el caso de la consulta las apuestas son lograr los objetivos mencionados tanto por parte de la consultante como el ginecólog@. Avanzando con la noción de campo aplicada al consultorio, éste no se entiende sin la existencia de agentes; quienes están conformados por el *habitus*. Tanto en el ginecólog@ como en la mujer en situación de aborto, el *habitus* se encarna, se hace carne en la modalidad que adopta la interacción. El campo se define por unas estructuras sociales objetivas que claramente delimitan los roles de cada uno de los agentes, en este caso de las personas que interactúan en el consultorio. En tanto agentes poseen un *habitus* que es el lugar de la incorporación de lo social en el sujeto; de modo que sería una interiorización de la exterioridad; es la cultura en movimiento, no es una

reproducción mecánica. El *habitus* médico tiene internalizada determinadas estructuras que hace que los ginecólog@s se definan a sí mismos en el campo como agentes poseedores de un capital simbólico traducible en capital social y en conocimientos, todo lo cual hace que tenga poder sobre el cuerpo del otro al estar en sus manos la solución del problema del otro. En el *habitus* médico estas estructuras que colocan al profesional de la salud en un lugar jerárquicamente elevado están introyectadas como estructuras estructurantes a través de la práctica, la cual tal como se vio anteriormente se asienta en la solidez de las relaciones jerárquicas (grado dos sobre R3, éste sobre R2, y por último R1). En la práctica médica se reafirma el lugar de autoridad que el ginecólog@ ejerce sobre colegas de linajes inferiores y sobre otros que no pertenecen al ámbito médico. Éste es uno de los elementos que están incorporados en su *habitus* y que por lo tanto se pone en acción durante la consulta, aunque no lo reproduzca mecánicamente. Las posibles modificaciones se relacionan con el lugar que en cada uno de ellos ocupe el autoanálisis y la auto reflexividad respecto a su práctica, previa o contemporánea al momento de la consulta, de la manera en que cuestionen su quehacer implementando transformaciones en el mismo, y paulatinamente así modificar su *habitus*. Al considerar que los individuos que están interactuando en la situación de consulta son agentes, no me resulta posible pensar la agencia en estas personas sin una instancia de subjetividad. Para que exista una agencia tiene que haber determinada reflexividad sobre la subjetividad propia que hace que necesariamente se interpele el funcionamiento, se pone en acción. Hay algo que no va a detenerse por sí mismo, como es un embarazo, pero se puede interrumpir. El deseo por parte de la mujer de la interrupción y el deseo por parte del ginecólogo que la mujer pueda llevar adelante su voluntad son instancias de las propias subjetividades que les permite ser agentes en ese proceso.

Mujeres, pacientes, casos: efecto Rashomon

En este apartado muestro las distintas versiones sobre un mismo hecho, esto permite adentrarnos en las vivencias de los distintos agentes puestos en acción en la situación de aborto. La estrategia metodológica seguida -a la que denominé 'efecto Rashomon'¹⁴⁸- consistió en realizar breves entrevistas a distintos agentes involucrados en un hecho que estaba sucediendo en un lapso no mayor a una hora. Pretendí encontrar algo de la polifonía que caracteriza a los hechos sociales, mostrar la relatividad de las narrativas de los distintos agentes, y finalmente la conflictividad inherente al carácter de verdad adjudicado a los hechos.

'Mujeres', 'pacientes', 'casos' alude a tres distintas denominaciones con que diferentes agentes refieren a lo de mismo. Yo misma -y aquí me coloco como agente que entra en interrelación con los demás- las denominó mujeres; el personal médico de sala las llama pacientes; cuando las referencias acontecen en el ámbito de un ateneo se las denomina casos. El hecho 'fáctico' es el mismo, la manera en que se lo aborda y se lo carga de sentido es diferente, lo que permite hablar de 'hechos' distintos si se los considera el resultado entre un fenómeno y la percepción del mismo.

'Mujeres', 'pacientes', 'casos'

Jennifer (17 años, sector socioeconómico bajo) va a la Policlínica de Asesoramiento porque está embarazada y no duda en querer abortar. Utilizó 26 pastillas de misoprostol. Cuando finalmente aborta, aparentemente le quedaron restos; por lo que va al CHPR a fin que le completen el aborto. Arriba al hospital muy dolorida. Va a emergencia, la ingresan a sala para legarla. Acompañé parte del proceso de Jennifer, por lo que tenía gran familiaridad con ella y con su madre. También conocía a la R2 y al ginecólogo de la Policlínica de Asesoramiento.

¹⁴⁸ Como ya se mencionó en el capítulo correspondiente a la discusión metodológica, el nombre está dado por la película de Akira Kurosawa.

Las versiones

Me duele mucho, me siento mal. Hace dos días que finalmente aborté. Era enorme, verdad mamá? Hace como tres horas que estoy acá, nadie viene a verme. Me duele... [quejándose] ¿Por qué me tiene que pasar todo esto? Me quiero ir a casa [casi llorando], me siento mal (Jennifer)

Pobrecita no sabes cómo está! Y todo esto sin que el padre se entere porque sino la mata. El hermano tampoco sabe. Vinimos acá, el novio la acompañó. La expulsión fue tremenda sangró y sangró, era grande! Decir que ella se colocó 26 pastillas; semanas pasó intentándolo! Creo que tiene fiebre pero no viene nadie. Viste como se queja! Yo quiero que le hagan algo, tal vez todavía tiene restos, no sabés, era grande! No sé al final de cuanto estaba, con eso de que no podía abortar. (madre de Jennifer)

La chica rubiecita que entró hoy de mañana... Dice que se puso más de 20 pastillas. Cuando ingresó estaba con chuchos, ahora está estabilizada. A las siete la vamos a legar. Yo no puedo creer que se haya colocado tantas pastillas! (R2 de guardia)

Sí, me enteré que había ingresado. Nunca había visto algo así; venía resignada; se las colocaba y no pasaba nada. La legan hoy de tarde. Va a estar bien. (ginecolog@ de la policlínica de asesoramiento, respondiendo mi pregunta)

Cuatro versiones transcriptas muestran diferencias notorias, mientras que Jennifer y su madre están preocupadas porque nadie viene a verla ni le dice lo que le van a hacer; tanto la R2 como el ginecolog@ que la había atendido en las múltiples consultas pre aborto muestran tranquilidad y confianza en que Jennifer va a estar bien. Es muy probable que se le haya informado acerca de la realización del legrado a las siete de la tarde. La situación de nerviosismo, dolor y angustia probablemente no permitió que asimilasen esta información. De parte de los equipos de salud no se tomaron medidas para asegurarse que la 'paciente' entendiera lo que le iban a hacer.

El proceso continúa y junto a él los registros de las distintas narraciones. Jennifer no entendía lo que le sucedía. Había una escisión entre su *self* y su corporeidad. Espera que alguien le quitara el malestar del mismo

modo que durante un mes más o menos estuvo intentando quitarse a *zef* colocándose misoprostol. Cuando la llevan para realizarle el legrado, solo pide que todo termine rápidamente, quiere volver a su casa y a su vida cotidiana previa al embarazo. Para su madre, la situación es vivida desde la misma perspectiva. Ambas quieren que todo vuelva a la 'normalidad', atravesar raudamente el "drama" (Turner, 1982).

El embarazo y aborto de Jennifer le es ocultado a su padre. La preocupación de la madre por la salud de su hija se superpone a su preocupación por evitar que el padre sepa lo sucedido con Jennifer; en el deseo de volver a la 'normalidad' se unen ambos. La situación da cuenta de la existencia de un control sobre el cuerpo y la sexualidad -al menos en el plano de sus manifestaciones públicas- de Jennifer; no se sabe hasta donde éste puede haber influido en su decisión de abortar no se sabe.

Los ginecolog@s por su parte, reparan solo en los aspectos estrictamente físicos. Ignoran los secretos familiares. Nadie le preguntó si el proceso había sido doloroso o si estaba asustada. Las preguntas referidas a los dolores estaban dirigidas estrictamente a la elaboración de un diagnóstico lo más ajustado posible a la situación actual. Nadie le preguntó cómo se sintió frente al producto de la expulsión. La ecografía mostraba el estado de su útero, por lo que no necesitaban el relato sobre sus sensaciones y dolores.

Días después hubo un ateneo para presentar el tema del uso del misoprostol en interrupción de embarazos. En esa ocasión, Jennifer fue el caso de la adolescente que necesitó 26 pastillas para completar la expulsión de *zef*.

PARTE 4

LAS POLÍTICAS DEL CUERPO Y LA REPRODUCCIÓN

CAPITULO 8 EL CUERPO EN DISPUTA.

El cuerpo de las mujeres fue controlado desde siempre e en todas partes, por ser, más que el cuerpo de los hombres, el *locus* de la reproducción (Ardailon 1998b:5)

Es un solo cuerpo, el que se hace cargo de todos los efectos de la unión de dos sujetos. Es un solo cuerpo el que se hace cargo, en el parto, de la separación de dos cuerpos". (Rosenberg, 1998:58)

La urdimbre cultural del aborto se teje en distintos planos, pliegues sutiles, contradicciones, silencios; pero el territorio del aborto es siempre el mismo: el cuerpo de la mujer. Cuerpo en sentido estrictamente material (porque ese cuerpo, a diferencia del de los varones, es el que se embaraza y aborta), y también en tanto lugar de intersección de la trama material y simbólica del aborto, donde "se expresa toda la relación del mundo social y toda la relación socialmente instruida con el mundo" (Bourdieu, 1985:61).

Las diversas formas en que el cuerpo es pensado, actuado, intervenido, hablado forman parte del núcleo central de operaciones simbólicas a partir de las cuales se organiza y otorga sentido a las acciones cotidianas y al entorno (Rohden, 2009). Esto implica tomar una actitud crítica hacia el dualismo cuerpo-mente y abreviar en aquellos teóricos que llevaron a cabo intentos por diluir la oposición. La noción de corporeidad¹⁴⁹ (Csordas, 1990, 1994) asentada en el 'estar-en-el-mundo' de Merleau Ponty, permite pensar el cuerpo como condición de existencia, siendo múltiples las manera de vivirlo y los estilos de objetivación corporal, asociados con las formas de entender la cultura (Csordas, 1994: 144-145). Csordas rompe el dualismo cuerpo-mente con

¹⁴⁹ Utilizo el término corporeidad en el mismo sentido del término *embodiment*.

fundamentos en Merleau Ponty y en Bourdieu. Para el primero, centrándose en la percepción, el cuerpo es “una posición en relación con el mundo”, mientras que la conciencia es el cuerpo proyectándose a sí mismo dentro del mundo. Para Bourdieu, centrándose en la práctica, el cuerpo socialmente informado es el “principio generador y unificador de toda práctica”, y la conciencia es una forma de cálculo estratégico fusionado con un sistema de potencialidades objetivas. Con esto quiero acercar la noción de circulación entre el individuo y la sociedad, hay algo que fluye entre ambos y forma parte de la corporeidad.

La meta metodológica de Bourdieu es moverse más allá del análisis de los hechos sociales como *opus operatum* y arribar al análisis del *modus operandi* de la vida social. Para ello, su estrategia es quebrar las dualidades mente-cuerpo y signo-significado mediante el concepto de *habitus*, sistema de disposiciones duraderas el cual es un principio inconsciente inculcado colectivamente para la generación y producción de prácticas y representaciones (1977:72). Csordas encuentra una gran potencialidad en esta definición aplicándola a su “paradigma de corporeidad”, al asociarla con los contenidos psicológicamente internalizados del “ambiente comportamental”¹⁵⁰. El *habitus* no genera prácticas asistemáticamente o al azar porque existe

“un principio generador y unificador de todas las prácticas, el sistema de estructuras evaluativas y cognitivas inseparables, el cual organiza la visión del mundo de acuerdo a las estructuras objetivas de un estado determinado del mundo social; este principio no es otra cosa que el *cuerpo socialmente informado* con sus gustos y disgustos, su compulsión y repulsión, en una palabra, con todos sus *sentidos*, esto es decir, no solo los cinco sentidos

¹⁵⁰ En el sentido que le da Hallowell, quien toma el concepto prestado de la psicología gestáltica, para aproximarse al contexto en el cual la práctica tiene lugar. (Hallowell, 1955, “The self and its behavioral environment”, *Culture and Experience*, citado por Csordas, 1990)

tradicionales que nunca escapan a la acción estructuradora de los determinismos sociales (...) ” (Bourdieu, 1977:124)¹⁵¹.

Su cuerpo, condición de existencia, es el campo de la percepción y la práctica. No solo es el *locus* donde objetivamente se produce el aborto, sino donde se lo experiencia y percibe. El cuerpo entonces puede considerarse acción y movimiento, nicho de sentidos y significados.

En otro orden, el cuerpo de las mujeres constituye la marca de la subordinación, en tanto anclaje de la asociación entre mujer y maternidad como destino. Esto no significa adoptar una postura esencialista o ahistórica. Por ello, el cuerpo de las mujeres es eminentemente un espacio político (Maffía, 1992; Ciriza, 2002b; Tamayo, 2001)

En el momento en que una mujer en situación de aborto entra en contacto con una institución médica, su cuerpo se convierte en un ‘cuerpo en disputa’. Uno (o varios) es el cuerpo vivido, experimentado por las mujeres; otro (o varios) es el cuerpo observado, estudiado, intervenido por los profesionales de la salud. Luego también otros son los cuerpos hablados desde el Estado.

8.1 El ‘cuerpo’ para las mujeres

Los abortos suceden en un territorio femenino, en el cuerpo de las mujeres. En las prácticas y representaciones femeninas respecto al aborto (y por lo tanto a la sexualidad, el embarazo y la anticoncepción) el cuerpo ocupa un lugar central en tanto matriz de significados y *locus* de experiencia y conocimientos. La búsqueda de estos sentidos del cuerpo forma parte del significado del aborto para las mujeres. A fin de rastrear el ‘cuerpo’ de las mujeres analicé el lenguaje utilizado en sus entrevistas y conversaciones

¹⁵¹ Original en inglés.

informales, dibujos de su cuerpo que les solicité hicieran y analicé narraciones de procedimientos que realizaron.

8.1.1 El cuerpo en palabras

Emily Martin (1987) mostró que el análisis del lenguaje vulgar permite identificar ciertas metáforas que estructuran la manera en que pensamos, hablamos y actuamos¹⁵². Aplicando este análisis a las entrevistas y los diálogos escuchados durante mi trabajo de campo, llegué a algunas conclusiones semejantes a las de Martin:

- El cuerpo es algo que las mujeres tienen y al cual muchas veces deben soportar. Hay una escisión entre el sujeto mujer y el cuerpo. Los exámenes ginecológicos periódicos les provocan malestares, en ocasiones dolores, son invasivos; sin embargo no se rebelan contra la manera en que los mismos son efectuados, sino contra su cuerpo de mujer que las obliga a realizarse dichos exámenes.

- El cuerpo debe ser controlado/cuidado por los médicos. En varios pasajes las mujeres mencionaban expresiones que denotaban sentir que ellas no eran capaces de cuidar y controlar su propio cuerpo. Algunas mujeres se sentían avergonzadas de sí mismas frente al ginecólog@ por no haber llevado a cabo las instrucciones que él le diera respecto al uso de anticonceptivos y estar embarazada. Para algunas de ellas realizarse una cesárea era considerada una garantía, la intervención médica aseguraba el nacimiento adecuado del hij@. Algunas mujeres parecían convencidas que el monitoreo externo constante sobre su cuerpo, especialmente los órganos del aparato reproductivo, es sinónimo de responsabilidad. En tanto se trate el cuerpo

¹⁵² En esto sigue a Lakoff y Johnson (1980) *Metaphors we live by*. University of Chicago Press.

femenino como inherentemente disfuncional, será necesario mantener la dependencia de la autoridad médica (Davis-Floyd y St. John, 1998).

- No confían en sí mismas para dar cuenta de su propio cuerpo, lo cual se relaciona con la necesidad del monitoreo. En las consultas, especialmente las generales de ginecología, las mujeres se apresuraban a presentar las placas, ecografías o resultados de exámenes paraclínicos; esperando que en ellos los ginecólog@s encontraran las explicaciones. Desde la medicina esto es incentivado. En la consulta pre-aborto, la ecografía es condición *sine qua non* para establecer la edad gestacional del zef.¹⁵³

- Los embarazos y los partos son estados, eventos por los que pasa la mujer, no acciones que ella toma. Utilizan a menudo la tercera persona impersonal para referirse a ellos ("*quedé embarazada*", "*no me vino la regla*"). Aquí la diferencia con el aborto es dramática. A diferencia de la manera de referirse a los anteriores, las mujeres hablan colocándose a sí mismas como agentes del aborto, aún cuando éste haya sido realizado por medios quirúrgicos, dicen "*me hice un aborto*". En estos casos la forma de sintaxis utilizada denota la agencia sobre la acción.

Ligado al significado del aborto como hecho, está la representación del 'producto' que es abortado. Las mujeres entrevistadas se referían al mismo como "*la cosa*", "*eso*", "*el coagulo*". Ninguna lo denominaba 'niño', 'bebé' u otro término que denotara la adjudicación de subjetividad. En algunos casos, las mujeres de mayores niveles educativos lo referían como el embrión, pero rara vez lo hacían al referirse específicamente a 'su' aborto. Las mujeres que abortaron mediante el uso de misoprostol, se vieron obligadas a ver lo que expulsaron a diferencia de quienes abortaron por métodos quirúrgicos. Ellas deben denominarlos porque existe una entidad material observada directamente. Aparece una relación entre la nominación con la técnica del aborto.

¹⁵³ Como ya expliqué anteriormente, uso la denominación de zef para referirme al cigoto, embrión y feto indistintamente.

- Las formas de referirse a su propio cuerpo estaban impregnadas de las visiones médicas y científicas correspondientes. Las mujeres entrevistadas no se referían a sus cuerpos como unidad, sino como sumatorias de partes. En sus narrativas había cierta 'exterioridad' hacia sus propios cuerpos, una escisión cuerpo-mente, cuerpo-persona.

8.1.2 Los cuerpos abortantes

Los relatos de las mujeres respecto a sus cuerpos atravesando la experiencia del aborto arroja luz sobre las separaciones mente-cuerpo, persona-cuerpo; al mismo tiempo que permiten una aproximación a la consideración del cuerpo como el "estar-en-el-mundo".

"Fui con una partera. Sé que era una mujer de campo, de afuera, había venido de afuera, una madama, sería una madama, y ella me dijo 'mirá que no te la puedo colocar ['las pastillas'¹⁵⁴], está muy cerrado ese útero; te puedo colocar una sonda si vos querés'. (...) Me la colocó viste en ese momento tuve una hemorragia, pero después se fue todo (...) fueron unas horas nada más (...) pero después... después en mi casa, que empecé con dolores que eran una cosa impresionante! (...) y en el momento en que me voy a levantar fue cuandooooo

- ¿Lo expulsaste?

Lo expulsé (...) Después tomé antibióticos.

- ¿Tuviste una hemorragia grande?

Sí, sí, en ese momento fue feo. Porque yo tuve tres partos y yo sé lo que es, y sufrí más en esto que en los partos en sí. Porque era una cosa que, parece que me sssssacaran todo de adentro, que me vaciaban totalmente". (Diana, sector socioeconómico bajo)

La sonda era muy común hasta la difusión del uso abortivo del misoprostol, y continúa utilizándose actualmente. En el fragmento anterior, fue una conocedora quien se la colocó. En el próximo, es un ginecolog@ que hacía abortos clandestinos.

"... me dolió, me dolió la puesta de la sonda... me quería... desmayar. Cuando me paré dije, bueno tierra trágame y tá.

¹⁵⁴ Probablemente fuese misoprostol, aunque el relato corresponde a un aborto realizado unos años antes de la difusión del fármaco.

Respiraba hondo y ... yo no entendía que esa cosa puesta ahí/ tus rutinas continuaban.” (Aurora, sector socioeconómico medio-bajo)

El AMEU era considerada la forma más sencilla para provocar abortos, y en aquellos lugares donde es legal, era la manera habitual de realizarlos. Se sigue utilizando cuando el misoprostol no logra provocar la expulsión. El AMEU también es utilizado para culminar abortos incompletos. La mayoría de los relatos de mujeres que tuvieron un aborto realizado con AMEU señalan no haber sentido nada, la anestesia, luego al despertarse, ya todo había concluido, aunque persistían algunos dolores. Los miedos son previos. En algunos casos, como en Graciela, hay dificultades para que la anestesia haga efecto por el stress que tiene en ese momento. A veces hay complicaciones, consecuencia de la situación del embarazo o de la forma en que se practica el aborto. Graciela se hace un aborto en una clínica clandestina considerada ‘buena’, sin embargo se convierte en un aborto complicado.

“...no te toma la anestesia. Te tenés que tranquilizar, yyy’ta que hacer relax, relax las pelotas: estaba así [golpea la mesa para mostrar lo dura que estaba consecuencia del stress] todo el cuerpo duro, este... en una camilla, con las patas abiertas así. Y el médico sentado ahí, mirándome y charlando de.. pavadas, pa’pasar el rato hasta que me tomara la anestesia [se ríe, poniendo humor en un recuerdo desagradable] ... es muy fuerte, esto es muy fuerte, muy fuerte!! Este.. me, bueno, intentó hacer aspiración (...) estuve a esto de desmayarme. En un momento le pregunté ¿puedo gritar? Y me dijo NOOOO QUE VAMOS TODOS EN CANA, me dijo. No daba más, no daba más, pensé que esos cinco minutos que estuve ahí adentro fueron la tortura más grande que viví en mi vida. Nunca pensé que pudiera aguantar tanto dolor! Yo creo que no lo aguanté, yo estuve a punto de caerme redonda, no podía mantener las piernas ¿vistes? (Graciela, nivel socioeconómico medio)

En los abortos con misoprostol, las diferencias en la técnica se correlacionan con las diferencias en las vivencias.

“Sí, y tá la Dra. Silvia me explicó cómo era el proceso y enseguidita a las 3 horas empecé con trabajo de parto, con pujos fuertes. Fui al baño, puse un balde para ver todo lo que caía como ella me explicó y tá, perdí todo en el momento. Después me llevó un proceso como quien tiene un parto normal, la menstruación era normal. Los primeros 15 días fue horrible, tuve bastantes pérdidas

pero bueno tá, es la normal de un parto. Después me encuentro bárbara..” (Margarita, nivel socioeconómico bajo)

“Tuve unos dolores tremendos, sentía como un fuego, algo que me quemaba adentro” (Andrea, nivel socioeconómico medio)

Sus vivencias desde el cuerpo forman parte de su estar-en-el-mundo: *“como si te sacaran todo!”*; *“bueno, tierra trágame!”*; *“después me llevó un proceso como quien tiene un parto normal”*. Sus relatos permiten examinar algunos aspectos de la inmediatez de la experiencia corporal en el marco de significaciones culturales.

El dolor es el común denominador de todos los relatos. Es un dolor infringido para interrumpir un proceso. En algunos casos es un dolor límite: *“me quería desmayar [de dolor]”*; *“pensé que esos cinco minutos que estuve ahí adentro fueron la tortura más grande que viví en mi vida. Nunca pensé que pudiera aguantar tanto dolor!”*; *“sentía como un fuego, algo que me quemaba adentro”*. Estos dolores vividos y narrados por lo general son ocluidos. Las mujeres hablan de sus dolores de parto, pero no de sus dolores de abortos. Hay experiencias que no están marcadas por el dolor, como en el relato de Margarita. El punto crítico está en evaluar las maneras en que las experiencias inmediatas del cuerpo son culturalmente tamizadas para que cobren sentido.

Estos fragmentos dan cuenta de abortos realizados con distintas técnicas a mujeres de distintos sectores socioeconómicos. El único relato donde la mujer no muestra haber padecido ansiedad, dolores, incertidumbres, es el de Margarita. El suyo también es el único caso, donde sabía exactamente todo lo que le iba a suceder. Sus experiencias corporales tenían un significado inmediato. En los otros relatos, se percibe la necesidad de dar sentido a lo que sucede en el cuerpo. Si el cuerpo es el campo de percepción y de práctica, el cuerpo abortante se colma de marcas, las primarias a las que pertenecen los fragmentos de narraciones; otras, también observables en algunos fragmentos, dan cuenta del lugar del cuerpo de la mujer en situación de aborto, un cuerpo sometido a reglas, subordinado a otras prácticas. Los

fragmentos dan cuenta de la heterogeneidad de situaciones, en algunas las mujeres desempeñan una mayor agencia que en otras.

El cuerpo es la persona, el dolor de Gabriela era su tortura. Al sostener que la integralidad de la persona en su cuerpo, las marcas del aborto en el cuerpo, no son meras marcas en la carne.

“La eco me la voy a hacer particular en los primeros días de la semana que viene (porque del resultado dependen los pasos a seguir: IAMC por un legrado, Pereira si todo está más o menos bien). Le conté a Luisa [la ginecóloga que la atendió en el HM] todo lo sucedido y me dijo que en principio se podía decir que había salido bien, justamente por el poco tiempo que yo tenía de embarazo. La expulsión de un pequeño embrión de 1 cm no es una cosa muy impresionante (por suerte). Sí, me siento más liviana. Espero que la semana que viene salga todo bien y pueda procesar esto como una experiencia terminada.” (Teresa, nivel socioeconómico medio; correo electrónico)

El alivio de Teresa muestra la integralidad.

8.1.3 Las representaciones gráficas

A fin de ampliar el espectro de sentidos y significados de sus cuerpos en situación de aborto, recurrí a las representaciones gráficas¹⁵⁵. Con ello procuré un canal que les permitiera mostrar otras inscripciones y marcas del aborto en sus cuerpos.

Las representaciones gráficas permiten acceder a sus experiencias vitales por una vía no verbal acercando la noción corporeidad como una manera de entender los fenómenos culturales. Sin embargo, es preciso considerar que las nociones hegemónicas del cuerpo estarán presentes en cualquiera de los lenguajes en que se exprese: ya sea verbal o gráfico.

¹⁵⁵ Ceres Victora (1995) utilizó representaciones gráficas en su trabajo con mujeres embarazadas de un barrio popular de Porto Alegre; si bien su análisis siguió otras técnicas, puede considerarse un antecedente.

Para el análisis de las representaciones gráficas del cuerpo realizadas por las mujeres, he recurrido a la noción de “imagen del cuerpo” de Paul Schilder (1989), siguiendo los análisis de Elina Matoso (2003) y de Emily Martin (1987). Esta es la representación de una vivencia integradora de aspectos relacionales del cuerpo, aspectos psicológicos y neurológicos. Señala Schilder que la expresión “imagen corporal” hace referencia no a una mera sensación o percepción, sino a una apariencia propia del cuerpo, que incluye sensaciones y percepciones de sentimientos e imágenes mentales. Incluye la relación entre nuestro cuerpo y aquello que lo circunda, proximidades espaciales y afectivas. Es decir que a los datos provenientes de las vísceras y músculos, las partes internas del cuerpo, le agrega las percepciones de éstas en cuanto a la relación con aquello que nos rodea. La imagen es un puente entre lo orgánico y lo social; más aún es el anclaje de lo subjetivo en la corporeidad (Matoso, 2003), lo que hace que se trate de ‘mi’ cuerpo y no un cuerpo cualquiera, y ‘mi’ cuerpo en el momento vital que estoy viviendo. Enfatiza Schilder que “los procesos emocionales son la fuerza y fuente de energía de esos procesos constructivos [las imágenes del cuerpo], a los cuales guían” (Schilder, 1989:63).

La experiencia de un embarazo o de un aborto implica una reubicación de este episodio en la imagen corporal, a su vez que ésta sufre modificaciones resultado de las sensaciones relacionadas (alivio, sufrimiento, angustia, etc.).

En estas representaciones gráficas pretendo encontrar “aquello del ‘adentro’ incapturable” (Matoso, 2003:59) que las palabras no logran expresar, porque tal vez, las mismas mujeres no lo sepan conscientemente. La corporeidad es la condición existencial en la cual el cuerpo es la fuente subjetiva o la base de experiencias intersubjetivas (Csordas 1999). En tal sentido las presentaciones gráficas no estarían ‘representando’ en sentido estricto, sino mostrando la manera de estar/ser-en-el-mundo.

Supuse que al graficar el propio cuerpo, permitiría que las mujeres plasmasen parte de sus vivencias emocionales. La separación entre los

aspectos intelectuales y emocionales de un mismo proceso “no está en la ‘naturaleza humana’, sino en la cultura” (Jimeno, 2004:233). Al poner en palabras su “situación de aborto” en las entrevistas que mantuvimos, no siempre las mujeres incluyen toda su emocionalidad. El entorno cultural en que nos movíamos medicalizaba su proceso.

La solicitud de realizar un dibujo de su propio cuerpo formaba parte del cuestionario que les aplicaba en la sala de espera del CHPR, como primera etapa de una entrevista. Los días en que quedaba un consultorio libre, invitaba a las mujeres a pasar y allí hacíamos el cuestionario-entrevista de manera más privada y relajada. El cuestionario tenía el doble propósito de proporcionar información y actuar como puerta de entrada. Algunas mujeres no quisieron hacer el dibujo, en total obtuve 18 dibujos durante el trabajo de campo del verano del 2006. En todos los casos les solicité que dibujaran ‘su propio cuerpo desde adentro, la parte de adentro del cuerpo’. Las informantes se dividen en dos grupos: aquellas que asisten para obtener información para abortar, y las que ya han abortado. Las representaciones gráficas mostraban otros agrupamientos: aquellas que manifestaban o experimentaban una incomodidad/desagrado por su situación; aquellas que mostraban un mayor alejamiento hacia su propio cuerpo, algo que podría asimilarse a cierta enajenación. Entre los elementos más llamativos de las representaciones gráficas es la ausencia generalizada de las extremidades (pies y manos), llegando en algunos casos a dibujar solo el tronco. Esto podría explicarse por la consigna, al solicitárseles que dibujaran el cuerpo ‘desde adentro’ es posible que entendieran que incluía solo los órganos contenidos en el tronco. Esta noción se asocia a la cadena metonímica propia de los discursos médicos persona-cuerpo-órgano. Para algunas de estas mujeres, el cuerpo ‘de adentro’ es sinónimo de órganos, excluyendo huesos, músculos, sistema sanguíneo.

El segundo elemento llamativo es que en todos los dibujos, excepto uno, aparece dibujado con mayor o menor precisión el aparato reproductivo femenino, siendo menos generalizada la presencia de los otros órganos:

corazón, pulmones, intestinos, así como la columna vertebral; presentando en la amplia mayoría de los casos, una tendencia a un dibujo más detallado del aparato reproductivo.

La percepción del cuerpo obedece a sensaciones construidas respecto a la experiencia práctica. La representación elaborada por la informante responde a esa percepción. Existe una relación entre la representación del cuerpo y su sistema cognitivo. La mayoría de las mujeres entrevistadas en esta ocasión eran de sectores populares, con baja escolaridad, la mayoría de ellas jóvenes o muy jóvenes.

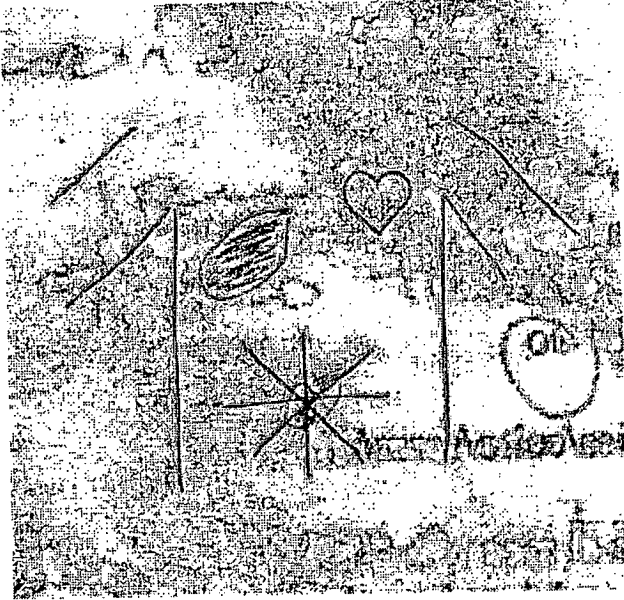
“El cuerpo pasa a la categoría de lo que sobra, afirma Elina Matoso, lo que molesta, lo que se deforma, envejece, lo que hay que ocultar. Lo opaco. Sólo si tiene sida, o cáncer o un infarto, se vuelve cuerpo” (Matoso, 2003:17). La mayoría de las representaciones gráficas muestran un cuerpo existente a partir de la situación de aborto, asimilamos analíticamente la situación de aborto a un cáncer, un infarto, tener sida, en tanto preocupación alojada en el cuerpo.

Como primer elemento entonces, aparece la experiencia del aborto marcando la corporeidad, el estar-en-el-mundo, de la mayoría de las entrevistadas.

A continuación presentaré algunas representaciones gráficas.

La primera fue elaborada por Jennifer (17 años), mujer adolescente embarazada por primera vez. Ese día dijo llevar colocadas aproximadamente 20 pastillas de misoprotol, sin embargo aún no había abortado. Eso la tenía muy preocupada y nerviosa, el tiempo pasaba y temía no poder llevar a cabo su aborto. Ese fue el día que la conocí, luego seguimos viéndonos y conversando hasta que terminó su proceso de aborto. Su madre la acompañaba ese día. Después de responder las preguntas, cuando le propuse que hiciera el dibujo, manifestó que no le gustaba la idea y se negó. Luego, incentivada por su madre, lo hizo.

Comenzó dibujando el corazón, “*un corazón precioso*”, dijo al dibujarlo. Luego, señalando la zona del útero, dijo “*acá hay algo que no quiero que haya*”, haciendo la mímica de hacer una tachadura. La madre asintió, y ella trazó las tres líneas cruzadas, luego el ‘óvalo’. Agregó seguidamente el pulmón (“*negro porque fumo*”), finalmente el contorno.



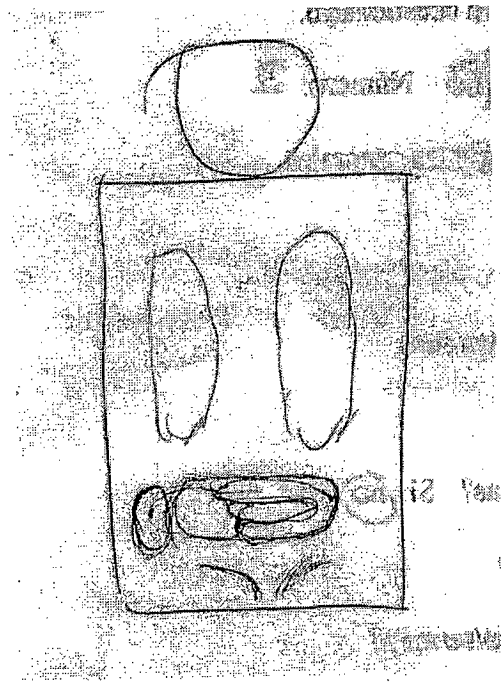
Tuve oportunidad de entrevistarla varias veces y acompañarla en su periplo por el hospital. La madre la acompañaba habitualmente. Nunca manifestó tener la más mínima duda sobre su decisión de abortar, estar embarazada la perturbaba. Repetía “*me lo quiero sacar*”. En el plano discursivo *zef* nunca fue nombrado de otra manera que no fuese como ‘cosa’; fue representado como ‘cosa molesta’ en el dibujo. Agregando la representación gráfica a las conversaciones mantenidas con ella, siempre parece haber tenido una sensación de exterioridad hacia *zef*. En ella cabría nociones de ‘cuerpo extraño’, de ‘invasión’ respecto al producto de la concepción, incluso aplicar la denominación feto “*tumorizado*” (Boltanski, 2004).

Desde la perspectiva gestáltica de Schilder (1989), la distorsión en las imágenes del cuerpo se relacionan a procesos neuróticos, no obstante esto

constituye parte de la vida cotidiana de las personas. La imagen presentada por Jennifer parece contener cierta 'esencialidad' -de acuerdo a los modelos sociales predominantes- femenina. Primero dibuja un corazón que se corresponde exactamente a la figura del corazón que ama, muy asociado a lo femenino, las emociones, los afectos. Luego tacha algo que aún no existe en su dibujo al tiempo que dice que "*acá hay algo que no quiero que haya*".

Si con Schilder considero que la representación del cuerpo es un producto de indicadores de la percepción, Jennifer se muestra percibiéndose alojando algo indeseable y perturbador que se opone a algo que la hace sentir bien ("el corazón precioso"). Su cuerpo no solo es fragmentado, sino muy incompleto, sin extremidades, sin cabeza: solo "*un corazón precioso*" y "*lo que no quiero que haya*". Podría presentarse como hipótesis de trabajo que la situación de aborto tensiona al máximo la oposición vida/muerte; amor/odio.

La próxima representación gráfica corresponde a una mujer que concurría a la consulta "pre-aborto", en la cual obtendría información que le permitiría interrumpir su embarazo. Tenía una hija de 4 años de una pareja anterior, al momento de la entrevista tenía un compañero estable con el cual no convivía. Tenía un empleo formal de 10 horas diarias. En la entrevista realizada inmediatamente después de la realización del dibujo, mencionó que no podía seguir adelante con el embarazo porque no tenía condiciones para criar otro hijo. Estaba sola a cargo de su hija. Su pareja la acompañó al hospital, sin embargo no parecía dispuesto a encarar una paternidad. Este sería un embarazo inconveniente, pero no vivido como embarazo no viable. Claramente la decisión se aproxima al extremo de la heteronomía según lo trabajado anteriormente.



La representación de *zef* adquiere características de bebé, ocupa un lugar central en su cuerpo. Solo le agrega nítidamente los pulmones y un esbozo de ovarios. El *zef*-bebé y el esbozo de ovarios están remarcados, pasó varias veces el lápiz. Resalta también la nitidez del tronco rectangular y la cabeza. Contrariamente al dibujo de Jennifer, el producto de la concepción ocupa una centralidad nominada. En el plano discursivo, la mujer habló de “eso”, “*me lo tengo que sacar*”; pero en la representación gráfica le dio la entidad de bebé. No sería sorprendente que la mujer haya seguido adelante con su embarazo, no la encontré nuevamente en el hospital. Es la única representación gráfica donde aparece el producto de la concepción, que en este caso la subjetividad de la mujer significa como un bebé.

En ambas representaciones gráficas, aparentemente por razones opuestas, el cuerpo adquiere presencia por ‘lo molesto’, porque algo en él está incomodando, inquietando. En el primer caso, el estar-en-el-mundo de la mujer parece ser un estar portando un malestar, mientras que en el segundo parece que la mujer está convertida en el contenedor de otra cosa

(un bebé) que le genera sentimientos ambiguos. En los dos, su estar-en-el-mundo está definido por la situación de embarazo.

La próxima representación gráfica la realizó una mujer de 22 años, con 3 meses de gestación. Católica, con un hijo de año y medio, con pareja estable conviviente, con quien en ocasiones mantiene relaciones sexuales para complacerlo. Ha cursado solo primaria. Supo por la televisión del servicio de Asesoramiento pre y post aborto. Solo su marido sabía del embarazo y aborto. Declaró no haberlo comentado con nadie por temor, pero no logró explicar temor a que. Manifestó no sentirse mal por haber tomado la decisión de abortar. No quería *“traer otro hijo al mundo”*. Tampoco manifestó perturbación alguna asociada al hecho de haber decidido abortar y manifestar ser católica.



Estaba sangrando cuando realizó el dibujo, ya había tenido el aborto, pero continuaba el sangrado. Cosa que me dijo después de haberlo dibujado. Solo trazó el corazón (¿con sangre circulando o un corazón desangrándose?) y el sangrado. Sólo dos elementos para definir su estar-en-el-mundo. Una

circunstancia/situación que la tomaba por entero. No había tenido abortos previos. Sin entrar en la búsqueda de interpretaciones psicológicas de la subjetividad de la mujer, con claridad se observa la centralidad del aborto en vivencia/experiencia de su cuerpo/corporeidad. En ese momento su aborto parece estar definiendo su existencia. Su corporeidad revela su estar abortando. Su cuerpo representado gráficamente solo existe en tanto que cuerpo que aborta, solo es sangre. No existe separación entre su interior y su exterior. El sangrado toma todo, el adentro y el afuera, sin límites. El *zef* estaba dentro y ya no está desde una mirada biomédica, desde su corporeidad solo hay sangre y no hay separaciones.

Por otra parte podría plantearse un paralelismo entre este sangrado correspondiente a un aborto (es decir a un hijo que no será, que no puede ser) y la sangre menstrual (que manifiesta la posibilidad de engendrar). Ondina Fachel Leal (1995: 63) señala como dato recurrente en sus investigaciones que las mujeres de sectores populares tienden a superponer o vincular su período fértil con el período menstrual, siendo la sangre menstrual representada como vehículo y como constitutivo del bebé.



En esta representación gráfica se observa con claridad el corazón, la columna vertebral; luego algo que podrían ser intestinos. Los ovarios y el útero están dibujados con bastante detalle. La mujer que realizó este dibujo tuvo su aborto una semana atrás, estaba en el hospital para asegurarse que todo estuviera bien, que no hubieran quedado restos. No hay *zef*, no hay sangre, hay un cuerpo recomponiéndose, pero lo que está dibujado con más precisión son sus órganos reproductivos.

Es muy interesante que en dos de estas cuatro representaciones gráficas, las mujeres expresaran mediante el dibujo algo que no habían expresado oralmente. En un caso, llamar "bebé" a *zef*, en el otro mencionar que estaba aún con el sangrado del aborto.

Aquello que las mujeres -los individuos en general- conservan de sus experiencias particulares se inscribe en sus cuerpos, y se traslada a la imagen que de ellos hacen. Estos cuerpos se alejan de la visión mecanicista propia de los abordajes biomédicos. Algunos elementos comunes a todas las presentaciones gráficas:

- Todas las mujeres con mayor o menor detalle dibujaron sus órganos reproductivos. No hubo ninguna grafía correspondiente a órganos que pudiesen identificarse más con lo sexual-erótico, clítoris, vulva. No aparecen los senos.

- Poco tienen que ver con lo que se encuentra al disecar un cadáver. Muestran la pluralidad de “cuerpos” detrás de una aparente misma materialidad. Las mujeres hicieron sus representaciones gráficas a partir de las percepciones provenientes del interior de sus cuerpos y de sus experiencias emocionales y físicas. Los trazos dan cuenta de su presente y de sus vivencias. Muestran asimismo, una manera de definirse a sí mismas. Son reveladores de formas alternativas de expresar la situación que están viviendo en ese momento, la experiencia vital de su aborto o de su embarazo no esperado, define un estar-en-el-mundo.

Danielle Ardaillon (1998) nos trae la idea del “cuerpo del aborto” en contraste con el “cuerpo que aborta”. Siguiendo la fenomenología de Merleau-Ponty, mi cuerpo está en medio de las cosas, él mismo es una cosa, está aprisionado en el tejido del mundo y su cohesión es la de una cosa.

8.1.4 El conocimiento práctico del cuerpo

Las mujeres tienen también un conocimiento práctico de su propio cuerpo. No todas dejan en agentes externos el conocimiento de su cuerpo. Así como una representación gráfica mostraba el aparato reproductivo de una mujer en consulta post-aborto, denotando un conocimiento afianzado de aquello que fue perturbado por un embarazo; las mujeres conocen el interior de sus cuerpos, sus órganos, porque los sienten y elaboran ideas a partir de alguna figura vista en algún momento sus vidas.

Cristina es una de esas mujeres que descubren el interior de su cuerpo desde la percepción que tienen de él, y hace un uso pragmático de esos

conocimientos-intuiciones de su cuerpo. Vive en un asentamiento, tiene primaria incompleta.

- ¿Cómo te hiciste los abortos?.

..con onda 18¹⁵⁶.

- ¿Qué es onda 18?

Las ondas son las que usan para los enválidos...(...) o para cuando uno está enfermo y no puede ir al baño a orinar y te ponen l' hospital (...).se llama onda 18 por el tamaño, porque hay tamaño 18, 20, 30 [se ríe]

- ¿Cómo conseguiste la sonda?

Mi hermano era enválido; (...) como la farmacia 'taba acostumbrada a que nosotros íbamos con la receta porque él es enválido, un día en vez de comprar una compré dos: la otra era pa' mi [se ríe]

- ¿Cómo fueron los abortos? -

Me dio trabajo porque... yo no sabía, entonces (...) no llegué a lastimar...ninguna de las tres veces. ¡Si será grande Dios! Porque si fuera otra persona me... si por decirlo así me hubiera pasado algo... pero no.

- ¿Cómo se aborta con sonda y aguja de tejer?

Sorbe todo; absorber en el sentido que yo después que mm.. /encontré el lugar, que estuve como dos horas y pico tratando de hacerlo, porque no podía, queda fijo adentro; entonces absorber quiere decir que absorbe todo...

- ¿Cuándo sacás la aguja?

¡Ahí está!, queda eso adentro... entonces es cuando chupa; va chupando y cuando va chupando va largando todo....larga sangre... pero largué una bolsita que era esto [hace un círculo con el pulgar y el índice] que no tenía forma a nada, venía a ser... perdón con la expresión, un gargajo. Por decirlo así, era un gargajo.” (Cristina, nivel socioeconómico bajo)

Cristina sabe que el aborto usando “onda 18” es algo que puede “tenerlo igual” sin gastar dinero (que además no posee). Lo sabe porque los “tuvo”. También sabe que corrió riesgos su salud (“¡si será grande Dios!”). Con sonda 18 sufrió dolor, y lo recuerda.

¹⁵⁶ Transcribo las palabras tan fielmente como me es posible a su forma de hablar. Se refiere a la sonda.

Este testimonio muestra las maneras en que una persona puede adquirir un conocimiento pragmático, no solo de su cuerpo, Cristina aplicó el principio del AMEU sin tener idea de su existencia.

Transcribí ese fragmento por ser el más elocuente, pero las mujeres de las más diversas formas daban cuenta del conocimiento 'pragmático-intuitivo' que tenían de su propio cuerpo. Relatos donde mencionaban que 'con un atraso' de pocos días 'sentían' que estaban embarazadas no eran infrecuentes.

De allí en algunos casos, las molestias con los ginecolog@s que no consideraban como fuente de información válida lo que las mujeres decían de su propio cuerpo y de su propio embarazo, apelando a la tecnología médica para obtener la información.

8.2 El 'cuerpo' de las mujeres para los ginecólogos

El *habitus* médico coloca a las mujeres en el lugar de objetos¹⁵⁷, son discutidas en cuanto 'casos', tomadas como ejemplo para un aprendizaje. Un número las identifica. En los ateneos, no las escuchan, aunque sí las interrogan para verificar la existencia de la sintomatología, solo las miran, revisan, diagnostican. La mujer generalmente se siente intimidada para hablar en esa situación. La mujer (¿la persona? ¿el cuerpo? ¿el organismo?) es el objeto sobre el cual los sujetos (ginecolog@s) discuten, analizan, toman decisiones. Su posición más que de pasividad es de desemponderamiento.

“Operé todo lo que quise. Mujeres de todos los colores. Y se opera, aparte, allá se opera, no es que se derive. No es tercer nivel, pero se hacen todas las abdominales” (Dra. Andrea hablando de su experiencia en una ciudad del interior del país)

¹⁵⁷ Si bien esto no es generalizable de la manera radical en que lo presento porque existen otras propuestas desde la misma medicina para abordar la relación con las mujeres que acuden a la consulta, continúa representando el *habitus* médico.

Para los ginecolog@s en formación y entre los novatos operar -no importa a quien, sino qué- es muy procurado, su status y prestigio se juega en el block quirúrgico. Ginecología es una especialización quirúrgica, se distingue de las especializaciones clínicas. “*Hice una histerectomía vaginal!*”; “*Tuve un problema de sangrado después de operar un prolapso de cúpula vaginal!*”; “*Se puede hacer una histerectomía laparoscópica, parece que da mejores resultados!*”; “*Con una sepsis aguda hay que hacer una histerectomía!*”, son frases que se oyen en las conversaciones entre ellos. Durante el trabajo de campo oí infinidad de veces, “*tengo un legrado!*”; “*tengo que ir a ver un útero perforado!*”. En el lenguaje utilizado en las conversaciones entre ellos rara vez aparece la mención a la mujer en tanto sujeto sobre el cual/con el cual están tratando. El cuerpo de la persona se restringe a la parte del cuerpo que reviste interés para el profesional, la persona se diluye. La biomedicina se ha servido de una noción de cuerpo originada en el pensamiento griego (Hipócrates, Galeno), pero es la Modernidad la que da forma a su actual conceptualización. El cuerpo moderno, heredero del Renacimiento y del pensamiento cartesiano, con el primero deja definitivamente de ser una obra divina, abriéndose las puertas a la disección de cadáveres. Con los anatomistas, especialmente Vesalio, nace la diferenciación entre el ser humano y su cuerpo en la episteme occidental¹⁵⁸. Con Descartes, el cuerpo se escinde definitivamente de la mente, en una concepción que le permite decir al individuo ‘mi cuerpo’, dándole un status inferior. Leibniz introduce la noción de fuerza vital, la que marca una diferencia entre la materialidad meramente física y aquella que contiene vitalidad. Con Leibniz no es posible la regularidad ni la predecibilidad en términos mecánicos.

¹⁵⁸ Vale recordar, que ya entre los griegos el término *soma*, que se traduce por cuerpo, designa originariamente al cadáver, es decir lo que resulta de un individuo abandonado de todo lo que encarnaba la ‘vida’ y la dinámica corporal. Es una figura inerte, un objeto. (Vernant, 1991)

A partir de esta línea teórica, la vida¹⁵⁹ se torna un objeto científico (fisiología como ciencia del organismo en el siglo XIX; medicina científica a partir de la medicina experimental por medio de la fisiología). La medicina se desarrolla en concordancia con la propuesta epistemológica de 'vida como objeto de conocimiento científico', separado del espíritu y de la naturaleza inanimada. La biología se instaure como ciencia de la vida, la medicina científica como su derivación mayor; sin embargo, la biología a su vez, se nutre de la importancia de la medicina para su propia cristalización. (Birman, 2005)

Cuando los ginecólog@s se refieren a los cuerpos de las mujeres, esos cuerpos sobre los que intervienen, lo hacen como si 'cuerpo' -a pesar de su definición difusa- fuese una categoría neutra, ajena a las construcciones socioculturales. Se lo caracteriza objetivo y exacto; sobre el cual la medicina, mediante la aplicación del método científico logra develar sus secretos. Sin embargo, el cuerpo -ese 'cuerpo neutro'- es un cuerpo generizadamente sexuado, es decir que el género actúa en la construcción de la sexuación del cuerpo. En tanto el género permea la sociedad toda, los contenidos ideológicos tradicionales de género moldean también el conocimiento científico. Para el positivismo -y la medicina se ubica en esta tradición-, el lenguaje de la ciencia representa literalmente la realidad de la naturaleza, sin embargo, en realidad está impregnado de metáforas, comparaciones y analogías¹⁶⁰. El análisis de las sucesivas nociones científicas sobre el cuerpo sexuado permite rastrear los modelos de género predominantes en la sociedad en un momento dado (Laqueur, 1990; Weitz, 2003; Le Breton, 1995; Rodhen, 2001).

¹⁵⁹ En el capítulo 4 mostré la centralidad la 'vida', difusamente conceptualizada, en los discursos de los partidarios de mantener penalizado el aborto. En el próximo capítulo volveré sobre este punto por la centralidad que ocupa en la política del cuerpo y la reproducción.

¹⁶⁰ El físico belga G. Fourez plantea el uso de la metáfora como condición de la observación ya que se comienza a observar a partir de lo que se tiene en mente. En un momento la metáfora se convierte en concepto científico, olvidando su origen (ej., célula, se comparaba lo observado en el telescopio con las celdas de los monjes).

Al ser descubierto, en 1559 el *amor Veneris dulcedo appellatur*, el clítoris femenino era descrito como pene miniaturizado, capaz solo de una corta eyaculación (Laqueur, 1990; 1991; Del Priore, 1999). Incluso en el siglo XVII la medicina planteaba la existencia de un solo sexo, siendo las mujeres una subespecialización. (Freire Costa, 1998). Hacia 1800 se buscaba encontrar las diferencias entre varones y mujeres en el terreno biológico expresándose en el dimorfismo sexual. El desarrollo de la perspectiva de los dos sexos, resalta Laqueur (1990), se debió más a la política de género, continuada en el orden jerárquico de los cuerpos ("el útero naturalmente dispone a las mujeres a la domesticidad") que a un paralelismo entre el pene y el clítoris. Como las diferencias de género se basaban en la biología, ésta justificaba las asimetrías en todas sus manifestaciones. Emily Martin (2007) da cuenta de los estereotipos femeninos escondidos en el lenguaje científico de la biología mediante el análisis del tratamiento que los textos de biología dan al huevo y a la ovulación, y al *esperma*. La diferencia no está tanto en el sexo, sino en la capacidad de fecundidad, y por ello la dominación masculina se funda en el control de la reproducción (Héritier, 1991:295-296). En tanto el valor de las mujeres devenía/deviene de su aparato reproductivo, el disciplinamiento de sus cuerpos se volvió central para mantener el control sobre la reproducción, y en esto la medicina ha sido uno de los principales custodios.

"Nosotros manejamos una reunión semanal que se llama "reunión perinatal" en la cual se discuten casos de niños con defectos, o casos de embarazos con riesgo de defectos. Sobre todo con niños con defectos [se refería siempre a zef]...una consulta muy frecuente que recibimos es de psiquiatras de embarazadas que han recibido gran cantidad de psicofármacos (...). La mayoría de las veces aunque le hayan dado toneladas de psicofármacos, el feto lo tolera lo más bien y no hacen efectos. O sea que el 97% de los fetos expuestos a grandes cantidades de psicofármacos no les pasa nada. Entonces, si le encontramos algún defecto, ahí veremos, si es importante, pero por probabilidad no, porque la probabilidad es bajísima. Entonces eso es muy interesante porque vienen especialistas de distintas disciplinas y se toman decisiones en función de eso." (Dr. Fermín, CHPR, noviembre 2006)

La centralidad *zef* sobre la mujer es total, aún en casos como el señalado, donde la mujer presenta características que la obligan a consumir psicofármacos. Esto podría llevar a la consideración que tal vez no estuviese en un momento adecuado para tener un hijo. En los discursos de los ginecólog@s se repite la noción que el proceso de la reproducción está por encima de la mujer *qua* persona, a lo cual hay que agregar la centralidad de lo biomédico sobre cualquier otra consideración. Esto fue muy evidente en un caso relevado en el 2005 durante el trabajo de campo.

Cartel pegado en la pared del cuarto médico

'Paciente 77/05

Poliquistosis hepato-renal infantil.

4 gestas, 3 partos vaginales, 1 aborto espontáneo

Eco: 30 semanas, 9.12.05

Conducta a seguir: Consejo genético dictaminó "no interrumpir el embarazo"

17.12.05

Se aconseja a la pareja continuar con embarazo hasta el parto espontáneo dado lo avanzado del mismo. Patología fetal: incompatible con la vida extrauterina.

Firma del ginecólog@ responsable

Se trataba de una mujer que había tenido tres hijos, dos de ellos padecían del mismo mal que el feto, por lo que murieron inmediatamente después del alumbramiento. Los ginecólog@s argumentaban que era preferible esperar al parto vaginal en lugar de practicar un aborto/cesárea porque era lo menos dañino para el organismo de la mujer.

No había riesgo de vida para nadie, el feto era incompatible con la vida extrauterina, de modo que moriría al nacer; la mujer iba a mantener en buen estado su aparato reproductivo después de un parto vaginal, pronto para un nuevo embarazo. Este episodio acerca la sugerencia de Emily Martin (1987) que el cuerpo de la mujer es visto como una 'máquina reproductiva'. Se trataba de una mujer de escasos recursos.

Algo similar sucedió con una mujer de capas medias. Laura, de 23 años, tenía un embarazo planificado y deseado, la ecografía estructural mostró que el feto tenía el síndrome de ‘Dandy Walker’¹⁶¹. Se atendía en una IAMC. Una vez enterados del diagnóstico, ella y su marido solicitaron la interrupción del embarazo a través del médico tratante; la dirección de la IAMC dilataba la respuesta. Llevaron adelante un largo recorrido burocrático buscando solucionar el problema por otras vías. No lo lograron, transcurría el tiempo. Realizarse un aborto clandestino presentaba riesgos por lo avanzado de la edad gestacional. Con el apoyo de una médica amiga, Laura se realizó un ‘aborto’ clandestino, utilizando misoprostol. En realidad no fue un aborto, sino un parto¹⁶². Cuando ya estaba en avanzado trabajo de parto, va a la emergencia de su IAMC, donde termina el proceso.

“..llegamos a las 4 de la mañana, el médico de puerta.. no dejó primero que explicáramos las causas. ‘No, no, subíte que te voy a revisar; sí subíte que te voy a revisar’. Y la médica [amiga que estaba ayudando en el ‘aborto’] intenta explicar, contarle como actuó, y él ‘No, no, no usted afuera que la vamos a revisar’. Bueno, me revisa, yo estaba horrible del dolor y con una angustia tremenda! Tá, le comento un poco la situación y ahí le pido que entre mi vieja. Entonces ella le comenta un poco más, y el médico, un tanto malhumorado dice ‘Ah!, bueno, sí, subíla a piso’. Así, pero todo como una cosa sin explicación (...) Subo a piso y quedo ahí (...) Varios médicos entran y salen, y uno nos dice que bueno, que hay que esperar, ‘tenés que aguantar’ y tá. Y al rato entra otro y me dice que no se autorizó [el aborto] y ahí, yo sigo con mis contracciones, sigo internada. (...) Me dejan en una habitación (...) me entra como un estado de histeria, y tá... y ahí fue el parto (...)” (Laura, 23 años al momento de este episodio, nivel socioeconómico medio)¹⁶³

¹⁶¹ El SDW es una malformación congénita poco frecuente, resulta de un trastorno en el desarrollo del cerebro durante el primer trimestre del embarazo; se caracteriza por la existencia de una triada: IV ventrículo quístico, una fosa posterior agrandada y la presencia de una aplasia o hipoplasia cerebelosa. También se menciona la hidrocefalia como parte del cuadro. Hay variantes del SDW; en el caso referido, todos los profesionales que la pareja consultó señalaron la imposibilidad de vida extrauterina, como mucho podría llegar a vivir un par de días.

¹⁶² Dada la edad gestacional.

¹⁶³ Entrevista realizada en el marco de otra investigación “Barreras de las mujeres para el derecho a decidir” en la que participé, realizada en RUDA-IPPF (ver Sanseviero, 2007)

La comunicación de la no autorización de un aborto a una mujer en trabajo de parto provocado, en un embarazo de unas 18-20 semanas, resulta por lo menos llamativo. ¿A quién estaban cuidando los médicos tratantes y la dirección de la IAMC? ¿Un feto con SDW? ¿mantener un útero apto para un próximo embarazo? ¿Una mujer angustiada? Desde la mirada de los ginecólog@s el cuerpo estaba escindido de las emociones. También le era enajenado a la mujer. Puede observarse la cadena metonímica persona-cuerpo-órgano en acción. La imprecisión del concepto 'cuerpo' lo coloca en un lugar ambiguo, tanto puede tratarse de una persona como de un órgano.

En la práctica médica, el cuerpo tratado, intervenido, no es un agente, ni siquiera puede decirse que 'pertenece' a una persona. Es un algo indefinido sobre lo cual el ginecólog@ tiene autoridad legítima para decidir qué hacer. Un ginecólog@ me comentó sobre un colega que frente a una mujer con un inminente aborto, le dio progesterona para frenarlo. La mujer 'logra' abortar, y dice *"me agarró la doctora tarada, yo queriendo abortar y ella me daba inyecciones para retenerlo"*.

Emily Martin enfatiza en la idea de fragmentación del cuerpo de las mujeres, donde las imágenes provenientes de la medicina yuxtaponen dos figuras: el útero como máquina que produce bebés -y por lo tanto merecedor de atenciones especiales por parte de la medicina-, y la mujer como el continente que habilita la producción de bebés -y en tanto tal debe cuidársela. Sobrevuela la imagen de un útero-máquina que produce niños (Martin, 1987:63).

Un fragmento del diario de campo muestra la percepción de una interna (estudiante de medicina haciendo su práctica) respecto a una paciente.

"Lucía estaba tratando en Emergencia a la mujer que iban a legar. Le pregunté sobre esa paciente. Su respuesta fue el relato de la historia clínica, la cual me mostró. Le pregunté luego si sabía si la mujer tenía pareja, y si tenía algún acompañante. Me respondió que tenía un acompañante que era un familiar.. Fuimos a donde estaba la paciente, y allí le preguntó si tenía pareja, con

tono impersonal y como quien está interesado solo en el dato para llenar un formulario. Dijo que tenía pareja y que vivía con la pareja en la casa de la tía, la tía era la acompañante y su compañero estaba por ahí afuera.

Lucía me dijo que estaba asombrada que la mujer tenía muchos dolores, suponía que era porque el aborto estaba en curso. Pasó un buen rato.

Salí y luego volví a entrar a la sala de Emergencia. Entonces le pregunté cómo seguía la paciente respecto al aborto (me interesaba saber si la mujer sentía ese aborto como un alivio o como un dolor)

'Ahora está bien' me respondió, y acotó 'porque el aborto está concluido, está esperando el legrado'''. (Diario de campo, Emergencia, enero 2006)

El fragmento transcrito da cuenta de la reducción de la persona al cuerpo doliente, y a los órganos. Ante mi pregunta por la mujer, responde leyendo la historia clínica. No hay nada en el comportamiento de Lucía que permite pensar que ella se siente frente a otra persona. Es un caso, le hizo las preguntas necesarias solicitadas en el protocolo de atención. Lucía infiere que la paciente está bien porque concluyó el aborto. Estar bien es sinónimo de no manifestar padecimientos. No tiene idea si se siente culpable, aliviada, triste o angustiada. Ni siquiera sabe si fue un aborto espontáneo o provocado.

En los episodios mencionados y en muchos otros observados, se advierte el disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres a través de su medicalización. Con el término medicalización, las ciencias sociales acostumbran a referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en distintas áreas de la vida social; supone concebir las relaciones sociales del y con el cuerpo en base a los fundamentos de la medicina (Menéndez, 1984).

La actual medicalización del cuerpo de las mujeres resulta en buena medida de dos movimientos previos, uno el de metonimizar el útero como mujer, y otro el de colocar el cuerpo de la mujer en un espacio político. En

el siglo XIX se suponía que las mujeres eran controladas en cuerpo, mente y alma por los ovarios y el poder mayúsculo del útero. La tendencia de la medicina victoriana fue tratar toda enfermedad de las mujeres como resultado de desórdenes del aparato reproductivo (Martin, 1987; Laqueur, 1990; Stormer, 2000). Este 'paradigma' colocaba a los médicos del siglo XIX en un lugar de privilegio ya que como lo sintetiza uno de ellos, Alfred Meadows, es imposible exagerar los riesgos de las enfermedades de los ovarios porque "el valor de los ovarios, fisiológica y patológicamente, es conmensurable con la existencia misma de la raza humana" (Meadows, 1873 citado por Stormer, 2000:118). Esta afirmación permite apreciar la relación entre el cuerpo de la mujer -reducido a su aparato reproductivo- con el espacio político. La 'matriz' femenina se vuelve la matriz de toda la sociedad. Esta asociación implica la noción de 'mujer como continente', o mujer como instrumento reproductivo. Emily Martin es muy aguda al sostener que las mujeres cuando están criando hijos son visualizadas como "la materia prima de donde se extrae el producto" (Martin, 1987:19). Se asocia la visión mujer-cuerpo-aparato reproductivo a una máquina de reproducción de la especie humana, donde las mujeres no solo son responsables de la procreación de su familia, sino también de su clase, su raza y su país. Algo de ese tenor no podía quedar en manos de las mujeres. La reproducción era, pues, un asunto reconocidamente público, siendo el *locus* de la reproducción el cuerpo generizadamente sexuado de las mujeres.

Estos devenires colocan el aparato reproductivo de las mujeres en un lugar de particular atención, que dispara el proceso de medicalización del cuerpo femenino a mediados del siglo XIX; proceso que va acompañado de la medicalización del conjunto de la sociedad. Hasta ese momento el diagnóstico de embarazo se basaba en información proporcionada por las mujeres en base a preguntas formuladas por el médico, siendo muy limitado el examen físico. Esto cambia y se introduce un procedimiento gradualmente codificado para hacer tactos vaginales, y para aplicar el espéculo, cuyo uso se generaliza hacia fines del siglo XIX. La paciente dejó de ser una persona para pasar a ser un objeto sobre el que recae la práctica médica, y así se continúa hasta el

presente en los exámenes ginecológicos. “[E]l examen directo era un ritual coreografiado para crear la posición óptima para que el cuerpo de la paciente pudiera transfigurarse en un mapa corporal a través de los sentidos del tacto y de la vista” (Stormer, 2000:121). Estas prácticas hacen del interior del cuerpo de la mujer un ‘objeto’ público; mientras que los chalecos-bata que se colocan por encima, preservan la privacidad del cuerpo exterior. En los últimos años, se ha agregado el ultrasonido para comprobar la existencia del embarazo, lo cual aumenta el aspecto público del interior del cuerpo de la mujer.

La mujer no es un sujeto calificado para hablar sobre sus dolencias o sensaciones que experimenta en su cuerpo embarazado, sino que a esto se llega a través de la tecnología médica, considerando que solo los análisis paraclínicos y lo proveniente de imagenología pueden dar cuenta del estado de la mujer. Su cuerpo exige atención especial, en tanto matriz reproductiva; no es la mujer *per se*, sino su capacidad reproductiva la que amerita atención médica.

Es bastante generalizado que los ginecólog@s escindan cuerpo de persona, especialmente los que están solo en hospital. En el caso de los que eligen dedicarse a la atención primaria, es decir, hacer policlínica y olvidarse del status que les proporciona la práctica quirúrgica, la situación es diferente. La mujer que acude al consultorio es primero una persona, y por lo general no pierde su integralidad en los procesos de atención médica, incluyendo cuando se trata de un aborto voluntario.

8.3 El cuerpo de zef

Danielle Ardaillon (1998c) hacía referencia al cuerpo del aborto. Este puede ser tanto el de la mujer -cuerpo donde se lleva a cabo el aborto-, como el *zef*, el producto abortado. En torno a la discusión del *carácter moral* de esos cuerpos se desarrolla buena parte de la discusión entre los pro-vida y los

pro-derecho. Por carácter moral me refiero primero, si a la mujer se le adjudica el status de sujeto moral (capaz de tomar sus propias decisiones), un agente en términos de Amartya Sen (1995); y si a *zef* se lo considera persona (¿sujeto moral?). En el capítulo correspondiente al análisis de los discursos ya se trató el tema de la vida, sin definición precisa y que en algunas piezas discursivas se homologaba a persona. El cuerpo del aborto es un territorio de disputa de la noción de persona.

Indudablemente el *zef* tiene vida humana. Desde la medicina se intenta definir si es una persona, para lo cual se utilizan indicadores biomédicos: su cerebro se forma en seis semanas, es inviable extrauterinamente hasta la semana 22, en que excepcionalmente y con alta tecnología sobreviven. La viabilidad de la vida fue determinante en el caso *Roe vs Wade*.

La tecnología -en especial el ultrasonido- pasó a ocupar un lugar central en la construcción social del *zef* como persona. Existe una profusa literatura feminista que trata las repercusiones sociales y políticas del status icónico que adquiere el *zef* cuando se vuelve público a través de la imaginología (Petchesky, 1984; Haraway, 1997; Taylor, 2007, Palmer, 2009). Esto se relaciona con dos aspectos generales de nuestra cultura de comienzos del siglo XXI, por una parte la popularización de los medios audiovisuales como modo de relacionarse con el mundo (aprehenderlo, entenderlo y explicarlo) y por otro con la creciente 'espectacularización' de la vida cotidiana, es decir la vida como espectáculo, puesto de manifiesto en los abundantes *realities*, programas del tipo *Gran Hermano*, a modo de ejemplos. Finalmente, existe un tercer aspecto que coloca al ultrasonido en un lugar relevante: refuerza el status de autoridad científica, el médico 'observa' al cigoto-embrión-feto 'directamente', 'sin intermediación' de la mujer-madre (la intermediación tecnológica no cuenta, actuando como 'extensión' de los sentidos del médico ecografista). La tecnología del ultrasonido le permite relacionarse a través del ecógrafo, prescindiendo de la madre. Permite al médico tratar al *zef* como si fuese autónomo, como un paciente. Como

contraparte, frecuentemente las mujeres embarazadas son tratadas como contenedor del verdadero paciente: el *zef*.

La creciente tendencia a conceptualizar los derechos del feto como separados y opuestos a los derechos de las mujeres legitima una seria distorsión -literalmente una descorporización- de la condición de embarazo. Esta forma de conceptualizar (de nombrar y de definir la situación de embarazo), perpetúa la seria erosión de los derechos de las mujeres a la autonomía reproductiva (Maier, 1989: 19); reforzando el 'control patrimonial del cuerpo'.

La conversión de un examen de rutina en un espectáculo es llevada adelante tanto por el/la ecografista como por la mujer y sus acompañantes, retroalimentándose mutuamente. El espectáculo anticipa la existencia social del *zef*, se lleva a cabo una metamorfosis de imagen fragmentada del *zef* en bebé real en la pantalla. El lugar asignado a la ecografía resulta fundamental en el proceso de construcción de *zef* en persona, acompaña la centralidad de lo visual en la cultura actual (Chazan, 2005).

En aquellos embarazos donde la mujer quiere llevarlo a término, el proceso de subjetivación del *zef* es realizado tanto por el ecografista como por la madre y acompañantes que acuden al examen. Se le atribuye intencionalidad a su actividad intrauterina ("*duerme*", "*se despereza*"), y a sus estados de ánimo ("*mirá que feliz está*"), se lo caracteriza como si fuese un bebé con comentarios tales como "*está saludando*". En otras palabras, se le atribuye al *zef* una subjetividad propia de los seres humanos titulares de derechos.

El status de la ecografía se transforma en los casos de mujeres que decidieron interrumpir su embarazo y, como parte de la consulta pre-aborto, deben hacerse una ecografía. Para las mujeres constituye un trámite necesario de efectuar a fin de continuar el proceso del aborto. En estos casos, los ecografistas generalmente evitan que la mujer vea la imagen del *zef* o que escuche los latidos del corazón, no realizan comentarios sobre lo

que ven en la pantalla. En estos casos, a pesar de la tecnología médica que permite visualizar lo que sucede en el interior del útero, nada de lo observado tiene más entidad que un órgano cualquiera. El *zef* no es personalizado, no existe un proceso de subjetivación que lo transforma en sujeto.

Algunos ecografistas contrarios al aborto hacen oír los latidos del corazón a la mujer, con la finalidad de persuadirla para que cambie de idea y prosiga con el embarazo. Mujeres entrevistadas que pasaron por este trance dijeron haberse sentido muy mal, con culpa por la decisión tomada. En algún caso aumentaron las dudas ya existentes pero la decisión continuó siendo interrumpir el embarazo. Ninguna pensó en denunciar al ecografista por malos tratos. Estaban viviendo un momento vital difícil y querían que todo acabase a la mayor brevedad posible, querían atravesarlo rápidamente.

8.4 Disputas sobre el carácter de persona de *zef*

Si consideramos que *zef* es una persona en potencia, entonces su destrucción es *prima facie* moralmente inadmisibile (Noonan, 1970; Manninen, 2007), indiferentemente si el status es de persona o persona en potencia, el cigoto ya posee todos los derechos inherentes al ser humano, siendo el primero de ellos a la vida. Sin embargo, entre quienes tienen esta posición, existe un grupo de individuos que considera que el aborto debería permitirse bajo ciertas circunstancias, tales como si el embarazo es resultado de una violación. Esto es una incongruencia porque la cualidad de persona de *zef* no puede depender de la manera en que fue concebido. Por definición el carácter de persona del *zef* es intrínseco, por consiguiente es totalmente contingente a las causas del embarazo: un acto de amor, explotación, o violencia (Figueira-McDonough, 1990:11).

Frente a las argumentaciones que le dan carácter de persona a *zef*, Paul Bassen responde que "... en ningún lado fuera del debate sobre el aborto, existe un precedente donde un prospecto futuro pueda crear un bien

presente" (Bassen, 1982:333). Este argumento no ha estado presente en los debates parlamentarios. Con otros fundamentos, la argumentación de Judith Jarvis Thomson (1971) en defensa del aborto, propone que nada obliga a la mujer a sacrificar su cuerpo para gestar durante nueve meses, aún cuando pudiese considerarse que el feto fuese una persona. Este argumento ha levantado discrepancias.

Si bien los contrarios al aborto lo consideran un homicidio, Laura Klein advierte que el aborto no refiere a la finalización de la vida, sino a la interrupción de un embarazo, colocando en el embarazo el centro de la cuestión. Sin embargo, una y otra vez los argumentos -especialmente aquellos contrarios a la legalización del aborto, enfatizan la noción de *vida* (a la que le adjudican el carácter de persona) y en ello basan su posición. Desde las tiendas favorables a la legalización del aborto no existen argumentos contrarios a la existencia de vida (en el cigoto, embrión y feto), sino que la noción bajo discusión es si puede considerarse vida 'humana', y más aún, si puede considerarse 'persona'.

En los últimos años, han sido los argumentos biomédicos los que intentan sentar las bases del comienzo de la existencia como persona del *zef*. Si bien tradicionalmente se trataba de un argumento moral, del cual el derecho -en tanto disciplina- y la filosofía daban cuenta; ahora es el biomédico el discurso socialmente legitimado, tal como quedó demostrado en el capítulo correspondiente al análisis de las discusiones parlamentarias. Sin embargo, persisten algunos cuestionamientos. Existen pocos desacuerdos sobre la perspectiva biológica de individualidad en desarrollo, pero existen grandes desacuerdos en relación a la etapa en la cual las formas particulares de vida humana son titulares de cualquiera sean los derechos que una comunidad garantiza para sus miembros. Son los Códigos Civiles de los distintos países, los que en definitiva definen las características necesarias para acceder a la titularidad de derechos, y esto depende de la definición de persona. Los argumentos acerca de los procesos biológicos del feto y el desarrollo de la tecnología médica que permiten que un feto sea viable en

etapas cada vez más tempranas no logran ser contundentes, el resultado depende de una definición normativa, el atributo de un status específico.

Tanto la evidencia histórica como antropológica muestran la inexistencia de un criterio universal para caracterizar a la 'persona'. Li Puma (1998) advierte que en todas las culturas, la 'persona' [*personhood*] posee aspectos o modalidades individuales (con atributos internos, constituyentes de una sustancia) y aspectos o modalidades dividuales (existentes a partir de la relación con otros). La tradición occidental hegemónica considera a la persona en términos de atributos internos completamente individualizados y definidos. Desde esta perspectiva es que se considera al *zef* como una persona. Sin embargo, si consideramos la modalidad dividual podría no serlo. Las mujeres embarazadas que deciden abortar no consideran el *zef* dentro del 'mapa relacional' (no tiene un lugar en el espacio social de esa mujer), contrariamente con aquellas que sí quieren continuar su embarazo. Esto significa que para las mujeres embarazadas, el *zef* es una persona en tanto integrado en una red de relaciones sociales, siendo la primera de ella la relación madre-hijo. Cuando no lo perciben dentro de esta red, no es considerado persona, por lo tanto al abortar no 'matan' a nadie (porque no existe nadie), sino que interrumpen un embarazo.

El cuerpo del *zef* carece de entidad para las mujeres que atravesaron la experiencia del aborto.

CAPITULO 9

LAS POLÍTICAS DEL ABORTO

A la manera de cuentas en un collar, a lo largo de este trabajo he intentado mostrar los distintos escenarios y momentos en que el aborto voluntario se presenta. El aborto condensa relaciones de poder que corresponden a la dominación masculina, actúan a través del control del cuerpo generizadamente sexuado y forman parte del *habitus*. Los significados y prácticas del aborto voluntario son producto de las relaciones de género, pero a su vez pueden incidir en éstas, lo cual sucede en un intrincado y sinuoso proceso. El análisis de las representaciones y prácticas del aborto voluntario por parte de distintos actores involucrados permitió observar ciertos mecanismos de dominación y de resistencia.

Sostengo que lo medular de la cuestión del aborto es que allí se juega el control patrimonial del cuerpo -y por lo tanto las políticas del cuerpo y de la reproducción. El aborto voluntario por sola decisión de la mujer representa un quiebre en la forma en que se ha venido ejerciendo dicho control. Sin embargo, esto queda por fuera de las discusiones y debates en torno a su práctica, los recursos argumentativos se apoyan mayoritariamente en fundamentos morales, religiosos y sanitaristas.

Tomé como guía las propuestas de los teóricos de la práctica (especialmente Bourdieu, 1977, 2010; pero también Giddens, 1979 y Salhins, 1981), a las que sumé la sugerencia de Ortner (1996), por lo tanto a lo largo de esta investigación he intentado buscar el desgaste de la reproducción y la erosión de los patrones instaurados, introduciendo así la posibilidad de cambios. Esta propuesta me exigió articular el nivel de construcción social de categorías exitosas en imponer acciones y sentidos a los individuos, con el nivel de actuación de las personas donde éstas pueden acatar, negociar o resistir a las formas sociales; en otras palabras analizar la forma en que los arreglos estructurales construyen o constriñen la posibilidad de "agencia" por parte de los individuos.

Intenté develar los mecanismos de resistencia, quiebre o reproducción del control de los cuerpos y la reproducción actualizados en el proceso de abortos voluntarios.

9.1 Relaciones de género: Discursos, sentidos y prácticas desde el aborto

Los discursos eficientes en crear categorías que dotan de sentido a las prácticas cotidianas de las personas son los provenientes del Estado (concretados en los debates parlamentarios); los religiosos, especialmente provenientes del Vaticano (por su incidencia en la esfera política), y los discursos médicos, por su legitimidad social. Lejos de constituir un discurso monolítico, éstos dejan fisuras, los énfasis difieren y existen algunas contradicciones. Sin embargo, la mujer como agente de sus propios actos es una figura extremadamente borrosa. Las figuras protagónicas del aborto son el zef, la vida, la salud; todos ellos bienes sobre los cuales el Estado debe velar. La mujer como sujeto de derecho queda subsumida, la mayoría de las veces, en un sujeto abstracto, el cual presenta características que definitivamente no podría encarnarse en una mujer concreta.

Como tema político el aborto voluntario es un hecho conflictivo (Ciriza, 2002a) donde se solapan y superponen intereses de diversa índole provenientes de colectivos sociales que no siguen necesariamente las lealtades políticas asumidas para otros temas. Contiene características que trascienden lo coyuntural, relacionándose con aspectos medulares de la vida social. Tiene que ver con la delgada línea divisoria que separa lo personal y lo político; donde la esfera política pública y la doméstica privada constituyen ámbitos separados, quedando el segundo subsumido en el primero. El aborto pone en cuestión la división, pero también el carácter subalterno de lo privado. Tiene incumbencias morales y religiosas, derivadas de los atributos

morales otorgados a la sexualidad en la *doxa* y en algunas religiones. Las prácticas sexuales que denota el aborto resultan inaceptables para algunos colectivos por lo que más allá del aborto *strictu sensu*, lo reprobable es el ejercicio de la sexualidad que provocó el embarazo. Convoca debates éticos acerca de la vida, donde entran en juego las convicciones filosóficas de las personas. Al no existir una autoridad unánimemente aceptada para determinar cuál es la cualidad que convierte una vida en vida humana, las posiciones resultan inconmensurables. Mediante el control de las sexualidades y de los cuerpos se ejerce el control sobre la reproducción, tema central sobre el cual rara vez se debate directamente, pero que subyace a todas las discusiones.

De modo que los reclamos provenientes de organizaciones feministas, de derechos humanos y de jóvenes -que son quienes en Uruguay llevan adelante la agenda de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y el aborto- contienen demandas atípicas; por lo tanto, muy difíciles de tramitar políticamente de acuerdo a los parámetros que actualmente rigen el quehacer político. Los sectores alineados en contra que las mujeres decidan continuar o no su embarazo atraviesan diversas ideologías políticas. Si bien los movimientos pro-vida están asociados a la Nueva Derecha surgida en Estados Unidos en la era Reagan, trascienden a la derecha. Católicos progresistas se les unen, jóvenes vinculados posturas naturalistas y pacifistas comparten su posición. Existen tanto progresistas, como liberales y conservadores que promueven la legalización del aborto voluntario, y otros que lo detractan. La izquierda ha estado dividida, incluyendo portavoces en ambas posiciones. Uruguay es un ejemplo de ello, un presidente progresista veta la ley que legaliza el aborto, contrariando a todo el grupo político que lo llevó a la presidencia. Comportamientos similares han llevado a organizaciones feministas en diversos países de la región a cuestionar el papel jugado por lo que llaman sus 'tradicionales aliados': los partidos de izquierda. Frente al aborto con frecuencia guardan silencio o esquivan su tratamiento en los espacios de legislación.

El 'activismo' conservador secular se sirve de los argumentos del activismo religioso conservador, aunque persigan finalidades extra-religiosas. El Vaticano coloca a la familia monogámica heterosexual en el lugar del resguardo de los valores de la sociedad, y en ello fundamenta la necesidad de su continuidad. Los roles atribuidos a la mujer al interior de la familia reaparecerán en la organización jerárquica de la sociedad, reduciendo a la mujer a su lugar 'natural' dentro del hogar (Gutiérrez, 2004:19). Este argumento permite a la sociedad secular mantener el *status quo* de las relaciones de género con legitimidad moral, en un país laico, de larga tradición liberal. El tutelaje religioso (Nugent, 2005) podría ampliarse al tutelaje patriarcal. La jerarquía de género se sustenta en la dominación masculina, con la concomitante 'infantilización' de la mujer, de modo que ésta no puede tomar determinadas decisiones, consiguientemente es preciso mantener la tutela. Mientras haya tutelaje no hay reconocimiento de derechos. El material empírico mostró que entre los ginecólog@s primaba una actitud tutelar por sobre la atribución de agencia a la mujer, especialmente en aquello relativo a sus prácticas anticonceptivas y el aborto. Sin embargo, también se observaron una serie de inconsistencias en sus discursos y prácticas que estaría indicando transformaciones. Los cambios difícilmente sean lineales.

Las políticas públicas sobre la fecundidad y los programas de salud reproductiva se desarrollan justamente sobre las personas que tienen a su cargo la reproducción biológica de la sociedad: las mujeres. Como consecuencia, se incide sobre sus cuerpos, su sexualidad y sus derechos reproductivos y derechos sexuales (Figueroa y Yanes, 2001; Tamayo, 2001; Correa y Petchesky, 2001; Sanseviero, 2003; Araujo, 2008). Esto permite visualizar definitivamente al aborto voluntario como bisagra entre lo social y lo individual.

Para ello el concepto de *habitus* resulta útil; es la manera en que se interioriza lo social, se encarna, forma parte de la subjetividad de los

individuos, y desde allí, incide en sus prácticas, y éstas a su vez podrían reconformar el *habitus*.

Las clasificaciones de la realidad circundante privilegian lo público sobre lo privado, la razón sobre la emotividad, la fuerza física sobre la resistencia, entre muchas, todas ellas consideradas en un plano simbólico de sentido, configuran la dominación de lo masculino sobre lo femenino. Esta dominación se encarna en algunos varones concretos, pero sobre todo en instituciones (el estado, la familia, educación) que refuerzan las asimetrías, en las normas y reglas que definen y regulan la vida en sociedad (desde los modos en la mesa a las leyes laborales y obviamente la regulación social de la sexualidad y la reproducción), de modo que la sociedad en su totalidad está impregnada y atravesada por las relaciones de género.

Esta dominación ha tomado el cuerpo de la mujer como eje de accionar. La categoría género puede abordarse como sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres (De Barbieri, 1991). Como parte de ese sistema, los hombres (ellos mismos o las instituciones que los representan, como el Estado) ejercen relaciones de poder para controlar tal capacidad. La noción de “control patrimonial del cuerpo” (Tamayo, 2001) se convierte en explicativa al dar cuenta que el foco de tensión respecto a los derechos humanos de las mujeres ha radicado en torno a la sexualidad y la reproducción, porque es en el control de estas esferas que se asienta la dominación masculina.

Recordemos que en el contexto de la Revolución Francesa Olympe de Gouges, junto a otras mujeres querían incluir en los Derechos del Hombre y Ciudadano el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir con quién y cuándo establecer una pareja. Esto llevó a Olympe de Gouge a la guillotina acusada de pretender alterar el orden natural. Reconocer el derecho al propio cuerpo de las mujeres implica establecer límites a la acción patrimonial sobre la sexualidad y la reproducción (Tamayo, 2001), *ergo*, es una acción subversiva. Y esto, justamente es lo que está en juego cuando se

habla del aborto. Laura Klein (2005) es muy aguda al mostrar la equivalencia entre el aborto en el relato bíblico y en el relato contemporáneo. En el primero el damnificado era el padre y ahora el hijo. Las mujeres siguen quedando excluidas de la titularidad de derechos.

Desde 1792 cuando Mary Wollstonecraft¹⁶⁴ pone de manifiesto el carácter político de las relaciones entre los sexos, mucho se ha escrito y debatido. Para esta autora, el principio de igualdad no se opone a diferencia sino a privilegio. Por ello, para el feminismo, el “Dilema Wollstonecraft” consiste en demandar al mismo tiempo la igualdad y el reconocimiento de la diferencia. Este es un aspecto central a la discusión sobre la política del aborto. Un camino hacia la resolución del “Dilema Wollstonecraft” proviene de la aplicación del principio de relevancia, el cual justamente implica el reconocimiento de las diferencias no arbitrarias; el mismo exige un tratamiento particular para que pueda existir una igualdad real. Las leyes que criminalizan el aborto, por el contrario, convierten la diferencia no arbitraria (posibilidad de embarazarse) en hecho político (ilegalidad del aborto), con lo cual las ciudadanas mujeres tienen cercenados determinados derechos sobre sus propios cuerpos/persona.

En el marco de ilegalidad y tolerancia que caracteriza al aborto en Uruguay se mueven las mujeres de distintos contextos socioculturales. Las mujeres toman sus decisiones de inducirse un aborto en una amplia gama de condiciones diversas, algunas desesperadas, peligrosas, inhumanas podría decirse, otras bastante más cómodas y seguras, y también por un amplio abanico de motivos. En todos los casos lo hacen conscientes, se convierten en ese momento en un agente activo respecto a la reproducción, y no una mera ‘víctima’ de la biología. Se alejan de la “alienación” a la que hace referencia Emily Martin (1987) cuando compara la maternidad con el trabajo masculino. Sin embargo, la mayoría silencia sus abortos. Al hablar se logra

¹⁶⁴ Vindicación de los derechos de la mujer. Allí discute con el Rousseau del Emilio, trata de poner en evidencia como Rousseau muestra los efectos de hábitos y costumbres como si fueran naturales.

historiar -en el sentido de ubicar dentro de la historia personal de cada una- la experiencia vivida. Se saca del entre-paréntesis en que había permanecido y se lo ubica en el torrente de sentido que tiene la vida propia. Aún entre amigas que mantienen fuertes lazos de confianza mutua difícilmente se hable de los abortos realizados (muchas entrevistas fueron la primer ocasión para hablar del tema); sin embargo forma parte de su historia personal y de la historia colectiva de las mujeres.

El silencio se constituye en un indicio de subordinación. Las mujeres hacen algo en secreto/en privado -eso les está permitido- deben guardarlo en la intimidad; no debe tomar estado público. Faye Ginsburg (1989) advierte que no es la existencia del aborto, sino que el mismo tome estado público lo que levanta voces y acciones en contra. La división público/privado que ha sido uno de los pilares que sustenta la organización social, especialmente en la Modernidad, refuerza las relaciones de género que coloca a las mujeres en un el lugar de la subordinación. La culpa -cuya contracara puede ser la censura social- se erige como el instrumento para evitar que tome estado público. La 'culpa' es entonces el instrumento de poder que mantiene a las mujeres aisladas -cada una con su(s) propio(s) aborto(s)- y sometidas: 'hicieron algo malo y deben pagarlo', ocultándolo.

Este comportamiento no cuestiona las relaciones de género, aún cuando haber tomado la decisión de abortar parecería estar subvirtiéndolas.

El orden social vigente continúa privilegiando la homologación de mujer con madre, excluyendo los aspectos afectivos y volitivos que implica una maternidad voluntaria. No es posible reducir la maternidad a sus aspectos biológicos. Las mujeres están constreñidas por circunstancias exteriores a ellas a tener o no tener hij@s. Nuestra cultura con sus mandatos sociales refuerzan la noción de mujer-madre, incluso la maternalidad (Nari, 2004). Las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos están decidiendo que no quieren ser madres en ese momento; apropiadas de sus cuerpos están tomando decisiones reproductivas, están rompiendo la definición de mujer

por sus posibilidades reproductivas. Siguiendo a Bourdieu allí se revela una de las “antinomias trágicas de la dominación simbólica”, porque cuando los grupos sociales sobre los cuales recaen categorizaciones descalificantes -como es el caso de la mujer que aborta- rompen la invisibilidad para rebelarse contra esas categorizaciones, se ven obligados de hecho a dar existencia a “...las clasificaciones y restricciones a las que pretenden resistirse...” (Bourdieu, 2000: 145). Por ello, para cualquier mujer, hablar en nombre propio implica asumir la identidad de quien, potencialmente, aborta. Cuando las mujeres no silencian sus abortos, por el contrario, los asumen en sus narrativas, están llevando adelante prácticas que podrían conllevar modificaciones en las relaciones de género, en la medida que su voz tenga reconocimiento social. Podría acordarse entonces con Ortner (1996) en que las cuestiones relativas la reproducción social nunca deben observarse separadas de aquellas relativas a la transformación social.

9.2 Las políticas del cuerpo y de la reproducción puestas en acción con el aborto

El cuerpo de las mujeres tiene valor por su papel como garante de la reproducción. Esta anuda lo individual-personal con lo político-social. Es a través de ella que la sociedad regula las relaciones entre los sexos y las generaciones. Este nudo entre las mujeres y la reproducción probablemente está en la base del hecho que la privación de derechos y libertades en las esferas de la sexualidad y la reproducción haya sido sustancialmente, aunque no exclusivamente, una experiencia femenina (Tamayo, 2001:80).

La política del aborto ocupa el espacio entre lo jurídico y lo existencial, entre lo ético y lo necesario. Para las mujeres el conflicto estaba en definir si querían ser madres/tener un hij@ en ese momento; para los decisores (quienes en el Parlamento votan a favor o en contra del un proyecto de ley que legaliza el aborto) frecuentemente el conflicto se plantea en otros términos (valor de la vida, comienzo de la vida, la libertad de los individuos).

Para unos el aborto es un tema de 'principios', para las otras es una 'experiencia vivida en su cuerpo'.

¿Es posible separar la moral del derecho? Sin duda que es necesario, en tanto no todos los ciudadanos coinciden en sus valores morales, por el contrario existe un pluralismo moral; el derecho es un acuerdo para vivir en sociedad. Un acto considerado inmoral para un grupo de personas no tiene necesariamente que ser sancionado como ilegal. Este es justamente el caso del aborto. Sin embargo el carácter de ilegalidad del aborto, hace que algunas personas al verse obligadas a entrar en contacto, como el caso de los ginecólog@s, se refieran indistintamente a moral y legalidad. Varias menciones convertían el carácter ilegal del aborto en una valoración moral negativa. Estas alusiones se concentran en los primeros años de investigación. Una vez que el debate político-parlamentario toma más entidad, la homologación legal-moral pierde fuerza.

Cuando las mujeres reclaman el derecho a decidir abortar realizan un acto subversivo. Están subvirtiendo nada menos que el control de la reproducción. Sin embargo, cuando el aborto es colocado como un problema de salud pública, fundamentando la necesidad de su legalización en las muertes de gestantes que podrían evitarse, ese aborto deja de ser un acto subversivo. Ya no es la mujer decidiendo sobre su cuerpo, sino el sistema médico decidiendo lo más adecuado para esa mujer (con su consentimiento). Uno de los más activos ginecólog@s dentro de IS quien adhiere plenamente a ese argumento del aborto como problema de salud pública, me explicaba que las feministas que seguían con la proclama "mi cuerpo es mío" como argumento para legalizar el aborto, estaban equivocadas (habíamos coincidido días atrás en una conferencia ofrecida por una connotada feminista brasileña que mencionó ese argumento). Manifestó que dicha proclama no solo no era atractiva sino que conducía a error y a colocar la discusión en un plano que no era el adecuado. Me resultó esclarecedor el relato de su parecer para entender su punto de vista (¿el punto de vista del nativo?). Acepta que las mujeres interrumpan sus embarazos porque entiende que muchos embarazos

son no esperados; por lo que puede conducir a problemas sanitarios a las mujeres y sus hij@s en caso que los embarazos llegaran a término (falta de controles durante el embarazo, abortos realizados en condiciones de riesgo, con los consiguientes posibles problemas de morbilidad, etc.). La reglamentación del aborto por causales, coloca en un agente externo -el médico- la evaluación si el caso está dentro de las causales permitidas. Esta posición bastante extendida entre los ginecólog@s concuerda con los fundamentos ofrecidos por Marta Lamas (1997b) para dejar de lado los argumentos que apelaban a la apropiación del cuerpo por parte de las mujeres y en su lugar procurar una perspectiva más democrática, que integre un número mayor de individuos.

En los últimos años la 'causal salud' ha incrementado su popularidad entre los activistas en pro de la legalización del aborto¹⁶⁵, si se toma la definición de salud de la OMS habilita una amplia gama de motivos para solicitar un aborto. El extenso volumen "Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos" coordinado por Ana C. González Vélez (2008) articuló el trabajo colectivo realizado por más de 22 organizaciones latinoamericanas y del Caribe, entre las que se contaban instituciones académicas, instituciones proveedoras de servicios, organizaciones de la sociedad civil, así como algunas redes regionales y suprarregionales. Sin duda que representa el punto de vista de quienes activamente participan del proceso de ampliar los márgenes del aborto legal. La justificación del trabajo radica en que la 'causal salud' de una manera u otra está presente en la mayoría de las legislaciones de los países de la región. Esto traspasa el problema al alcance y a la interpretación de la 'causal salud'. Se ofrece al profesional encargado de definir si la 'causal salud' aplica para realizar un aborto a una mujer que lo solicita, un pormenorizado análisis de su alcance, a partir de la definición de salud de la OMS incluyendo aspectos éticos

¹⁶⁵ En la *III Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe* realizada en México en 2008, organizada por el Population Council, la "causal salud" ocupó un lugar central en las discusiones de las que participaron proveedores, activistas y académicos.

(fundamentalmente ligados a la confidencialidad) y al ejercicio de derechos humanos.

Esto pone en evidencia que ya sea por razones pragmáticas o de principios, desde la perspectiva de quienes pretenden que el aborto sea legal, se connota el aborto/embarazo no viable a un tema de salud/enfermedad. Todo aborto podría ser considerado terapéutico. Esto solo es posible porque la medicalización de los cuerpos en general y de los cuerpos reproductivos en particular no está cuestionada; por el contrario la medicalización de la salud está 'naturalizada'¹⁶⁶. Terapeutizar estos procesos ubica a la mujer en el lugar de la 'enferma', la cual por definición es vulnerable y coloca el 'cuerpo sufriente' en el centro. Los médicos que comenzaron a desplegar estrategias para la reducción de daño en los abortos de riesgo, lo hicieron a partir de "*las mujeres se nos morían! Teníamos que hacer algo!*". El móvil es el 'cuerpo sufriente'. Considero con Fassin que esta postura le quita 'ciudadanía' al 'cuerpo'.

"Los derechos del hombre, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes que del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ellos anuncian se encuentra reducida a su más simple expresión: la desnudez de la vida" (Fassin, 2004:303)

En el momento en que la biopolítica penetra en la vida humana, se diluye la noción de sujeto de derecho y en su lugar aparece un cuerpo sin derechos, la nuda vida, que se encuentra al margen de lo social (Agamben, 2002). La vida transformada en nuda vida aparece entre aquellos que están

¹⁶⁶ Esto va mucho más allá de lo que nos incumbe; a modo de ejemplo se observa el incremento en la inclusión de vitaminas y minerales farmacológicos para completar la dieta; alimentos bajos en colesterol, reforzados en calcio, energizantes, revitalizantes; etc., para mejorar el estado de salud; así como la parafernalia de fármacos para evitar resfríos, gripes, tos. A esto habría que agregar el despliegue de la industria farmacológica focalizada en la menstruación para que la mujer pueda continuar su vida normal como si la menstruación no existiera.

en una situación de extrema vulnerabilidad, ese es frecuentemente, el caso de las mujeres en situación de aborto.

“Y no somos solo animales en cuya vida política está puesta en entredicho su vida de seres vivientes, sino también, a la inversa, ciudadanos en cuyo cuerpo natural está puesta en entredicho su propia vida política” (Agamben, 1998)

En las mujeres en situación de aborto, justamente su cuerpo natural pone en entredicho su propia vida política, ahí está la subversión. Agamben (1998) propone rendir cuenta de la biopolítica a partir de la oposición de *zoé* (la vida biológica), a la que denomina la nuda vida, y *bíos* (la vida en sociedad), a la que también llama vida política. Con biolegitimidad, Fassin fusiona estos dos significados, o quizás más allá, la refundación de la vida política en la vida biológica. Este planteo da cuenta de cómo en las consultas a médicos, la vida, o más precisamente, la supervivencia, se convierten en la justificación última de la intervención. Por ello es que los derechos humanos quedan reducidos a la “desnudez de la vida”.

En los debates sobre el aborto, especialmente los parlamentarios, pero también los discursos provenientes de la sociedad civil en los momentos candentes, disparaban sus argumentos hacia la ciencia, al terreno de aparente neutralidad de la biología y de la medicina. Tanto los ‘pro-vida’ señalando la existencia de vida, como los ‘pro-derecho’ apelando a la salud pública. “Recurrir a argumentos cientificistas es desactivarlo políticamente” advierte Laura Klein (2005:129); es asumir la biolegitimidad.

Los activistas (feministas, académicos, profesionales de la salud) que abogan por ensanchar los márgenes de la legalización del aborto y para ello recurren a la ‘causal salud’ señalan -especialmente las feministas- que esa es una estrategia para permitir que el aborto ‘se cuele’ en las legislaciones. El ‘causal salud’ elimina de plano el aborto voluntario como figura de discurso. Existe un abismo entre la mujer que quiere interrumpir su embarazo, “*me lo quiero sacar!*”, y las mujeres que como Laura queriendo tener un hijo,

decidió abortar porque su feto era incompatible con la vida extrauterina; y finalmente otro el caso de las mujeres que queriendo tener un hijo, se ven obligadas a abortar porque su vida corre peligro. Reducir los distintos tipos de aborto a "aborto terapéutico" es negar el aborto voluntario; es negar la voluntad de una mujer de no querer ser madre en ese momento. Queda, por lo tanto, naturalizada la maternidad como destino de las mujeres. En estos casos, la realización de abortos ensancha los márgenes de acción de las mujeres, pero no interpela su situación de subordinación. Por el contrario, se encuentra una forma de posibilitar los abortos voluntarios bajo una figura que no altera las relaciones de género.

El propio cuerpo continúa enajenado. Una de las tensiones claves en relación al ejercicio del derecho a decidir deriva de la negación radical a reconocer la soberanía de las mujeres sobre su propio cuerpo. Como sostiene Tamayo "...los seres humanos no requieren apropiarse de su corporeidad; si algo debía ser más o menos evidente es la existencia de tal derecho (...) que es el más originario de todos los derechos" (Tamayo, 2001: 76). Sin embargo en las prácticas sociales, especialmente en relación a la sexualidad y la reproducción se opera una incautación del "personalísimo" derecho al propio cuerpo, en tanto espacio político, resta solo la nuda vida.

Por ello el aborto es bastante más que un asunto de mujeres, aunque es principalmente un asunto de mujeres que acontece en el cuerpo de una determinada mujer. El aborto forma parte de la gran política, de las formas en que las sociedades se dan para organizar la convivencia y para construir las relaciones sociales, especialmente las relaciones de género. Las discusiones parlamentarias en torno al proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva refieren a la organización social y sus jerarquías, al control patrimonial del cuerpo o a la autonomía de las personas.

La decisión de abortar es tanto personal como política. La autonomía corporal está en la base de los procesos de empoderamiento. La mayoría de las mujeres entrevistadas no visualizaron sus decisiones dentro de un marco

político, sin embargo el análisis de sus cavilaciones, indican, en casi todos los casos, la clara pertenencia al campo político. Este aspecto, que considero central en el análisis del aborto, pasa a ser un ejemplo paradigmático de la abolición de las fronteras público y privado, que muchas feministas teóricas vienen proclamando desde hace ya algún tiempo.

9.3 Cambios y permanencias

El camino recorrido entre prácticas y relatos de mujeres y ginecólog@s, a los que se sumaron los discursos públicos deja como corolario la idea de cambios y permanencias en las prácticas del aborto voluntario y en las relaciones de género. Esto constituye una aproximación al movimiento que caracteriza a la cultura. El común denominador de las diversas instancias analizadas ha sido la presencia de incoherencias. Estimo que ellas justamente resultan del movimiento.

A través del trabajo de campo se observó las diversas maneras en que las mujeres, de acuerdo a sus contextos sociales y en el entramado de relaciones de poder que individual o colectivamente las contiene, se acomodan o resisten a los mecanismos de control de la reproducción y de la sexualidad. Una misma mujer tanto se acomoda y actúa en función del 'control patrimonial de su cuerpo', como resiste, en otro momento, llevando adelante prácticas que no solo implican su agencia sino que conducen a abrir las fisuras de la estructura para modificarla.

Las prácticas sexuales y las diversas vivencias de la sexualidad observadas revelan situaciones poco alentadoras a la propuesta de empoderamiento de la mujer. Amplios sectores, especialmente de escasos recursos, dan cuenta de una estrecha asociación entre las prácticas sexuales y las reproductivas. Asimismo, muchas mujeres no parecen haberse apropiado del derecho al placer, por el contrario, continúan considerándose un "ser para el otro". En algunos casos extremos, esto llega a incluir acciones de violencia

sexual. El campo de la sexualidad no era el eje de mi análisis, sin embargo, los breves hallazgos indican que las relaciones de género se tejen en buena medida en las prácticas sexuales. Algunos relatos permiten suponer que las mujeres solo se emanciparían al alcanzar la autonomía sexual. Asociado a esto, la información relevada pone en evidencia que las prácticas anticonceptivas deben considerarse dentro del marco de las prácticas sexuales; involucran a la mujer en su totalidad. No se reduce a tener información y acceso a los MAC.

Desde la interpretación de los relatos de las entrevistadas, en algunos casos se erige con nitidez el carácter subversivo que tuvo el aborto en sus vidas. Subversión basada en una decisión autónoma, mediante la cual había una apropiación total de su cuerpo-persona, decisión que finalmente le permitía avanzar hacia un mayor empoderamiento, en un camino muchas veces doloroso. Florencia lo muestra a partir de su dolor por querer continuar su embarazo y decidir no hacerlo porque la maternidad que le esperaba no era la elegida por ella. A medida que avanza la noción de maternidad deseada, es decir maternidad como opción en contraposición a maternidad como destino, se avanza hacia un cambio radical en las relaciones de género. La maternidad y las opciones reproductivas han definido históricamente la relación de la mujer con la sociedad (Petchesky, 1984). Este dilema estuvo presente solo en algunas de las mujeres que entrevisté. Otras mujeres llegaron al aborto sin pensar en la maternidad que implicaba continuar el embarazo. El aborto fue un recurso para mantener su entorno y a sí mismas como si nunca hubiera existido el embarazo, constituyó una estrategia de subordinación (Bourdieu, 2000). Lo que estaba en juego era ocultar un embarazo, esconder prácticas sexuales, obligarse a ser idénticas al rol que le estaba estipulado. Estas mujeres abortaron para continuar desempeñando el papel que la sociedad les asignaba. Muestran que las feministas que creían ver en el aborto un acto emancipatorio estaban equivocadas. Muchas veces lo es, y otras tantas es exactamente lo contrario.

En todos los casos, siempre, la construcción de la decisión de abortar es un recorrido íntimo. La mujer consigo misma. Y en todos los casos, cuando decide abortar está ejerciendo un poder sobre su cuerpo-persona, en ese momento adquiere agencia. Sin embargo eso no significa necesariamente que haya iniciado un camino hacia un mayor empoderamiento.

Las mujeres transitan sus abortos en una sociedad fuertemente normatizada, donde el saber médico opera con la modalidad de poder experto y productivo, articulándose con las instancias administrativas necesarias para componer la normalización. La medicina ha sido la herramienta por excelencia para la instauración del biopoder. En tanto el aborto integra la vida cotidiana de los ginecolog@s, se observó como impacta en el *habitus* médico. Fue posible apreciar la dificultad que tienen para lidiar con el aborto, y sobre todo con la mujer en situación de aborto. Las inconsistencias observadas en sus 'tres voces' muestran un amplio abanico de significados para 'aborto' y para 'mujer en situación de aborto' según el contexto y el interlocutor. Estas 'voces cambiantes' pueden interpretarse como dando cuenta del cambio en la conceptualización de la maternidad en la práctica ginecológica, y complementariamente una modificación respecto a la práctica del aborto voluntario. Esto permite alentar la idea de un avance hacia un cambio en las relaciones de género.

Sin embargo, también está presente y con bastante vigor, la perspectiva del aborto voluntario como un problema de 'reducción de riesgo' en el sentido epidemiológico. Esta postura termina colocando al ginecolog@ en el lugar protagónico, dejando de lado a la mujer. Profundizando esta posición se puede llegar a ciertas prácticas médicas que alcanzan la biolegitimidad; cuando solo la cualidad de sufriente del cuerpo de una mujer con complicaciones post aborto resulta válido para justificar acciones respecto a la legalización del aborto. La humanidad se reduce a la 'nuda vida'; lo político -mujeres ejerciendo agencia- queda subsumido en lo biológico, negándole existencia política. Como movimientos pendulares -e incongruentes- también las prácticas y discursos emanados de ginecolog@s

han permitido que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos. El material empírico relevado durante el trabajo de campo mostró que la activación de la Normativa de Atención pre y post aborto abrió un campo de legitimidad para hablar del aborto. Es decir, permitió que el aborto entrara en el discurso, adquiriese así una entidad de la que carecía; dejó de ser solo un acto silencioso.

Entre la biolegitimidad y la resistencia de las mujeres, se abre un rango de posibilidades donde el aborto voluntario refuerza las relaciones de género tal como son o pone una cuña en ellas. Dispara mecanismos de control para la permanencia o para la transformación de las relaciones sociales. Se trata de una situación extraordinaria en la vida de una mujer donde se tensan distintos ejes de poder. Las decisiones que toma, los pasos que sigue, la manera en que su entorno reacciona, el relacionamiento con la institución médica, todo va conformando o consolidando las relaciones de género. La situación de aborto atraviesa lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo político. Se abre una brecha cuando por un lado el aborto es asumido como concepto abstracto cuyo significado proviene de los principios éticos que lo definen; y por otro, constituye una práctica encarnada en la circunstancialidad de una mujer concreta. Como pudo observarse en algunos relatos, ciertas mujeres concentraban en sí mismas ambas formas de lidiar con el aborto. Por ello, la noción de "moralidad de la situación", con la que Petchesky (1984) da cuenta que una mujer puede decidir abortar en determinada circunstancia aún cuando no esté de acuerdo con el aborto, resulta esclarecedora para entender el fenómeno. Sin embargo, podríamos generalizar que, aún para aquellas mujeres que por razones éticas son contrarias al aborto, aunque lo hayan realizado; las mujeres que han vivido un aborto, junto a amplios sectores de la sociedad, lo visualizan como una acción que puede ejecutarse cuando una mujer lo considera necesario por los motivos que fuesen. Abortar es un verbo, es interrumpir un embarazo. Puede variar el valor asignado al embarazo y al *zef*. Por el contrario, legisladores, algunos ginecolog@s y sectores sociales diversos confluyen en considerar el aborto como concepto abstracto desde la ética, munido de principios universales que trascienden las

circunstancias vitales de las mujeres. En estos discursos, “*vida*” adquiere una centralidad absoluta, y más allá que algunos recursos argumentativos busquen sus fundamentos en la ciencia, ha quedado en evidencia que la conceptualización de ‘vida humana’ radica en el campo de la ética. Es un diálogo inviable, dos monólogos alternándose sin comunicación posible. A esto se suma una tercera posición, abierta a considerar el aborto en las circunstancias concretas en que ocurre, pero sin colocar a la mujer como protagonista. Acá, abortar también es un verbo, pero el sujeto no es la mujer. En esta posición se van sumando muchos de quienes proponen el aborto por causales; quienes no aceptan la agencia de la mujer sobre el acto de abortar.

Los discursos que gozan de legitimación social develaron la ausencia de la mujer como agente. Apenas en unos pocos aparecía como un ‘otro’ concreto, pero no más allá. El poder de decisión sobre la interrupción de un embarazo era atribuido a la religión, la moral, la ética y la ciencia. Apenas suavemente algún discurso señalaba a la mujer como agente, sujeto moral capaz de tomar sus decisiones. Había sin duda algunas puntos disonantes que muestran que la sociedad está siempre en movimiento y la cultura no es estática

El aborto voluntario como hecho social permitió observar la complejidad de las relaciones de género, siendo producto al tiempo que productor. En este entramado complejo se actualizan a la vez que se producen políticas del cuerpo y de la reproducción, con lo cual volvemos a las ‘estructuras objetivas’. Fue claro en algunos casos, como las estructuras objetivas se encarnaban en el individuo a través del *habitus* y se estructuraban nuevas estructuras que reproducían las vigentes. Pero también se mostró como existe erosión en los patrones instaurados desde tiempo atrás y los momentos de desorden y de resistencia explícita (Ortner, 1996), los cuales permiten la introducción de esas ‘cuñas’ que pueden desembocar en cambios. Pensar en la mujer como “agente” en tensión con el “control patrimonial del cuerpo” (Tamayo, 2001) en las distintas prácticas y discursos

analizados permite reparar en los posibles cambios en las políticas del cuerpo y la reproducción que están en la base de las relaciones de género y que se actualizan cada vez que una mujer decide abortar. Cada aborto contiene la complejidad de las relaciones de género.

BIBLIOGRAFIA COMPLETA

ABRACINSKAS, Lilian, LOPEZ GOMEZ, Alejandra (comp.) 2004 *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. MYSU, Montevideo.

ABRACINSKAS, Lilian, LOPEZ GOMEZ, Alejandra (comp.) 2007 *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. MYSU, Montevideo.

ABU-LUGHOD, Lila 1991 "Writing against culture", En: Richard Fox *Recapturing anthropology: writing in the present*. School of American Research Press, Santa Fe. pp 137-162.

----- 1993 *Writing women's worlds. Badouin stories*. University of California Press, Berkely & Los Angeles.

----- 2000 "Locating ethnography" *Ethnography* 1(2):261-267

ACHILLI, Elena 1992 *La investigación antropológica en las sociedades complejas. Una aproximación a interrogantes metodológicos*. Serie 1: Antropología y Disciplinas Conexas. Facultad de Humanidades y Artes, U.N.R., Argentina.

ADRIAZOLA, Gabriel 2002 "Alcances del secreto profesional del médico" *Revista Médica Uruguaya* 2002: 9-17

AGAMBEN, Giorgio (1998) *Homo sacer: El poder soberano y la vida desnuda*. Por-textos, Valencia.

- AGAR, Michael 1980 *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*. Academic Press, New York.
- AGGARWALL, Ravina 2000 "Traversing lines of control: feminist anthropology today", *Annals American Academy of Political and Social Science* (571):14-29.
- ALONSO, Justino; CUADROS, J.C 1998 "Incidencia del aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria", *Arch. ginecología obstétrica* (36):54-55.
- AMUCHÁSTEGUI, Ana 2001 *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. Population Council-Edamex, México.
- 2005 "Condiciones de posibilidad para el ejercicio del aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales". *Desacatos* 17:77-82.
- 2010 "¿Nueva ciudadanía? La experiencia del aborto legal entre mujeres de la Ciudad de México". Ponencia presentada en *Coloquio Género y Ciudadanía*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 17-21 mayo 2010. México.
- AMUCHÁSTEGUI, Ana; PARRINI, Rodrigo 2009 "Sexualidad: identidad y ciudadanía en el México contemporáneo", *Metapolítica* 67: 69-76.
- ANDRADE MONCAYO, Gilda; VARGAS, Gloria Maira y CORDERO VELÁSQUEZ, Tatiana 2006 "Inquietudes e interpelaciones sobre el aborto", *Entre voces, Número especial: La construcción de las izquierdas (Revista del Grupo Democracia y Desarrollo Local)*, Quito, Ecuador, mayo 2006. pp
- ANZALDÚA, Gloria. 1987 *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute Books, San Francisco
- AQUINO, Estela *et al.* 2003 "Adolescencia e reprodução em Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais", *Caderno de Saúde Pública* 19(2):5377-5388.

- ARAUJO, Kathya 2008 "Entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos: límites en el debate sobre sexualidades en América Latina" En: M. Prieto y K. Araujo (eds) *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. FLACSO Ecuador, Quito. pp 25-42.
- ARAYA GÓMEZ, Gabriela 2003. "Etnografía audiovisual y escrita: una reflexión desde la Antropología Feminista". *Revista austral ciencias sociales*, 2003, no.7, p.153-164
- ARDAILLON, Danielle 1994 "O aborto no judiciário: uma lei que jística a vítima", En: Cristina Bruschini, Bila Sorj (orgs.) *Novos olhares: mulheres e relações de genero no Brasil*. Marco Zero/Fundação Carlos Chagas , Sao Paulo. pp.213-250.
- 1997 *Cidadania de corpo inteiro. Discursos sobre o aborto em número e gênero*, Tesis de doctorado. Departamento de Sociología, FFLCH, Universidad de Sao Paulo, Brasil. (fotocopia)
- 1998 a "E a carne se fez verbo, abortos como versões e como metáforas", *XXII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS*. Caxambu, MG, 27 a 31 de outubro de 1998
- 1998 b "O aborto no Brasil: a lei que nega o direito". *XXI Congresso de LASA*. Chicago, 24-26 de setiembre.
- 1998 c "O corpo do aborto, falas e escritas, versoes e metáforas", En: *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. AEOA/CEDES/CENEP, Buenos Aires. pp 367-392
- ARDENER, Edwin 1975 "The problem revisited", En: Shirley Ardener *Perceiving women*. Dent, Londres
- ARENDR Hannah 1999 *Eichman en Jerusalén: Un estudio sobre la banalidad del mal*. Lumen S. A., Barcelona, España.

- ARILHA, Margareth; BARBOSA, Regina 1993 "Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'" *Reproductive Health Matters*, 2: 41-52
- 1993 "The Brazilian experience with Cytotec". *Studies in Family Planning*.24(4) 236-240
- AVILA, Marcelo; LAUDANO, Claudia 2000 "Deber del Estado y derechos reproductivos. Marco judicial y social", *Foro por los Derechos Reproductivos*, Aborto no punible, Concurso de ensayos: "peligro para la vida y la salud de la madre", En torno al art. 86 del Código Penal sobre el aborto, su significación actual. Buenos Aires, pp. 47-59.
- AYRES José Ricardo de Carvalho Mesquita. 2006. "Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade". *Cad. Saúde Pública*. [online], vol. 22, no. 6 [cited 2007-04-18], pp. 1335-1342. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000600022&lng=en&nrm=iso (visitado en julio 2007)
- BADINTER, Elizabeth 1992 *"Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal (s. XVII-XX)*, Paidós Ibérica, Madrid.
- BAMBERGER, Joan "El mito del matriarcado: ¿Por qué gobiernan los hombres en las sociedades primitivas? En: Michelle ZIMBALIST ROSALDO, Louise LAMPHERE (eds) *Woman, cultura and society*. Stanford University Press, Estados Unidos.
- BAJTIN, Mijail 1981 *The Dialogic Imagination*, Austin, University of Texas Press.
- BAJOS, Natalie ; FERRAND, Michèle y equipo GINÉ 2002 *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Inserm (Questions de santé publique), Paris.
- BANT, Astrid 1994 "Parentesco, matrimonio e intereses de género en una sociedad amazónica: el caso aguaruna" *Amazonia Peruana* 12(24):77-326

- BARBATO, Walter 1987 "Aborto inducido: epidemiología y profilaxis", *Cuadernos Médico Sociales* (42).
- BARRÁN, José Pedro 1992 *Medicina y sociedad en el '900. El poder de curar*. EBO, Montevideo, Uruguay.
- BARRÁN, José Pedro; NAHÚN, Benjamín 1979 *El Uruguay del Novecientos*. Banda Oriental, Montevideo.
- BARRANCO, Dora 1991 "Contracepción y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública", *Simposio Historia y Género: Pasado y presente de las mujeres argentinas*, Buenos Aires.
- BARRIG, Maruja 2001 *El mundo al revés: imágenes de la mujer indígena*. ASDI/CLACSO, Buenos Aires
- BASSEN, Paul 1982 "Present stakes and future prospects: the status of early abortions", *Philosophy and Public Affairs* 11(4):314-337.
- BEADMAN, Clive 2002 "Abortion in 1940s Spain: the social context", *Journal of gender studies* 11(1):55-66.
- BECK, Ulrich 1992 *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage, Londres.
- BENHABIB, Seyla 1992 *Situating the self. Gender, community and postmodernism in contemporary ethics*. Routledge, Nueva York.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas 1984 *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- BERMUDEZ, Violeta 1998 *Silencios Públicos, Muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América latina y el Caribe*. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM), Lima.

BIERNAT, Carolina 2005 "La eugenesia argentina y el debate sobre el crecimiento de la población en los años entreguerras", Cuaderno Sur. Historia (34): 251-273. Disponible en:

http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-76042005000100011&lng=es&nrm=iso, visitado en agosto 2010.

BIRMAN, Joel 2005 Arquivo da biopolítica. En: M.A. Loyola (org.) *Bioética: reprodução e gênero nasociedade contemporânea*. Brasília, Letras Livres, pp27-48

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola 1997 *Diccionario de Política*. Siglo veintiuno editores, México.

BOHANNAN, Laura 1964 [1954] *Return to laughter*. Doubleday, New York.

BORDO, Susan 1993 *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press, Berkeley.

BOLTANSKI, Luc 1971 "Les usage sociaux du corps", *Les Annales*, pp. 205-233. Paris.

----- 2004 *La condition foetale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard, Paris..

BONAN, Claudia 2003 "Sexualidad, reproducción y reflexividad: en busca de una modernidad distinta", En: ARAUJO, Kathya, IBARRA, Carolina (eds.) *Sexualidades y sociedades contemporáneas*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile. pp. 21-44.

BORGES, F.; DE PENA, Mario; MERCANT, M.; GALLINO, G. 1989 *Medicina Legal*. Oficina del Libro AEM.

BOURDIEU, Pierre 1977 *Outline of a theory of practice*. University Press, Cambridge.

----- 1985 *¿Qué significa hablar?*. Akal Universitaria, Madrid.

- 1994 *Razones Prácticas*. Ed. Anagrama S.A. Barcelona.
- 1999 [1993] *La miseria del mundo*. FCE, Argentina.
- 2000 [1998] *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona.
- 2002 *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Montessor, Buenos Aires
- 2005 [2004] *Esboço de auto-análise*. Compahia das Letras. San Pablo.
- 2010 [1980] *El sentido práctico*. Siglo XXI, Argentina.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBERON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude 1994 *El oficio de sociólogo*. Siglo Veintiuno Editores, México.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loic 1992 *Responses. Pour une anthropologie reflexive*. Editions du Soleil, Paris.
- BOYLE, Mary; MCEVOY, Jane 1998 "Putting abortion in its social context: Northern Irish women's experience of abortion in England". *Health* 2:283-304.
- BOZON, Michel 2004 *Sociologia da sexualidade*. Ed. FGV, Rio de Janeiro.
- BRANCATO, Rosana; CAMACHO Nicolás; FEIJÓ, Debora; LECUY, Gloria; MARTÍNEZ, Heberto; NAVILE, Silvia; SERE, Diego (1989 "¿Aborto u homicidio?", *Anales*, v. 2 Jornadas Uruguayas de Criminología. Editorial DNCPCR.
- BRANDÃO, Elaine Reis 2004 "Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil", En: Ma. Luiza Heilborn (org.) *Familia e sexualidade*. Editora FGV, Brasil. pp. 63-86.
- BRIOZZO, Leonel 2003 *El aborto provocado: un problema humano*. (fotocopia)

----- (coord.) 2002 *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo.

----- (ed.) 2007 *Iniciativa sanitaria contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. IS, Arena, Montevideo.

----- (comp.) 2008 *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay*. Dedos, Montevideo.

BRIOZZO, Leonel; LABANDERA, Ana; GORGOROSO, Mónica; PONS, José E. 2007 "Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo", En: Leonel Briozzo (ed.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo, Arena. pp. 21-44.

BRIOZZO, Leonel; RODRÍGUEZ, Fabián; LEÓN, Ima; VIDIELLA, Gonzalo; FERREIRO, Gustavo; PONS, José E. 2004 "Social issues in reproductive health: Unsafe abortion in Uruguay", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (85):70-73.

BRIOZZO, Leonel; RODRÍGUEZ, Fabián y PONS, José E. 2004 "Muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo: la verdad. Análisis sobre las conclusiones acerca de la morbimortalidad materna a las que arriba el artículo ¿Hay que ligar la vena cava en forma sistemática en la sepsis obstétrica?", *Arch. Gin. Obstet.*, (abril) 42 (1): 42-44.

BRIOZZO, Leonel; RODRÍGUEZ, Fabián; VIDIELLA, Gonzalo; FERREIRO, Gustavo; LEÓN, Ima; PONS, José E. 2004 "Unsafe abortion in Uruguay", *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (85): 70-73.

BRIOZZO, Leonel; RODRÍGUEZ, Fabián; ALONSO, Justo; PONS, José E.; GORGOROSO, Mónica; FREGEIRO, Juan; VIDIELLA, Gonzalo 2006a "Policlínicas de asesoramiento de mujeres que desean la interrupción voluntaria del embarazo. Impacto en el descenso de la mortalidad

materna”, *Segundo Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional*. Facultad de Psicología. pp. 281-288

BRIOZZO, Leonel; VIDIELLA, Gonzalo; RODRÍGUEZ, Fabian; GORGOROSO, Mónica; FAUNDES, Anibal; PONS, José E. 2006b “A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006 (95):221-226.

BRIOZZO, Leonel; VIDIELLA, Gonzalo; VIDARTE Beatriz; FERREIRO, Gustavo; CUADRO J.C.; PONS J. Enrique 2002 “El aborto provocado en condiciones de riesgo. Emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna”, En: *Revista Médica del Uruguay* 18(1): 4-14.

BROWN, Josefina 2006a “De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza”, En: Mónica PETRACCI y Silvina RAMOS (comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES, Buenos Aires. Pp. 131-156.

----- 2006b “Entre el silencio y el escándalo. El aborto como asunto de debate político en la Argentina”, ponencia presentada en *Fazendo Gênero* 7, Florianópolis.

BUGALHO Antonio; BIQUE Cassimo; ALMEIDA Luisa; FAUNDES Anibal 1993 “The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy.”, *Studies in family planning* 24(5): 319-323.

BUNCH, Charlotte; HINOJOSA, Claudia; REILLY, Niamh (eds) 2000 *Derecho de las mujeres son derechos humanos*. EDAMEX, México.

- BUNSTER, Ximena 1991 "Sobreviviendo más allá del miedo". Isis, *La mujer ausente. Derechos humanos en el mundo*. Isis Internacional, Chile. pp. 41-62.
- BUSTOS, Raúl; TOLEDO, Alfredo; QUESADA, Gustavo 1994 *Adolescencia: salud integral y embarazo precoz*. Ministerio de Salud Pública/UNICEF. Montevideo.
- CABRERA, Silvia *et al.* 2005 "Caracterización socioepidemiológica de las usuarias que consultan con intención de interrumpir su embarazo, en la policlínica ginecotocológica "A" de asesoramiento en el centro hospitalario Pereira Rossell por el período comprendido entre marzo y abril de 2005". Facultad de Enfermería.
- CAIROLI, Milton 1989 *Curso de Derecho Penal Uruguayo*, vol. 3. Ed. Fondo de Cultura Universitaria, Montevideo.
- CAMACHO, Nicolás; NAVILE, Silvia; LEWI, Gloria; FEIJÓ, Debora; MARTÍNEZ, Heberto; SERE, Diego; BRANCATO, Rosana; ASQUI, Cristina; BEGONIA, Adriana; NOSIGLIA, Fernando 1990 "¿Aborto u homicidio?", *Libro de Ponencias III Congreso Nacional Universitario, Congreso Latinoamericano de Derecho Penal y Criminología*. Edita Cuyo: Centro de Estudiantes de Derecho, Argentina.
- CAMPAGNOLI, Mabel A. 2000 "María Esther en el país de las pesadillas o de cómo rescatar nuestros cuerpos", *Foro por los Derechos Reproductivos. Aborto no punible. Concurso de ensayos: "peligro para la vida y la salud de la madre"*. En torno al art. 86 del Código Penal sobre el aborto. Su significación actual. Buenos Aires, pp 61-80.
- CARRIL, Elina; LÓPEZ GÓMEZ Alejandra 2008 *Entre el alivio y el dolor*. Ed. Trilce, Montevideo.
- CASTAÑEDA, Marta Patricia 2006 "La antropología feminista hoy: algunos énfasis claves" *Revista mexicana de ciencia políticas y sociales*

48(197):35-47

CAVIGLIA, Martha; MENÉNDEZ, Fernando 1995 "Una propuesta: despenalizar el aborto sin descriminalizarlo" (presentación de Pedro Montano Gómez), *La Justicia Uruguaya* (112). Ed. Doctrina.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), Ministerio de Salud Pública (MSP), Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1994 *Mujer y fecundidad en Uruguay: factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*. Trilce, Montevideo.

CHANETON, July; OBERTI, Alejandra 1998 "Cuando digo aborto....", En: AEPA, CEDES, CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires. Pp. 345-354.

CHARADEAU, Patrick; MAINGUENEAU, Dominique (2005) *Diccionario de análisis del discurso*. Amorrortu, Buenos Aires.

CHAZAN, Lilian Krakowski "O melhor filmed a miha vida!' O ultra-som, o corpo grávido e o corpo fetal", *VI Reunión de Antropología del Mercosur*, Montevideo, noviembre 2005.

CHECA, Susana 1998 "La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud", *Foro por los Derechos Reproductivos, Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Talleres Gráficos Leograf, Buenos Aires, pp. 103-117.

CHECA, Susana (ed.) 2006 *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires.

CHECA, Susana; ROSEMBERG, Martha I.; ERBSRP, María Cristina; SCHVARTZMAN, Elsa; MARIÑO, Andrea; ZAMBERLIN, Nina; GUTIERREZ, María Alicia 2003 "Estado de situación del aborto y la atención postaborto en Argentina". *Seminario Regional Monitoreo de la*

Atención de las Complicaciones Post aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril 2003. Buenos Aires

CHECA, Susana; ROSENBERG, Marta 1996 *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública.* El Cielo por Asalto, Argentina.

CHIAROTTI, Susana 2005 “Los derechos sexuales y reproductivos”, En: CANEVARI, Cecilia (coord.) *Reproducción, sexualidad y ciudadanía.* Barco Edita, Santiago del Estero, Argentina.

----- 2006 “El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina”, En: CHECA, Susana (comp.). *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad.* Paidós, Buenos Aires. Pp 91-111.

CHIAROTTI, Susana; GARCÍA JURADO, Mariana; SCHUSTER, Gloria 2000 “El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos”, *Foro por los Derechos Reproductivos. Aborto no punible. Concurso de ensayos: “peligro para la vida y la salud de la madre”. En torno al art. 86 del Código Penal sobre el aborto. Su significación actual.* Buenos Aires, pp. 19-46.

CIRIZA, Alejandra 2002a “Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en Argentina”, *El catoblepas. Revistas crítica del presente.* (2):18 <<http://www.nodulo.org/ec/2002/n009p18.htm#kp10>> Visitado en mayo de 2008.

----- 2002b “Pasado y presente. El dilema Wollstonecraft como herencia teórica y política”, En: BORÓN A. Atilio, DE VITA Álvaro (comp.) *Teoría y filosofía política. La recuperación de los clásicos en el debate latinoamericano: Tercera Parte. Ciudadanía, sociedad civil y estado en la teoría política.* CLACSO, Buenos Aires. pp 217-246.

----- 2007 “¿En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir”, En: HOYOS VÁZQUEZ, Guillermo *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. pp. 293-319 <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/hoyos/19Ciriza.pdf>>. Visitado en mayo del 2008.

CITRO, Silvia 2009 *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Editorial Biblos, Buenos Aires.

----- 2004 “La construcción de una antropología del cuerpo: propuestas para un abordaje dialéctico”, ponencia presentada en VII Congreso Argentino de Antropología Social. Villa Giardino, Córdoba, 25-28 de mayo de 2004.

COLLIER, Jane; YANAGISAKO, Sylvia 1989 “Theory in Anthropology Since Feminist Practice”, *Critique of Anthropology* (9): 27-37.

COMAROFF, Jean; COMAROFF, John 2003 “Ethnography on an awkward scale. Postcolonial anthropology and the violence of abstraction”. *Ethnography* 4(2):147-179.

CORCUFF, Philippe 2009 “Pierre Boudieu (1930-2002) leído de otra manera. Crítica post-marxista y el problema de la singularidad individual”. *Cultura y representaciones sociales* 4(7):9-26 Disponible en: <<http://www.culturayrs.org.mx/revista/num7/Corcuff09.pdf>> visitado en diciembre 2010.

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind 2001 (1994) “Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista”, En: FIGUEROA, Juan Guillermo (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. UNAM/PUEG/PUIS, México. pp. 99-135.

- CSORDAS, Thomas 1990 "Embodiment as a Paradigm for Anthropology", *Ethos*, 18(1): 5-47
- 1993 "Somatic modes of attention", *Cultural anthropology* 8(2):135-156.
- 1994 *Embodiment and Experience*. Cambridge University Press, Cambridge.
- 1999 "Embodiment and cultural phenomenology", En: WEISS, Gail; HABER FERN, Honi *Perspectivas on embodiment*. Routledge, New York. pp. 143-162.
- CUVI, María 2004 *Postmodernidad y cuerpos sexuados*. Conferencia dictada en la Universidad Andina Simón Bolívar, Quito.
- DA MATTA, Roberto 2004 "El oficio de etnólogo o como tener 'Antropological Blues'", en Mauricio BOIVIN, Ana ROSATO, Victoria ARRIBAS *Constructores de Otridad*. Antropofagia, Buenos Aires. pp. 172-178.
- DARRÉ, Silvana 2005 *Políticas de género y discurso pedagógico. La educación sexual en el Uruguay del siglo XX*. Trilce, Montevideo.
- DAVIS-FLOYD Robbie, ST.JOHN Gloria 1998 "The technocratic model of medicine". En: Robbie Davis-Floyd , Gloria St.John. *From doctor to healer: the transformative journey*. Rutgers University Press, New Jersey pp.15-48
- DE BARBIERI, Teresita 1991 "Sobre la categoría de género: una introducción teórico-metodológica", En: AZEREDO, S. *et al.* (Coord.) *Directos reproductivos*. Fundación Carlos Chagas (PRODIR), San Pablo. pp. 26-46
- 1996 "Certezas y malos entendidos sobre la categoría género", En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *Estudios básicos de derechos humanos IV*. (Serie Estudios de derechos humanos IV) Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. pp 47-84

- DE LAURETIS, Teresa 1999 *Sogetti eccentrici*. Feltrinelli, Milán.
- DEL PRIORE, Mary 1999 "Viagem pelo imaginário do interior feminino". *Revista brasileira de Historia* 19(37) Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010201881999000100009&script=sci_arttext&tlng=en visitado abril 2007.
- DEL RÍO FORTUNA, Cynthia 2007 "El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo", *Cuadernos de Antropología Social* (25): 169-188.
- DEVAULT, Marjorie 1990 "Talking and listening from women's standpoint: feminist strategies for interviewing and analysis" *Social problems* 37(1):96-116.
- DI GIOVANNI, Rosângela 1983 "Projetos de Vida: um estudo das representações femininas do aborto", *Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas*.
- DI TULLIO, Anabella 2006 "Discutiendo el contrato social: Mary Wollstonecraft y Carole Pateman", *VIII Jornadas de Historia de las Mujeres/III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*, 25-28 de octubre 2006. Universidad Nacional de Córdoba. (CD-Rom)
- DIDES, Claudia 2001 "La anticoncepción de emergencia. ¿Quiénes deciden sobre nuestros cuerpos y nuestra sexualidad", *Revista Nomadas*, 5(5) . Centro de Estudios de Género y Cultura de América Latina. Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- 2006 *Voces en emergencia: El discurso conservador y la pildora del día después*. FLACSO, Chile.
- DINIZ, Debora 1997 "¿O que é isso que chamamos antropologia da saúde em Brasil?", En: *Revista Múltipla* 1(2):41-64. UPIS (Inión Pionera de Integración Social), Brasil.

- ri2004 Abortion in Brazilian Bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Inglaterra 13(3):275-279
- 2008 “Bioética e Gênero”. *Bioética* (Brasília), 16: 207-216.
- 2010 “Bioethics and cultura” *Developing world bioethics* 10(3):ii-iii.
- DINIZ, Debora; ALMEIDA, Marco 1998 “Bioética y Aborto”, En: COSTA, Sérgio *et al.* (org.) *Iniciación a la Bioética*. CFM, Brasilia. pp. 125-138.
- DINIZ, Debora; GONZÁLEZ, Cristina 1998 “Bioética Feminista: a emergência da diferença”, *Revista Estudos Feministas*. 2(98):255-262.
- DINIZ, Debora; GUEDES, Cristiano 2009 “A ética na história do aconselhamento genético: um desafio à educação médica”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33: 247-252
- DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce 2000 “O Resgate do Político do conceito da vulnerabilidade”, *Bioética*, 7: 181-187.
- DOMÍNGUEZ MON, Ana 1997 “El consentimiento informado en salud: reflexiones sobre los sentidos sociales de la bioética”, En: ÁLVAREZ, Marcelo (comp.) *Antropología y práctica médica*. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires. pp. 25-42.
- 1998 “Debates y dilemas en la salud reproductiva de las embarazadas VIH positivas”, *Perspectivas bioéticas en las Américas* (6).
- 2000 “El enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Análisis antropológico de la noción de riesgo en el manual PALTEX de la OPS”, En: DOMINGUEZ MON, Ana *et al* *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Editorial Dunken, Buenos Aires.
- 2011 “La perspectiva de género en el abordaje ético de las investigaciones sociales”, En: Ma. Lucrecia ROVALETTI (ed.) *Avances y*

exigencias en la ética de la investigación en el campo de las ciencias sociales y/o humanas. Lugar Editorial, Buenos Aires

DOMINGUEZ MON, Ana; ROSTAGNOL, Susana 2004 "Las construcciones de género en las relaciones de campo", IV Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos, IDES, Buenos Aires, agosto 2004.

DOUGLAS, Mary 1978 (1973) *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología.* Alianza Editorial, Madrid.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aron 1992 *Risk and culture. An essay on the selection of technical and environmental danger.* University of California Press, Berkely.

DUFAU, Graciela 1998 *Regulación Jurídica del Aborto en el Uruguay.* GRECMU, Serie Lila, Montevideo.

----- 1997 *El tratamiento legal del aborto en América Latina y el Caribe. Informe Nacional de Uruguay.* Disponible en <<http://www.derechos.org/cladem/aborto/uru.html>> visitado en mayo de 2004.

----- 2002 *El Pacto de San José de Costa Rica y el aborto.* Disponible en <<http://www.cladem.org/espanol/nacionales/uruguay/uruguay1.asp>> visitado en mayo de 2004.

DURAND, Teresa; GUTIERREZ, Ma. Alicia 1998 "Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos", En: AEPA/CEDES/CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad.* Talleres Gráficos Leograff, Buenos Aires. pp 281-302.

ELIAS, Norbert 1989 *El proceso de la civilización.* Madrid, Fondo de Cultura Económica.

- EMERSON, Robert; FRETZ, Rachel; SHAW, Linda 1995 *Writing ethnographic fieldnotes*. University of Chicago Press. Estados Unidos.
- ENRIQUEZ, Lourdes; DE ANDA, Claudia (coord.) 2009 *Despenalización del aborto en la ciudad de México*. Universidad Autónoma de México/IPAS/Grupo de Información en Reproducción Elegida. México, DF.
- EPELE, María 1995 "Aportes de la antropología médica a la problemática del VIH-SIDA en la institución hospitalaria", *Revista Kallaway*, 2: 9-14.
- 1997 "Lógica causal y (auto)cuidado. Paradojas en el control médico del VIH-SIDA", *Revista del Centro Interdisciplinario de Ciencias Etnolingüísticas y Antropológico-Sociales*. Universidad Nacional de Rosario, 87-94.
- FASSIN, Didier 1999 "Santé et immigration. Les vérités politiques du corps", *Cahiers de l'URMIS*, (5): 69-76.
- 2001 "The biopolitics of otherness". *Anthropology today* 17(1):3-7
- 2004 [2000] "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud". En: *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 40, pp. 283-318, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá, 2004.
- FAUBION, James; MARCUS, George; FISCHER, Michael 2009 *Fieldwork is not what it used to be: learning anthropology's method in a time of transition*. Cornell University Press. Estados Unidos
- FAUNDES, Anibal (ed.) 2007. *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. s/l.

- FAUNDES, Anibal; BARZELATTO, José 2005 *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Tecnopres Ediciones, Tercer Mundo Editores, Bogotá.
- FEIJOO, Maria del Carmen 1996 "La influencia de los referentes teóricos y de los contextos sociales en la fijación de las agendas de investigación sobre las relaciones de género", En: GUZMÁN, Virginia; HOLA, Eugenia (eds.): *El Conocimiento como un hecho político*. Centro de Estudios de la Mujer, Santiago de Chile.
- FERNÁNDEZ, Ana María 2003 "Derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes: una cuestión de ciudadanía", En: CHECA, Susana (comp.) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Paidós, Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ, Ana María y TÁJER, Débora 2006 "Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos", En: Checa, Susana (comp.) *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires. Pp33-47
- FERREIRA, Jacqueline 1995 "Semiologia do corpo", En: FACHEL LEAL, Ondina (org.) *Corpo e significado. Ensaios de antropologia social*. Ed. da Universidade, Porto Alegre. Pp 89-104.
- FIGO/WHO Task Force 1997 *Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos*. CIEMCAMP Campinas, SP, Brasil.
- FIGUEIRA-MCDONOUGH, Josefina 1990 "Abortion, ambiguous criteria and confusing policies", *Affilia* 5(4):27-54.
- FIGUEROA, Juan Guillermo 2001 "Un apunte sobre ética y derechos reproductivos", En: GUILLERMO FIGUEROA, Juan (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. UNAM/PUEG/PUIS, México. pp. 303-310.

FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS 1998 *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Talleres Gráficos Leograf, Argentina.

----- 2000 *Aborto no punible, concurso de ensayo: "peligro para la vida y la salud de la madre". En torno al artículo 86 del Código Penal sobre el aborto, su significación actual*. Talleres Gráficos Leograf, Argentina.

----- 2003 *Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas*. Buenos Aires, 21-22 de abril.

FOUCAULT, Michael 1986 (1976) *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Ed. Siglo XXI, México.

-----1988 *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno editores, México.

----- 1991 *Microfísica del Poder*. La Piqueta, Madrid, España.

FRAISSE, Genvieve 1999 "L' habeas Corpus de femmes: une double revolution?", En: Etienne-Emile BAULIEU, Françoise HERITIER, Henry LERIDON *Contraception : Contrainte et Liberte?* Odile Jacob, Paris. pp. 53-60.

FRANKENBERG, Ronald 2003 "Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología", *Cuadernos de Antropología Social*, 17:11-27.

FRASER, Nancy 1993 "Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de la democracia realmente existente" *Debate feminista* 4(7):23-58. México.

- 1997 *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Universidad de los Andes y Siglo del Hombre Editores, Colombia.
- FREIRE COSTA, Jurandir 1998 "A medicina como projeto sócial". *Caderno Cepia*, No. 4 "Saber médico, corpo e sociedade"
- FRIED, Marlene 2006 "The politics of abortion: a note". *Indian journal of gender studies* 13:229-245.
- FUCHS, Catherine 1983 "Variations discursives" *Langages* (70):15-34
- GAGNON, John; SIMON, Paul 1973 *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Aldine, Chicago.
- GARCÍA PINTOS, Salvador 1934 *El nuevo derecho al aborto libre: su fundamentos jurídicos y biológicos*. Ed. Juan Zorrilla de San Martín, Montevideo.
- 1935 *El respeto a la vida: consideraciones biológicas y jurídicas*. Ed. A. Monteverde, Montevideo.
- GEERTZ, Clifford 1973 *The interpretation of cultures*. Basic Books, Nueva York.
- 1999 "Os usos da diversidade", *Horizontes antropológicos*, 10: 13-34. UFRGS, Brasil.
- GELLNER, 1994 *Postmodernismo, razón y religión*. Paidós, Buenos Aires.
- GIDDENS, Anthony 1979 *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. University of California Press, Berkeley
- 1990 *Consecuencias de la modernidad*. Alianza Ed., Madrid.

- 1995 *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Cátedra, España.
- GIL DOMINGUEZ, Andrés 1998 "Aborto voluntario: la constitucionalización de la pobreza", *La Ley, Suplemento de Derecho Constitucional*. Buenos Aires, 14 de diciembre. Pp
- GILLIGAN, Carol 1982 *In a different voice*. Harvard University Press, Estados Unidos
- GINSBURG, Faye 1989 *Contested lives. The abortion debate in an American community*. University of California Press, Los Angeles.
- 1999 [1992] "Cuando los nativos son nuestros vecinos". En: *Constructores de otredad*. En Mauricio BOIVIN, Ana ROSATO, Victoria ARRIBAS Antropofagia, Buenos Aires. pp. 186-193
- GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna 1991 "The politics of reproduction". *Annual review of anthropology* 20: 311-343.
- GOFFMAN, Erving 1970 *Ritual de la interacción*. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- 1997 *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GOGNA, Mónica; RAMOS, Silvina 1996 "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública", *Perspectivas bioéticas en las Américas*, 2. FLACSO, Buenos Aires. pp
- GOGNA, Mónica; GUTIÉRREZ, María Alicia; RAMOS, Silvina 1998 "Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de Mujeres autoconvocadas para Decidir en Libertad (Argentina)", En: *Saúde reprodutiva na America Latina e no Caribe. Temas e problemas*. PROLAP, ABEP e NEPO/UNICAMP, Editora 34, Campinas. pp

- GOLDE, Peggy (ed.) 1970 *Women in the field: anthropological experiences*. University of California Press. Berkeley.
- GONZÁLEZ DE LEÓN AGUIRRE; Deyanira 1995 "Los médicos y el aborto", *Salud pública en México* 37(3):248-255.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (coord.) 1993 *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. El Colegio de México, México, D.F.
- GONZALEZ VÉLEZ, Ana Cristina (coord.) 2008 *Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Cotidiano Mujer, Montevideo.
- GOODALE, Jane 1971 *Tiwi wives : a study of the women of Melville Island, North Australia*. University of Washington Press, Seattle.
- GORGOROSO, Mónica; CAMBRE, Leticia; FIOL, Verónica (2009) *Iniciativas Sanitarias: Un proyecto y sus resultados*. 6p. Mimeo.
- GREGORIO GIL, Carmen 2006 "Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder", *AIBR-Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1):22-39
- GRIMBERG, Mabel 1995 "Sexualidad y construcción social del Sida: las representaciones médicas" *Cuadernos médico sociales*, (70):37-51.
- 1999 "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención del vih-sida en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires", *Cuadernos médico sociales*, (75): 65-76.
- 2001 "Sexualidad, cuidado sexual y Vih-sida. Problemáticas de prevención en jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires", *Revista ensayos y experiencias. Revista de Psicología en el campo de la educación*.

- 2002 “Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al vih/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género”, *Horizontes antropológicos*, 8 (17): 47-75.
- 2003 “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”. *Cuadernos de antropología social*, 17: 79-99.
- GROS ESPIELL, Héctor 1996 “La convención Americana sobre Derechos Humanos y la interrupción voluntaria del embarazo”, *Revista jurídica del centro de estudiantes de derecho* 5(11):11-13, junio 1996.
- GUBER, Rosana 1991 *El salvaje metropolitano*. Editorial Legasa, Buenos Aires.
- GÜESMEZ, Ana 2006 “Estado laico, democracia y aborto”, En: CHECA, Susana (comp.). *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires. Pp131-149
- GÜIDA, Carlos; RAMOS, Valeria; VITALE, Angélica 2006 “Conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos”, *Segundo Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional*. Facultad de Psicología. pp. 363-400.
- GUILLAUME, Agnes; LERNER, Susana 2006 *El aborto en América Latina y el Caribe*. CEPED (Centre de Developpement), Paris. [http://www.ceped.org/cgi/wwwisis.cgi/\[in=../cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/genisis.in\]/](http://www.ceped.org/cgi/wwwisis.cgi/[in=../cdrom/avortement_ameriquelatine_2006/sp/genisis.in]/).
- GUTIÉRREZ, María Alicia 1998 “Parirás con dolor: aborto, derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesiástica”, *Foro por los Derechos Reproductivos Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Talleres Gráficos Legraf, Buenos Aires. pp. 75-93.

- 2000 "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres", En: ABREGÚY, M.; RAMOS, Silvina (comps.) *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*. CEDES, CELS, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, Buenos Aires. 2 (3).
- 2002 "Iglesias, política y derechos sexuales y reproductivos: estado actual en Latinoamérica.", En: CLADEM, *Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos*. CLADEM, Lima. pp 59-78
- 2004. "Silencios y susurros: La cuestión de la anticoncepción y el aborto", En: CÁCERES C. et al (eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate*. UPCH, Lima. pp. 129-140
- GUTIERREZ, Ma. Alicia; VÁZQUEZ, Sandra; CALANDRA, Nilda y BERNER, Enrique 2006 "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de Misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes", En: CHECA, Susana (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires.
- HARAWAY, Donna 1990 "A manifesto for cyborgs: science, technology and socialist feminism in the 1980's", En: NICHOLSON, Linda (ed.) *Feminism/postmodernism*. Routledge Press, Nueva York y Londres. pp 190-234.
- HARAWAY, Donna 1991 "Situates Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", En: *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. Routledge, New York. Capítulo 9.
- HARDEN, Angela; OGDEN, Jane 1999 "Young women's experiences of arranging and having abortions" *Sociology of health and illness* (21):426-444

- HASTRUP, Kirsten 1992 "Writing ethnography: state of the art." In: J. Okely and H. Callaway, *Anthropology and autobiography*. Routledge, London pp 116-133.
- HEILBORN, Luiza 1997 "Corpo, sexualidade e gênero", En: DOURADO, Denise (comp.) *Femenino-masculino. Igualdade e diferença na justiça*. Sulina, Porto Alegre.
- 2006 "Experiencia da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenil", En: HEILBORN, Ma. Luiza et al. (org.) *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Garamond y Fiocruz, Brasil. pp 30-59.
- HELLER, Agnes 1985 (1970) *Historia y vida cotidiana. Aportaciones a la soicología socialista*. Grijalbo, México.
- HÉRITIER, Françoise 1991 "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso", En: FREE, Michel; RADAFF, Ramona y TAZI, Nadia (eds) *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Taurus, Madrid. pp 281-299.
- 2007 *Femenino/masculine II. Disolver la jerarquía*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- HERNÁNDEZ, Aída 2005 "On Feminisms and Postcolonialisms: Reflections South of the Rio Grande". Disponible en:
<<http://www.ciesas.edu.mx/proyectos/pagina/t/aida/aidapublicaciones8.pdf>> (visitado en noviembre de 2008).
- 2004 "Postmodernismos y feminismos: Diálogos, coincidencias y resistencias" *Desacatos*
- HERRERA, Susana 2004 *El aborto inducido: ¿víctimas o victimarias?* Catalonia, colección género, cultura y sociedad, Santiago de Chile.

HOOGLAND, Renée 2002 "Fact and fantasy: the body of desire in the age of posthumanism", *Journal of gender studies* 11(3):213-231.

Iglesia Evangélica Valdense-Comisión de Bioética, 2004 Comunicado A los miembros de la Honorable Cámara de Senadores. Colonia Miguelete. Disponible en: <http://www.chasque.apc.org/frontpage/aborto/01noti022.htm> (visitado en marzo 2005)

IRIGARAY, Luce 1974 *Speculum. De l'autre femme*. Minuit, Paris.

JACKSON, Anthony (ed.) 1987 *Anthropology at home*. ASA Monographs, 25. University Press, Cambridge.

JACKSON, Michael 1983 "Knowledge of the body", *Man* (18):327-345.

JIMENO, Myriam 2004 *Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

----- 2005 "La vocación crítica de la antropología en Latinoamérica", *Antípoda* 1:43-65.

JONES, Daniel 2007 "El debate parlamentario sobre la 'Ley de Defensa de la Salud Reproductiva' en Uruguay (2002-2004)", En: ABRACINSKAS, Liliana; LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra (coord.) *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Montevideo, MYSU. pp 53-98.

KERBER, Lisa 1998 "Sin and sacrifice: Defining abortion in Belo Horizonte, Brazil", Ponencia presentada en el XXI Congreso de LASA, Chicago 24-26 noviembre.

<<http://lanic.utexas.edu/project/ilassa/conference/1999/papers/kerber.htm>> visitado en abril de 2008.

- KLEIN, Laura 2000 "Cómo pensar el aborto terapéutico", *Foro por los Derechos Reproductivos. Aborto no punible. Concurso de ensayos: "peligro para la vida y la salud de la madre". En torno al art. 86 del Código Penal sobre el aborto. Su significación actual.* Buenos Aires. pp 97-121.
- 2005 *Fornicar y matar. El problema del aborto.* Planeta, Buenos Aires.
- KNAUTH, Daniela 1997 "Maternidade sob o signo da AIDS: Um estudo sobre mulheres infectadas", En: de OLIVEIRA COSTA, Albertina (comp.) *Direitos tardios. Saúde, sexualidade e Reproducao na América Latina.* Fundacao Carlos Chagas, Editora 34, San Pablo. Pp 39-65
- KROTZ, Esteban (1991) "Viaje, trabajo de campo y conocimiento antropológico", *Alteridades* 1(1):50-57
- KUMAR SRIVASTAVA, Vinay 2005 *Methodology and fieldwork.* Oxford Indian Paperbacks. India.
- LABASTIE, Mariana 2009 "Diez años de discusión: Ley de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Actores y discursos", *VIII Jornada de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales.* UDELAR, Montevideo.
- LAGARDE, Marcela 1996 "Identidad de género y derechos humanos", En: L. GUZMÁN STEIN y G. PACHECO (comp.) *Estudios básicos de derechos humanos IV.* Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica. pp. 85-126.
- 1997 *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- 2002 "Antropología, género y feminismo", En: Griselda GUTIÉRREZ CASTAÑEDA (coord.) *Feminismo en México. Revisión histórico-crítica del siglo que termina.* UNAM/PUEG, México.

- LAMAS, Marta 1997a "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'", en: M. LAMAS (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia Sexual*. Miguel Angel Porrúa/PUEG, México. pp.327-366.
- 1997b "The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico", *Reproductive health matters*, 10:58-67
- 2001 *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. Plaza Janés, México.
- 2004 "Aborto: viejo problema y nuevos dilemas", *Perinatalogía y Reproducción Humana*. pp (18):34-43.
- 2005 "Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo". *Desacatos* 17:57-77.
- 2008 "El aborto en la agenda del desarrollo de América Latina", *Perfiles latinoamericanos*, 31:65-94.
- LAMBEK, Michael (1998) "Body and mind in mind, body and mind in body: some anthropological interventions in a long conversation", en: M. LAMBECK y Andrew STRATHERN *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge University Press, New York. pp 103-123.
- LANGÓN, Miguel 1979 (a) "El proyecto uruguayo de ley sobre interrupción voluntaria de la gravidez del año 1979", *Revista La Justicia Uruguaya* (91)
- 1979 (b) *Interrupción voluntaria de la gravidez*. Ediciones Jurídicas Amalio M. Fernández, Montevideo
- 1985 "Primeros datos estadísticos elaborados por el Centro de Investigación y Estudios Criminológicos (causas de homicidios y abortos sentenciados en el año 1982)", *La Justicia Uruguaya* (90)

- LAQUEUR, Thomas 1990 *Making sex. Body and gender form the greeks to Freud*. Harvard University Press, Estados Unidos.
- 1991 "Amor veneris, vel dulceo appeletur", en: Michel FEHER, Ramona NADDAFF, Nadia TAZI (eds.) *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Taurus, Madrid. pp 91-131.
- LAUDANO, Claudia 1998 "Cuando el aborto está en los medios", *Foro por los Derechos Reproductivos Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Talleres Gráficos Legraf, Buenos Aires. pp 119-130.
- LEACH, Edmund [1954] 1977 *Sistemas políticos de Alta Birmania. Estudio sobre la estructura social Kachim*. Anagrama, Barcelona.
- LEAL FACHEL, Ondina; LEWGOY, Bernardo 1995 "Pessoa, aborto e contracepcao", En: LEAL FACHEL, Ondina (org.) *Corpo e significado. Ensaio de antropologia social*. Ed. da Universidade (URFGS), Porto Alegre. pp 57-75.
- LE BRETON, David 1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- LEE, Ellie 2003 *Abortion, motherhood and mental health*. Aldine de Gruyter, Nueva York.
- LERIDON, Henry 1995 *Les enfants du désir*. Julliard, Paris
- LEVI-STRAUSS, Claude 1976 *Antropología estructural*. Eudeba, Buenos Aires.
- LEVI-STRAUSS, Claude 1979 "Introducción", En: MAUSS, Marcel *Sociología y antropología*. Tecnos, España.

- LI PUMA, Edward 1998 "Modernity and forms of personhood in Melanesia", En: Michael LAMBECK y Andrew STRATHERN *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge University Press, Reino Unido. pp 53-79.
- LINS RIBEIRO, Gustavo 1988 "Descotidianizar: extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica", *Cuadernos de Antropología Social* 1(2):65-70.
- LINTON, Sally 1979 "La mujer recolectora: sesgos machistas en antropología", en: Olivia HARRIS y Kate YOUNG (comp.) *Antropología y feminismo*. Anagrama, Buenos Aires, pp 35-46
- LISTA, Carlos A. 1996 "El debate sobre la despenalización del aborto. Androcentrismo y consenso normativo", *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, CENEP/OMS, CEDES, AEPA, Buenos Aires, 6-7 mayo.
- 2001 "El debate subyacente: aborto y cosmovisiones morales", En: FIGUEROA, J.G. (coord) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. UNAM, México.
- LLOVET, Juan José; RAMOS, Silvina 1988 *La práctica del aborto en mujeres de sectores populares de Buenos Aires*. Documento CEDES, 4, Buenos Aires.
- LOCK, Margaret 1993 "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge", *Annual Review of Anthropology* (22): 135-155.
- LOCK, Margaret; SCHEPER-HUGHES, Nancy 1987 "The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology", *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.

- LÓPEZ, Elsa 1997 *Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva*. Colección sociedad, Oficina de publicaciones del CBC, UBA, Buenos Aires.
- LOREA, Roberto Arriada 2006 "Acceso ao aborto e liberdades laicas", *Horizontes antropológicos* 12(26): 185-201.
- LOYOLA, Maria Andréa 1984 *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. Difel, São Paulo.
- LOZANO, Fernanda; FERNÁNDEZ, Salomé; RODRÍGUEZ, Hugo 2007 "Muerte materna por aborto inseguro como falla del pimer nivel de atención" *Revista médica uruguaya* 23:389-390.
- LUGONES, María; SPELMAN, Elizabeth 1986 "Have we got a theory for you! Feminist theory, cultural imperialism and the demand for 'the woman's voice'", En: EARSSALL, Marily (coord.) *Women and values: readings in recent feminist philosophy*. Belmont, California, Wadworth. pp 19-31.
- LUNA, Florencia 1995 "Introducción", En: LUNA, Florencia; SALLES, Arleen (intr. y selección de artículos) *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires. pp 41-55.
- LUNA, Florencia, SALLES, Arleen 2008 *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- LUPTON, Deborah (coord.) 1999 *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. University Press, Cambridge.
- LUPTON, Deborah; TULLOCH, John 1998 "The adolescent 'unfinished body', reflexivity and HIV/AIDS risk", *Body and society* 4(2): 19-34.
- MCGRAW, Jason 2007 "Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial en la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930", *Revista*

Estudios Sociales (27):62-75. Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/815/81502705.pdf>> visitado agosto
2010.

MACCORMACK, Carol, STRATHERN, Marilyn 1980 *Nature, culture and gender*.
Cambridge University Press, Cambridge.

MACHADO, Ma. das Dores 1997 "Identidade religiosa e moralidade sexual
entre católicos e evangélicos", En: COSTA, Albertina (org.) *Direitos
tardios: saúde sexualidade e reprodução na America Latina*.
PRODIR/FCC, Ed. 34, Sao Paulo.

MADAN, Triloki N. 2004 "In pursuit of anthropology", En: Vinay Kumar
Srivastava (ed.) *Methodology and fieldwork*. Oxford University Press,
India.

MAIER, Kelly 1989 "Pregnant women: fetal containers or people with rights?",
Affilia 4 (2):8-20.

MAFFIA, Diana 2006 "Aborto no punible, ¿qué dice la ley argentina? En:
CHECA, Susana (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el
derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires, pp. 149-158.

MALET VÁZQUEZ DE OLMOS, Mariana C. 1994 "Algunos comentarios sobre los
proyectos de interrupción de la gravidez", En: *Revista de la Facultad
de Derecho* (6). pp

MALINOWSKI, Bronislaw 1978 (1922) *Argonauts of the Western Pacific*.
Routledge & Kegan, Reino Unido.

MANN, Jonathan *et al.* 1992 *Aids in the world*. Harvard Universtiy Press,
Reino Unido.

MANNINEN, Bertha 2007 "Revisiting the argument from fetal potencial,
Philosophy, ethics, and humanities", *Medicine* 2:7, disponible en <
<http://www.peh-med.com/content/2/1/7>> visitado en febrero 2008.

MARTIN, Emily 1987 *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press, Boston.

----- 2007 "The egg and the sperm: how science has constructed a romance baswed on stereotypical male-female roles", en: Margaret LOCK y Judith FARQUHAR (eds.) *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life*. Duke University Press, Estados Unidos. pp 417-427.

MATOSO, Elina 2003 *El cuerpo, territorio de la imagen*. Ed. Letra Viva, Buenos Aires.

MATTINGLY, Susan 1998 "La díada materno-fetal. Una exploración del modelo obstétrico de dos pacientes", En: LUNA, Florencia; L. F. SALLES, Arleen (intr. y selección de textos) *Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Ed. Sudamericana, Argentina. pp 427-441.

MATUS MADRID, Christian 2005 "Una aproximación etnográfica a los códigos de la sexualidad ocasional en jóvenes urbanos". El Carrete como escenario Vol. 12 N° 22 Santiago.

MAUSS, Marcel 1979 *Sociología y antropología*. Tecnos, España.

----- 1979 (1937) "Las técnicas del cuerpo", En: *Sociología y antropología* pp 309-336 Tecnos, España.

MEILLASSOUX, Claude 1977 *Mujeres, graneros y capitales. Economía doméstica y capitalismo*. SigloXX. México.

MEJÍA, María Consuelo 2001 "El aborto inducido: un dilema ético", En: GUILLERMO FUIGUEROA, J. (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. PUEG, México. pp. 311-323

----- 2003 "Sexualidad y derechos sexuales: el discurso de la Iglesia Católica", *Debates Feministas* (27): 45-56.

- MELONI Viera, Elisabeth 1999 "A medicalização do corpo femenino", En: GIFFIN, K.; HAWKER COSTA, S. (orgs.) *Questões da saúde reprodutiva*. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. pp. 67-78.
- MENEDEZ, Eduardo 1984 "Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico", *Revista Paraguaya de Sociología*, 21(61): 153-171.
- MERLEAU PONTY, Maurice 1964 *The primacy of perception*. Northwestern University Press. Estados Unidos.
- 1993 (1945) *Fenomenología de la percepción*. Planeta, Buenos Aires.
- MESA, Serrana; VIERA, Mariana 2004 "Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica", *VII Congreso Argentino de Antropología Social*, Villa Giardino, Córdoba. (Edición digital)
- MEYER Dagmar E. Estermann; DE MELLO Débora Falleiros; VALADÃO Marina Marcos; AYRES José Ricardo de Carvalho Mesquita 2006. "Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade". *Caderno de Saúde Pública* 22(6): 133-1342.
- Ministerio de Educación y Cultura, Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (MEC/INFM) 1995 *Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*. INFM, Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública s/f *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo.
- MITJABILA, Miriam; ECHEVESTE, L. 1994 "Sobre la construção social do discurso em torno da maternidade", En: COSTA de OLIVEIRA, A.; AMADO, T. (orgs.) *Alternativa escassas. Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Fundación Carlos Chagas/Editora 34, San Pablo. pp. 283-300

- MOHANTY, Chandra 1984 "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses". *Boundary 2*, Durham, v. 12, n. 3, p. 333-358.
- 2003 "'Under western eyes' Revisited: Feminist solidarity through anticapitalist struggles", *Signs: Journal of women in culture and society*, 28(2):499-535.
- MONCHAMP, Anne 2007 "Encountering emotions in the field: an X marks the spot" *Anthropology matters Journal* 9(1):1-7.
- MONTANO GÓMEZ, Pedro 1995 "Análisis crítico del proyecto de 16 de junio de 1994 de despenalización del aborto en el Uruguay", *La Justicia uruguaya* (111): 225-233.
- MONTEIRO, Simone 2000 "Gênero, saúde e proteção entre jovens: um perfil tradicional", *XXIV Encontro Anual da ANPOCS*.
- MOORE, Henrietta 1991 [1988] *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Madrid
- MOREIRA, Costanza. 1999 "Salud reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil". Ponencia presentada en el Foro-Debate "Población, salud y género", organizado por Mujer y Salud, Uruguay (MYSU) 28 de mayo de 1999.
- MUJICA, Jaris 2007 *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Promsex, Lima.
- NACIONES UNIDAS 1993 *Conferencia Mundial de Derechos Humanos 1993*, Viena.
- NARAYAN, Kirin 1993 "How native is a 'native' anthropologist?", *American Anthropology* 95(3):671-686.

- NARAYAN, Uma; HARDING, Sandra (eds.) 2000 *Descentering the center. Philosophy for a multicultural, postcolonial, and feminist world.* Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press.
- NARI, Marcela 2004 *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940.* Biblos, Buenos Aires.
- NASH, June 1979 *We Eat the Mines and the Mines Eat Us: Dependency and Exploitation in Bolivian Tin Mines.* Colombia University Press, Nueva York.
- NICHTER, Mark 2006 "Reducción de daño: una preocupación central para la antropología médica", *Desacatos* (20): 109-132.
- NOONAN, John T. 1970 "An Almost Absolute Value in History". In J.T Noonan (ed.) *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives.* Harvard University Press, Boston pp.51-59.
- NOVIK, Susana 2003 "Democracia y fecundidad: políticas relacionadas con la salud reproductiva y la anticoncepción. Argentina 1983-2001", *IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires.* Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.
- NUGENT, Guillermo 2004 "De la sociedad doméstica a la sociedad civil: una narración de la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú", En: DIDES, Claudia (comp.) *Diálogos Sur-Sur, sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú.* Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Progénero, Santiago de Chile. Pp 105-124.
- 2005 "El orden tutelar. Para entender el conflicto entre sexualidad y políticas públicas en América Latina". *La trampa de la moral única, argumentos para una democracia laica.* Lima. pp 6-35.
- NUNES, M. José F. Rosado 1995 "A discussao atual na igreja catolica sobre o aborto", *Linha direita*, (3).

- O'BRIEN, Denise 1984 " 'Women never hunt': The portrayal of women in Melanesian ethnography" . In: D. O'Brien; S. W. Tiffany *Rethinking women's roles. Perspectives from the Pacific.* University of California Pres, United States
- O'BRIEN, Denise; TIFFANY, Saron(eds.) 1984 *Rethinking women's roles. Perspectives from the Pacific.* University of California Press, Berkeley & Los Angeles.
- OAKLEY, Ann 1998 "Gender, methodology and people ways of knowing: some problems with feminism and the paradigm debate in social science", *Sociology* 32(4): 707-731.
- OAKS, Laury 2000 "Smoke-filled wombs and fragile fetuses: the social politics of fetal representation", *Signs* 26(1): 63-108.
- OKELY, Judith 1975 "The self and the scientifism", *Journal of Anthropology Society of Oxford* 6(3):171-188
- 1992 "Anthropology and autobiography: participatory experience and embodied knowledge", En: OKELY, J.; CALLAWAY, H. *Anthropology and autobiography.* Routledge, London. pp 1-18.
- OLIVARES, Cecilia 2001 "Dilemas éticos de la interrupción del embarazo", En: GUILLERMO FIGUEROA, Juan (coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción.* UNAM/PUEG/PUIS, México. pp 219-226.
- OLIVÉ, León 1999 *Multiculturalismo y pluralismo.* Editorial Paidós y Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de México, México.
- ONO, Sarah 2003 "Feminims without women: Experimentation and expansion in feminist anthropology". In: ONO, Sarah & COMITO, Jacqueline. *Who's afraid of Margery Wolf: tributes and perspectives on anthropology, feminism and writing ethnography - An anthology by students of Margery Wolf.* University of Iowa. Working Paper # 277, January, 2003.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD 1993 *Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion.* WHO/Division of Family Health, 1993 (WHO/FHE/MSM/93.13). Ginebra
- 1996 *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF.* Geneva.
- 2000 *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* OMS, Ginebra.
- ORTNER, Sherry 1984 "Theory in anthropology since the sixties" *Comparative studies in sociology and history*, 26(1):126-166
- 1996 *Making Gender: the politics and erotic of culture.* Beacon Press Books, Estados Unidos
- ORTNER, Sherry; WHITEHEAD, Harriet 1981 *Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality.* Cambridge University Press, Cambridge.
- OVERING, Joanna 1985 "Introduction" En: Joanna OVERING (ed.) *Reason and morality.* Gran Bretaña, Cambridge U. Press. pp 1-28.
- PADOVANO, Anthony (2004) *Opciones de vida. Hacia una teología católica sobre reproducción elegida.* Católicas por el Derecho a Decidir, México.
- PALMA, Zulema 1998 "El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la Argentina democrática", *Foro por los Derechos Reproductivos Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.* Talleres Gráficos Legraf, Buenos Aires. pp 95-102.
- PALMER, Julie 2009 "Seeing and knowing. Ultrasound images in the contemporary abortion debate". *Feminist theory* 10(2):173-189.

- PAREDES PIQUÉ, Susel 2004 "El aborto en América Latina. Documento preliminar". *Reunión Regional de la Campaña 28 de septiembre por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe, agosto 2004*. Centro de la Mujer Peruana. 'Flora Tristán'
- PARRAS, Micaela; RANCE, Susanna 1997 "Aborto e anticoncepção na interação da consulta médica: um estudo de caso", En: DE OLIVEIRA COSTA, Albertina (org.) *Direitos tardios. Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Fundação Carlos Chagas, Editora 34, San Pablo. pp 225-248.
- PATEMAN, Carole 1988 *The sexual contract*. Stanford U. Press, Estados Unidos
- 1996 "Críticas feministas a la dicotomía público/privado.", En: CASTELLA, C. (comp.) *Perspectivas feministas en teoría política*. Paidós, España.
- PECHENY, Mario 1998 "Legislaciones sobre aborto: un análisis comparado", En: MENDES DIZ, A.; FINDLING, L.; A. Federico; PETRACCI, M. (eds.) *Salud y población: cuestiones sociales pendientes*. Espacios, Buenos Aires. pp. 87-101.
- 2005 "Yo no soy progre, soy peronista: Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?", *VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Buenos Aires, 25, 26 y 27 de julio de 2005.
- PECHENY, Mario; FIGARI, C.; JONES, Daniel 2008 *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Libros del Zorzal, Buenos Aires.
- PECHENY, Mario; PETRACCI, Mónica 2007 "Derechos sexuales y reproductivos, legislación y políticas", *Revista Medicina (Argentina)* 67, (1): 162.

- PEDRO, Joana 2000 "Antigas praticas, novos problemas. Aborto e inanticidio na historia", 9º *Programa de estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade*. NEPO (Núcleo de Estudos de População), Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- (org.) 2003a *Práticas proibidas. Práticas costumeiras do aborto e infanticídio no século XX*. Cidade Futura, Florianópolis.
- 2003b "Entre a bomba populacional e o direito das mulheres Ponencia presentada en *Mesa: Antropología y Feminismo VII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres/ II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*. Universidad Nacional de Salta/Comisión de la Mujer. Salta 24-26 de julio 2003. Argentina
- PEIRANO, Mariza 1995 *A favor da etnografia*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- 1998 "When Anthropology is at Home: The Different Contexts of a Single Discipline" *Annual Review of Anthropology*, 27:105-128
- PEREIRA, Irotilde et al. 2002 *Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. Católicas por el Derecho a Decidir, San Pablo.
- PEREZ, Amanda (coord.) 1994 *Aborto: voces de una polémica*. Arca, Montevideo.
- PÉREZ FERREIRO, María 1992 "Naturaleza jurídica del aborto con resultado lesión o muerte", *Revista INUDEP*, 8(11)
- PETCHESKY, Rosalynd 1985 *Abortion and woman's choice*. Verso, London.
- PETRACCI, Mónica 2009 "Sondeos y políticas: la opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 2003-2006", en BRAUN, María y STRAW, Cecilia (comp.), *Opinión pública. Una mirada desde América latina*. Emecé, Buenos Aires. pp. 429-441.

- PETRACCI, Mónica; PECHENY, Mario 2007. *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. CEDES, Buenos Aires.
- PETRACCI, Mónica; PECHENY, Mario; MATTIOLI, Marina 2009 “Derechos sexuales, contracepción y aborto: el caso argentino”, *Congreso LASA 2009*. Rio de Janeiro.
- PETRACCI, Mónica; RAMOS, Silvina (comp) 2006 *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES, Buenos Aires.
- PETRACCI, Mónica; SZULIK, Dalia 2000 “La opinión pública frente a la despenalización del aborto”, En: DOMÍNGUEZ MON, A.; A., Federico; FINDLINGM, L.; MÉNDEZ DIZ, A. (comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Ed. Dunken, Buenos Aires.
- PIENOVI, M.L.; BLOIS, F.; RODRÍGUEZ, G. 1987 “Cifras sobre aborto provocado en Uruguay”, *Revista Uruguaya de Sexología* 6(3-4): 7-19.
- PNUD 2002 *Informe de Desarrollo Humano en Uruguay*. PNUD, Montevideo.
- PONS, J. E.; MEDINA, R.; CUADRO, J. 2002 “Introducción”, En: BRIOZZO, Leonel et al. *Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Realizado en Condiciones de Riesgo*. SGU, SMU, Facultad de Medicina, Montevideo. pp 19-23
- RABINDRANATHAN, Sunanda 2003 “Women’s decision to undergo abortion: A study based on Delhi clinics”, *Indian Journal of Gender Studies* (10): 457-473.
- RAMÍREZ, Marta Celia 1999 “Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntario”, Disertación de Maestría presentada al Departamento de Antropología Social del Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Estatal de Campinas, UNICAMP. (fotocopia).

- 2005 "Preeminencias femininas e ausencias masculinas no aborto voluntário", En: AVILA, Ma. Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verónica (orgs.) *Novas legalidades e democratização da vida social: familia, sexualidade e aborto*. Garanomd Universitaria, Rio de Janeiro. pp. 241-252.
- RAMOS, Silvina; GOGNA, Mónica; PETRACCI, Mónica; ROMERO, Mariana; SZULIK, Dalia 2001 *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* CEDES, Buenos Aires.
- RAMOS, Silvina; GUTIERREZ, María Alicia (eds.) 2002 *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Cuadernos del Foro, 4 (5). CEDES, FLACSO, CELS, Buenos Aires.
- RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana 1998 "El aborto en la Argentina: problema de salud pública y equidad social", *Ginecología y Reproducción* 6(3):108-120.
- RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana; ARIAS FEIJOÓ, J. 2009 "Aborto inducido na Argentina: um contexto cambiante", em: BALTAR DA ROCHA, Isabel y BARBOSA, Regina (eds.), *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos académicos*, Núcleo de Estudos de População/Unicamp, Campinas. pp. 15-51.
- RAMOS, Silvina; VILADRICH, A. 1993 *Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*. Documento CEDES, 88. Buenos Aires.
- RANCE, Susanna 2002 "Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico", En: GOGNA, M.; RAMOS, S. (comps.) *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Talleres Gráficos Leograf, Buenos Aires. pp 105-115.

- 2003. *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings*. Tesis de Doctorado, Departamento de Sociología, Trinity College, Universidad de Dublín. Disponible en:
- http://www.cides.edu.bo/cides/Tesis/Thesis%20Susanna%20Rance%20Vol_II.pdf (visitada octubre 2007)
- 2005a “‘Usuarias’ y tecnologías para el aborto y postaborto”, *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, El Colegio de México, México.
- 2005b “Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: doctors’ repertoire conflicts and the saving women device” *Sociology of health and illness* 27(2):188-214
- 2009 “ ‘Entre ellos saben’. Género y poder en los relatos de mujeres bolivianas sobre sus experiencias con el aborto medicamentoso”. *Conferencia Internacional ‘Prevención y atención del aborto inseguro’* Lima, 29-30 de junio. CLACAI-ICMA, Perú.
- RAPP, Rayna 1997 “Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction.”, En: DOWNEY, G.L.; DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. School of American Research Press, Santa Fé (New Mexico) pp 31-48
- 2001 “Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series 15(4): 466-477
- REAL DE AZÚA, Carlos 2000 [1973] *Uruguay, ¿una sociedad amortiguadora?* Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- RIGBY, Peter 1985 *Persistent Pastoralists. Nomadic Societies in Transition*. London: Zed Books.

- ROCHA, Ma. Isabel B. de 2005 "Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no parlamento", En: AVILA, Ma. Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verónica (orgs.) *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Garanomd Universitaria, Rio de Janeiro. pp. 135-219
- ROCHA, Ma. Isabel B.; GUTTIERREZ, Ma. Alicia; ROSTAGNOL, Susana 2009 "Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina", *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 26(2): 219-236.
- RODHEN, Fabiôla 2000 "O gênero na profissão médica: uma perspectiva histórica". *Sexualidade, Gênero e Sociedade* (Rio de Janeiro), 12-13:1-9
- 2001 *A construção da 'natureza feminina' no discurso médico. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Editorial Fiocruz, Rio de Janeiro.
- 2007 "Medicina, estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX", *Iconos*, 2(28). FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Ecuador, Quito.
- 2009 "Gênero, sexualidade e saúde em perspectiva: notas para discussão", En: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela; BARBOSA, Regina; BASTOS, Francisco P.; BERQUÓ, Elza; ROHDEN, Fabiôla. (Org.). *Sexualidade, reprodução e saúde*. Editora FGV, Rio de Janeiro pp. 23-32.
- RODRIGUEZ ALMADA, Hugo; BERRO ROVIRA, Guido 2006 "Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal", *Revista Médica Uruguaya* (22): 157-161.
- RODRIGUEZ ALMADA, Hugo; RODRIGUEZ, Fabian; BERRO ROVIRA, Guido 2009 "Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay", *Revista médica uruguaya* 25:230-238.

- ROMAN PÉREZ, Rosario *et al.* 2001 "Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica", En: STERN, Claudio; GARCIA, Elizabeth *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportes para la investigación y la acción.* Documentos de Trabajo, Sexualidad, Salud y Reproducción, No. 6, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México, México.
- ROMERO, Mariana; ZAMBERLIN, Nina y GIANNI, C. 2010 "La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos", *Salud Colectiva*, 6, (1): 21-34.
- ROMERO, Sonia; ROSTAGNOL, Susana 1990 "La contracepción: estrategias de mujeres según sus culturas", Ponencia, *II Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario.
- ROMERO GORSKI, Sonia 1999 "Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud", En: ROMERO, S.; CHERONI, A.; PORTILLO J. (coord.) *Seminario sociedad, cultura y salud.* FHCE, Montevideo. pp
- 1999 "Caracterización del campo de la salud en Uruguay", *Salud Problema* 6: 26-34.
- 2003 *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil.* FHCE, Ed. Nordam, Montevideo.
- ROHRLICH-LEAVITT, Ruby; SYKES, Barbara; WEATHERFORD, Elizabeth 1975 "La mujer aborígen: el hombre y la mujer. Perspectivas antropológicas". En: Rayna REITER (ed.) *Toward an anthropology of women.* Monthly review press, New York.
- ROSALDO, Michelle 1980a "The Use and Abuse of Anthropology", *Signs* (5):389-417
- 1980b *Knowledge and passion. Ilongot notions of self and social life.* Cambridge Studies in Cultural System 5, Cambridge University Press.

ROSENBERG, Marta 1998 "Las mujeres como sujetos... De las elecciones reproductivas, las condiciones de las mismas y los derechos que garantizan la libertad para tomarlas", *Foro por los Derechos Reproductivos Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Buenos Aires, Talleres Gráficos Legraf. pp. 53-64.

----- (ed.) 2001 *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países*. Talleres Gráficos Leograf, Buenos Aires.

ROSTAGNOL, Susana 2001a "Encruzilhadas estado-sociedade civil em saúde reprodutiva no Uruguai", En: OLIVEIRA, Ma. Coleta; BALTAR DA ROCHA, Ma. Isabel (orgs.) *Saúde reprodutiva na esfera pública e política*, Editora da UNICAMP, Brasil. pp. 71-100.

----- 2001b "Cuerpo y género. El género en la construcción del cuerpo sexuado", En: ARAUJO, Ana M.; BEHARES, Luis E.; SAPRIZA, Graciela (comps.) *Género y sexualidad en el Uruguay*. Trilce, Montevideo. pp. 78-87.

----- 2001c "Aborto: territorio femenino, discurso masculino", *Bitácora* <<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2001/diciembre>>

----- 2002 "Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural", En: Asociación Psicoanalítica del Uruguay *El cuerpo en psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura*. Tomo 1. APU, Montevideo. pp. 329-336.

----- 2003a "Complicaciones post-aborto como una etapa del proceso de aborto: distintos actores involucrados", *Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril 2003*.

- 2003b “Estado de la situación del aborto y la atención post-aborto en Uruguay”. *Seminario Regional Monitoreo de la Atención de las Complicaciones Post aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas, Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 21 y 22 de abril 2003.*
- 2003c “Posibilidades y limitaciones del activismo socio-sexual en el contexto uruguayo.”, *Foro Cuerpos Ineludibles: un diálogo a partir de las sexualidades en América Latina*, Buenos Aires, 4-6 de setiembre de 2003. Organizado por Area Queer, UBA, y Grupo Feminista Ají de Pollo.
- 2004 “”Me hice un aborto cuando tenía 17 años, pero él no sabe nada”. El aborto entre mujeres adolescentes”, *Panel “Embarazo y aborto en adolescentes” II Jornadas Abiertas de Adolescencia. Laboratorio de Adolescencia.* Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 21-22 de mayo, Montevideo, Uruguay.
- 2007 *Historias en el silencio. Prostitución infantil y adolescente en Montevideo y área metropolitana.* Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/Red Uruguaya de Autonomías, Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana; SACCHI, Carla 2006 *Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo. Aspectos socioculturales en la consulta ginecológica.* RUDA, Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana; ESPASANDIN, Victoria; LOMBARDO, María José; MONTEALEGRE, Natalia 2007 *Informe monitoreo y evaluación de la implementación de la normativa de atención pre y post aborto en policlínicas públicas en áreas urbanas.* Equipo Género, cuerpo y sexualidad/Iniciativas Sanitarias, Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana; VIERA, Mariana 2006a “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”, En: CHECA, Susana (comp.) *Realidades y coyunturas del*

aborto, entre el derecho y la necesidad. Paidós, Buenos Aires. pp. 299-317

----- 2006b “Abortos y maternidades Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas”, ponencia presentada en *Seminario Regional sobre Investigación y Género*. Organiza Red Temática de Estudios de Género, UDELAR. Montevideo 2006.

ROZEE, Virginie 2008 “Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto)”. En: M. Prieto y K. Araujo (eds) *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. FLACSO Ecuador, Quito. pp 233-251.

RUBIN, Gayle 1996 [1975] “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”, En: LAMAS, Marta (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia*. UNAM, México.

----- 1989 “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, En: Vance, Carole S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. , Ed. Revolución, Madrid, pp. 113-190

SALHINS, Marshall 1981 *Historical metaphors and mythical realities: structures in the early history of the Sandwich Islands Kingdom*. University of Michigan Press, Ann Arbor.

SALVAGNO CAMPOS, Carlos 1935 *Defensa del Código Penal frente a las reformas reaccionarias: el homicidio piadoso y el problema del aborto voluntario: crónicas*. Ed. Crónicas, Montevideo.

SANSEVIERO, Rafael 2002 (a) “La anticoncepción que falla y el aborto que no se puede”, *Bitácora*. Disponible en
<<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2002/abril/67/67general.htm#sanseviero>> (visitado en enero 2007)

----- 2002 (b) “Por una ética de la responsabilidad”, *Bitácora*
<<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2002/noviembre>>

----- 2003 *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. CIIP/UPAZ, Montevideo.

----- 2008 *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. AUPF/IPPF-WHR, Montevideo

SAPRIZA, Graciela 1995 "Mentiras y silencios", En: BARRÁN José Pedro; CAETANO Gerardo; PORZECANSKI Teresa, *Historias de la Vida Privada en Uruguay*. Tomo II, Ed. Taurus, Montevideo.

----- 1997 "Entre o desejo e a norma: a despenalização do aborto no Uruguay, 1934-1938", En: DE OLVEIRA COSTA, Albertina (org.) *Direitos tardios, saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Fundação Carlos Chagas, Editora 34, San Pablo. pp. 277-300.

----- 1999 "Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en el Uruguay (1934-1938)", *Encuentros* (6): 188-210.

----- 2000a "La utopía eugenista en el Cono Sur", *Presentación VI Jornadas de Historia de las Mujeres y I Congreso Iberoamericano de Estudios de las Mujeres y de Género*. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, UBA, Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Historia.

----- 2000b "A (des)penalização do aborto no Uruguai", presentación en la Mesa Redonda Direitos Reprodutivos e Cidadania, *Seminário Internacional Fazendo Género 4: Cultura, política e sexualidade no século XXI*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 23-26 de mayo.

SCHAFF, Adam 1971 "El marxismo y la problemática del conocimiento y del análisis del lenguaje", En: Varios *El proceso ideológico*. Argentina, Tiempo Contemporáneo, pp. 47-79

SCHEPER HUGHES, Nancy 2001a "Bodies for sale: whole or in parts", *Body and society* 7(2-3):1-8.

----- 2001b "Commodity fetishism in organs trafficking", *Body and society* 7(2-3): 31-62.

SCHILDER, Paul [1958] 1989 *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós, México.

SCOTT, Joan 1997 (1988) "El género: una categoría útil para el análisis histórico", En: LAMAS, Marta (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Miguel Ángel Porrúa/PUEG, México. pp. 265-302.

SEGATO, Rita 2003 *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmas, Buenos Aires.

----- 2004 *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en los cuerpos de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Série Antropológica, 362, Universidade de Brasilia, Brasilia.

SEN, Amartya 1995 *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, Madrid

----- 2000 *Desarrollo como libertad*. Editorial Planeta, Madrid.

SHEPARD, Bonnie 2001 "El 'doble discurso' sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: el abismo entre la políticas públicas y los actos privados", En: GRUSKIN S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima. pp. 135-212.

SHERWIN, Susan 1996a "Ética: ética 'femenina' y ética feminista", En: COREAGA PÉREZ, Gloria; FIGUEROA, Juan Guillermo; MEJÍA, María Consuelo (comps.) *Ética y salud reproductiva*. PUEG, México. p. 84.

-----1996b "Hacia una ética feminista del cuidado de la salud", En: COREAGA PÉREZ, Gloria; FIGUEROA, Juan Guillermo; MEJÍA, María Consuelo (comps.) *Ética y salud reproductiva*. PUEG, México. p. 262.

- SHOSTACK, Marjorie 1981 *Nisa. The life and words of a !Kung woman*. Allen Lane, Gran Bretaña.
- SINGER, Linda 1993 *Erotic welfare: sexual theory and politics in the Age of Epidemic*. Routledge, Nueva York.
- SPIVAK, Gayatri Chakravorty 2003 ¿Puede hablar el subalterno? *Revista colombiana de antropología*, (39):297.364
- STEPAN, Nancy Leys 1991. *The Hour of Eugenics. Race, Gender, and Nation in Latin America*. Cornell University Press, Londres
- STOLEN, Kristi Anne 2004 *La decencia de la desigualdad. Género y poder en el campo argentino*. Antropofagia, Buenos Aires
- STORMER, Nathan 2000 "Prenatal space", *Signs* 26(1): 109-144.
- STRATHERN, Marilyn 1980 *No nature, no culture: the Hagen case*, En: MACCORMACK Catherine; STRATHERN Marilyn (eds.) *Nature, culture and gender*. Cambridge University Press, Cambridge. pp. 174-222.
- 1984 "Domesticity and the denigration of women", En: O'BRIEN, Denise; W. TIFFANY, SHARON *Rethinking women's roles. Perspectives from the Pacific*. University of California Press, Berkeley/Los Angeles/Londres. pp. 13-52.
- 1987 "An awkward relationship: the case of feminism and anthropology", *Signs* 12(2):276-292.
- 1988 *The gender of the gift. Problems with women and problems with society in Melanesia*. University of California Press, Berkeley
- 1995 "The nice thing about culture is that everyone has it", En: STRATHERN, Marilyn (ed.) *Shifting contexts. Transformations in anthropological knowledge*. Routledge, New York.

- SZASZ, Ivonne 2004 "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades", En: CÁCERES, Carlos; FRASCA, Tim; PECHENY, Mario; TERTO, Veriano (eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- SZULIK, Dalia; GOGNA, Mónica; PETRACCI, Mónica; RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana 2008 "Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos" *Salud Pública de México*, 50 (1): 32-39
- TAMAYO, Giulia 2001 *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán", Perú.
- TARDUCCI, Mónica 2005 "La Iglesia Católica y los encuentros nacionales de mujeres", *Revista Estudios Feministas* 13(002):397-402.
- (org.) 2008 *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Espacio editorial.
- TARDUCCI, Mónica; TAGLIAFERRO, Bárbara 2004 "Iglesia Católica: Argentina, ni diversa ni laica", *Política y cultura* (00)021:191-200. Universidad Autónoma Metropolitana, Xichimilco, México.
- THIEDE ARIAS, Carolina 2004 "Ley de Defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay: una votación perdida y muchos pasos avanzados", *Informativo mujer* 170
<<http://168.96.200.17/ar/libros/paraguay/cde/mujer/mujer170.pdf>>
- THOMSON, Judith Jarvis 1971 "A defense of abortion", *Philosophy and public affairs* 1(1): 47-66.
- TIZON, Judy 1994 "Transformaciones en la Amazonia: status, género y cambio entre los ashaninka", *Amazonia Peruana* 12(24):105-123.
- TODOROV, Tvetan 1981 *M. Bakhtine, le principe dialogique*. Le Seuil, Paris.

- TORNQUIST, Carmen 2004 "El movimiento por la humanización del parto y del nacimiento en Brasil", *VII Congreso Argentino de Antropología Social*, Villa Giardino, Córdoba, 25-28 de mayo.
- TURNER, Victor 1982 *From ritual to theater. The human seriousness of play*. PAJ Publications, Nueva York.
- VAGGIONE, Juan 2007 "Prólogo" en FIGARI, Carlos, *Sexualidad, religión y ciencia: discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad*. Encuentro Grupo Editor, Córdoba
- VARGAS, Virginia 2002 "Los feminismos latinoamericanos en su tránsito al nuevo milenio. (Una lectura político personal)", En: MATO, Daniel (comp.) *Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder*. CLACSO , Caracas, Venezuela.
- VÁZQUEZ, Sandra; CALANDRA, Nilda; GUTIERREZ, María Alicia; BERNER, Enrique 2004 "El aborto: una práctica silenciosa y silenciada en los/as adolescentes", *Revista Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil* 11(3):230.
- VELHO, Gilberto 1978 "Observando o familiar", En: DE OLIVEIRA NUNES, E. (org.) *A aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Zahar Editores, Rio de Janeiro. pp. 36-46.;
- VERNANT, Jean-Pierre 1991 "Cuerpo oscuro, cuerpo resplandeciente", en : Michel Feher, Ramona Naddaff, Nadia Tazi (eds.) *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Taurus, Madrid, pp19-45.
- VICTORA, Ceres 1995 "As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor femenino e reapropiações dos modelos médicos", En: FACHEL LEAL, Ondina (org.) *Corpo e significado. Ensaio de antropologia social*. Editorial da Universidade, Porto Alegre. pp. 77-88.

- 1996 "Os limites do corpo sexual: um estudo sobre experiências corporais de mulheres ingesas", *XX Encontro Anual da ANPOCS*, Caxambu 22 - 26 de octubre.
- VIDIELLA, Gonzalo; RODRIGUEZ, Fabian; BRIOZZO, Leonel 2004 "El aborto médico mediante el uso de misoprostol", *Archivo de Ginecología y Obstetricia*, 42(2):85-88.
- VISWESWARAN, Kamala 1994 "Histories of feminist ethnography", *Annual review of anthropology*, (26): 591-621.
- VUOLA, Elina 2002 "Remaking universals? Transnational feminism(s) challenging fundamentalist ecumenism." *Theory, culture and society* (19): 175-195.
- WACQUANT, Loïc 2001 *Parias Urbanos Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Manantial, Buenos Aires.
- WEEKS, Jeffrey 1991 *Against nature. Essays on history, sexuality and identity*. Rivers Oram Press, Reino Unido.
- WEINER, Annette 1977 *Women of value, men of renown : new perspectives in Trobriand exchange*. University of Queensland Press, Australia
- WEITZ, Rose 2003 "A history of women's bodies". ". En: Rose WEITZ (ed.) *The politics of women's bodies. Sexuality, appearance and behavior*. Oxford University Press, USA. pp 3-34
- WHO/UNICEF/UNFPA 1998 *Americas region consultation on maternal mortality estimates*, World Health Organization: Geneve.
- WOLLSTONECRAFT, Mary 1792 (1998) *Vindicación de los derechos de la mujer*. Ed. Debate, Madrid, España.

XAVIER, Mónica 2005 “La experiencia de Uruguay: el *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*”, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):629-633.

YANAGISAKO, Sylvia; COLLIER, Jane 1994 “Gender and kinship reconsidered: toward a unified analysis”, En: BOROFKY, Robert (ed.) *Assessing cultural anthropology*. Hawaii Pacific University. Estados Unidos.

Caracterización de los entrevistados y entrevistadas

A fin de ubicar las características de los mujeres y los ginecólogos entrevistados, presento a continuación información de cada uno de ellos, acompañado de la fecha o periodo en que se realizaron las entrevistas.

Mujeres entrevistadas

Alejandra. Al momento de la entrevista, 23 años. Es de una familia acomodada del interior y vino a Montevideo a estudiar Ciencias Económicas. Su madre murió cuando era niña, habiéndola criado su abuela. No está en pareja. Abortó con misoprostol, necesitó muchas dosis por lo que fue un trámite complejo porque se colocaba las pastillas, pasaban los días y no lograba abortar, estaba muy angustiada. (entrevistada entre diciembre 2004 y febrero 2005)

Alicia. Al momento de la entrevista, 38 años. Vive en una casa modesta aunque de material, bastante deteriorada y falta de pintura, con dos dormitorios espaciosos. No tenía pareja al momento de la entrevista. Tenía 5 hijos, uno de ellos con problemas de consumo de pasta base de cocaína. Había sido violada por su padrastro cuando niña. Abortó con misoprostol. (entrevistada en agosto 2007)

Andrea. Al momento de la entrevista, 17 años. Vive en una ciudad del interior del país. Sus padres son comerciantes y llevan una vida sin apremios económicos. Tiene dos hermanas menores. Va al liceo. Hacía un año y medio que estaba de novia cuando queda embarazada. Sus padres conocen y aceptan su noviazgo. Abortó con misoprostol. (entrevistada en julio de 2007)

Aurora. Al momento de la entrevista 44 años. Vive en el Interior. Se practicó un aborto cuando tenía 27 años y otro con 44. Tiene cuatro hijos (23, 22, 14 y 11 años) de dos matrimonios. Hace mucho que está sin pareja. Su

vida ha sido dura, en lo afectivo y en lo económico. Trabaja en una institución pública muchas horas, ganando poco dinero. Es una mujer con una gran sensibilidad y con inquietudes intelectuales. Su último aborto fue con sonda. (entrevistada en mayo 2003)

Blanca. Al momento de la entrevista 55 años. Vive en Montevideo. Proviene de una familia de origen obrero. Tiene una hija. Se practicó 15 abortos, la mayoría de ellos entre sus 15 y 29 años, momento en que se coloca un DIU. Una mujer con una reflexión aguda sobre su vida y la condición social de las mujeres. La mayoría de los abortos practicados fue con sonda. (entrevistada en junio 2003)

Carina. Al momento de la entrevista, 27 años. Oriunda del interior del país. Proviene de una familia de capas medias. Vive sola en Montevideo, donde vino para estudiar arquitectura. Trabaja como camarera en un restorán elegante para completar sus ingresos. Tiene un novio que vive en su ciudad natal, quien la acompañó en el proceso del aborto. Abortó con misoprostol. (entrevistada entre abril y mayo 2004)

Claudia. Al momento de la entrevista, 44 años. Es de Montevideo, tiene dos hijos, uno de 16 y otro de 15. Se separó del padre de sus hijos un par de años después del nacimiento del menor. Tuvo varias relaciones, pero desde hace dos años tiene pareja estable. Tuvo una educación católica fuerte. Vive en un barrio periférico. Es una mujer con ciertas inquietudes intelectuales y sociales, perteneciente a capas medias bajas empobrecidas. Abortó con misoprostol. (entrevistada en octubre 2008)

Cristina. Al momento de la entrevista, 27 años. Vive en Montevideo, en un asentamiento, está sin trabajo. Se ha dedicado principalmente a hacer limpiezas en casas de familia. Tiene cuatro hijos (9, 8, 2 y 9 meses) de dos parejas. Al momento de la entrevista no estaba en pareja. Después del nacimiento de sus dos hijas mayores, se practicó tres abortos, dos seguidos y otro un tiempo después. Cursó hasta cuarto año de escuela. Tiene un conocimiento empírico del mundo y en base a ello elabora sus estrategias de

vida. Se autoadministró el aborto con una técnica propia. (entrevistada entre junio y julio de 2003)

Daniela. Al momento de la entrevista, 17 años. Acompañé algunos momentos del proceso del aborto. Hija única, de padres divorciados. Su padre tiene una situación económica holgada y su madre tiene algunas dificultades económicas, pudiéndosela ubicar como una clase media. Iba al liceo; vive con su madre en una cooperativa de vivienda de un barrio residencial. Abortó con misoprostol. (entrevistas entre abril y mayo 2005)

Diana. Al momento de la entrevista, 36 años. Vive en Montevideo, en un asentamiento, está sin trabajo. Tiene tres hijos, el primero lo tuvo estando sola, luego los otros dos con su pareja actual. Se practicó un aborto, ya tenía sus hijos y estaba en pareja. Es una mujer con inquietudes sociales, participa de actividades barriales, muy vivaz. Abortó mediante sonda. (entrevistas entre mayo y agosto 2003)

Elena. Al momento de la entrevista tiene 42 años, vive en una cooperativa de vivienda modesta. No terminó sus estudios secundarios, trabaja como empleada administrativa. Está separada y tiene dos hijos. Ha militado políticamente toda su vida. En el momento de la entrevista mantenía una relación con un hombre casado desde hacía tres años. Abortó con misoprostol. (entrevistada en julio 2008)

Elisa. Al momento de la primer entrevista 17 años. Vive en el Interior. Pertenece a una familia de profesionales que gozan de un buen pasar. Se practicó un aborto con 15 años, cuando quedó embarazada como resultado del primer encuentro sexual con su novio (no era su primera relación sexual). Es una joven algo tímida y muy sensible. Abortó con sonda. (entrevistada en mayo 2003, nuevamente en noviembre 2004, y luego entre enero y julio 2007)

Eloisa. Al momento de la entrevista 48 años. Vive en Montevideo. Pertenece a las capas medias. Empleada de comercio. Se casó a los 26 años y continúa con su pareja. Tiene dos hijos, una de 20 y otro de 18, ambos

planificados. Se practicó un aborto cuando tenía 36 años. Su marido la acompañó en todò momento. Abortó con misoprostol. (entrevistada en julio 2008)

Florencia. Al momento de la entrevista 31 años. Vive en Montevideo. Se practicó dos abortos, a los 19 y a los 31 años. Tiene una hija de 7 años. Al momento de la entrevista tiene pareja estable no conviviente. Pertenece a los sectores medios golpeados por la crisis económica actual. Una mujer ligada al arte, con gran sensibilidad. Ambos abortos con AMEU. (entrevistada entre mayo y agosto de 2003)

Graciela. Al momento de la entrevista 31 años. Es oriunda del Interior y desde muy joven vive en un departamento diferente que su familia. Se practicó tres abortos: a los 19 años siendo soltera, manteniendo una relación con un hombre casado; otro a los 27 sin pareja estable y otro a los 31 con una pareja estable pero inviable. Vive sola, ha trabajado desde muy joven con un relativo éxito laboral. Goza de bienestar económico. Sus tres abortos con AMEU. (entrevistada en agosto 2003)

Isabel. Al momento de la primer entrevista 47 años. Vive en Montevideo. Tiene tres hijos (25, 23 y 19 años. Llevaba 27 años casada con una buena relación. Se practicó tres abortos. El último cuando tenía 38 años, cuyas complicaciones hicieron necesaria la extracción del útero. Pertenece a sectores medios, con inquietudes sociales e intelectuales. Abortó con AMEU. (entrevistada en julio 2003, luego nuevamente entre febrero y julio 2004, y entre agosto y noviembre 2007)

Jacinta. Al momento de la entrevista 33 años. Tiene dos hijos (16 y 11 años). Su pareja es el padre de sus hijos, con quien convive desde muy joven. Vive en el interior, es artesana a igual que su compañero; también desempeña diferentes actividades ocasionales que le puedan redituvar algún ingreso. Tiene una situación económica difícil. Es una mujer con ciertas inquietudes sociales y artísticas. Abortó con AMEU (entrevistada en agosto de 2003)

Jennifer. Al momento de la entrevista, 17 años. Acompañé algunas instancias de su proceso de aborto. Es una joven atractiva y dulce. Vive en un barrio periférico pobre, junto a sus padres y hermanos. Va al liceo, aún en primer ciclo porque ha repetido algún año. Tenía un novio que la acompañó en algunas oportunidades. Abortó con misoprostol, con grandes dificultades porque necesitó muchas dosis. (entrevistada entre junio y agosto 2007)

Leticia. Al momento de la entrevista 19 años. Vive con sus padres, ambos profesionales. Se hizo un aborto cuando tenía 18 años. Rompió con el novio inmediatamente después del aborto. Sus padres la apoyaron; estaba muy decidida a abortar. Estudia arquitectura, es inquieta, milita en organizaciones juveniles. Abortó con misoprostol. (entrevistada en julio 2007)

Lidia. Al momento de la entrevista 17 años. Vive con su madre y hermanos en un barrio popular lindante con un asentamiento. Participa de actividades que desarrolla una ONG, a partir de lo cual ha ido desarrollando algunas inquietudes, incluso piensa retomar sus estudios de secundaria. Abortó con sonda. (entrevistada entre mayo y junio 2005)

Luisa. Al momento de la primera entrevista, 27 años. Oriunda del interior del país, vivió unos años en España. Estudios terciarios concluidos y al momento de la entrevista, estudiante universitaria. Divorciada, tenía un hijo, y estaba sin pareja. Su situación económica, si bien no era holgada, contaba con recursos para llevar una vida sin sobresaltos. Contaba con el apoyo de sus padres para la crianza de su hijo. Abortó con AMEU. (entrevistada entre mayo y junio de 2005, luego en agosto 2007 y febrero 2008)

Margarita. Al momento de la entrevista, 41 años. Tenía 4 hijos, todos de la misma pareja. El es un hombre violento y alcohólico, ella no ha logrado dejarlo. Tiene una baja autoestima y vive su vida dedicada a sus hijos. Trabaja como feriante y sus hijos mayores le ayudan. Vive en un asentamiento. Abortó con misoprostol. (entrevistada en setiembre 2007)

Marisa. Al momento de la primer entrevista 18 años. Vive en Montevideo. Pertenece a una familia de sectores medios. Sus padres están separados, vive con su madre y mantiene una buena relación con su padre y sus hermanos. Se practicó un aborto a los 18 años. No tenía novio. Es una joven segura de sí misma. Abortó con AMEU. (entrevistada en octubre 2003; nuevamente entre junio y agosto 2005, y en marzo 2008)

Patricia. Al momento de la entrevista, 17 años. Acompañé algunas instancias del proceso del aborto. Tiene un hermano, sus padres están divorciados, ambos con nuevas parejas. Ambos la acompañaron en el proceso del aborto. Iba al liceo. No tiene una buena relación con sus padres. Se muestra rebelde e insatisfecha con la vida. Abortó con misoprostol. (entrevistada entre abril y mayo 2005)

Sofía. Al momento de la entrevista 18 años. Acompañé algunas instancias del proceso del aborto. Una adolescente del interior del país, de capas medias. Iba al liceo en ese momento. Mantiene una relación con un hombre casado de 31 años. Tiene una mala relación con sus padres, a quienes no les dijo sobre su embarazo. Vino a Montevideo para abortar. Abortó con misoprostol. (entrevistada entre agosto y setiembre 2007)

Teresa. Al momento de la primer entrevista 26 años. Estudiante universitaria avanzada, tiene un cargo de ayudante en la universidad. Vive con su familia en Montevideo, es de sectores medios. Tiene un hermano menor, algunos miembros de su familia tienen problemas de salud, por lo que ella no puede contar con la familia. Participa activamente de organizaciones sociales. Acompañé su proceso de aborto. Abortó con misoprostol. (entrevistada entre junio y agosto de 2005, luego en noviembre del 2006)

Valentina. Al momento de la entrevista, 24 años. Oriunda del interior. Era una estudiante universitaria avanzada de ciencias económicas, a punto de terminar su carrera. Vive sola en un cómodo apartamento en un barrio residencial. Tiene pareja estable desde hace varios años. Es una joven

formal y conservadora en su estilo de vida. Abortó con misoprostol. (entrevistada en agosto 2005)

Viviana. Al momento de la entrevista, 17 años. Acompañe algunas instancias del proceso de aborto. Su madre es empleada doméstica y su padre trabaja en un comercio. Tiene un hermano menor. Fue secuestrada por una red de trata, violada reiteradamente, logra escapar. Estaba embarazada, bajo un estado de fuerte shock. Hice varias entrevistas con su madre. Abortó con misoprostol. (entrevistada entre julio y agosto de 2007)

Ginecólog@s entrevistados

Ana. Ginecóloga recién recibida, apenas 33 años. Aspira a entrar como grado 2 a la Facultad de Medicina, acaba de terminar la residencia. Trabaja como suplente en una IAMC. Vive con su compañero, no tiene hij@s. (entrevistada durante 2005)

Andrea. Ginecóloga (en sus '30 largos). Comprometida con el proceso de los derechos de las mujeres. Se acababa de separar cuando la conocí. Tiene dos hijos. Una mujer ambiciosa y sensible. Se presentó para entrar como grado 2 en ginecotología pero no ganó el cargo, igualmente continuó atendiendo en las consultas de Asesoramiento Pre y Post aborto. También trabajaba en IAMCs. Generalmente era muy cálida con las pacientes aunque al mismo tiempo algo distante. (entrevistada formalmente en mayo 2005, varias entrevistas más breves entre 2005-2008 durante el trabajo de campo, también estuve en sus consultas; así como reuniones informales de ginecólog@s vinculados a la temática del aborto)

Anselmo. Ginecólogo en sus '50. Jefe en Emergencia del hospital. Muy celoso de su trabajo. No manifestaba tener una posición definida respecto al aborto, le preocupaba que las mujeres que ingresaran con complicaciones post-aborto recibieran el tratamiento adecuado y/o fueran

derivadas a sala. (entrevistado formalmente en 2007; varias entrevistas más breves entre 2003-2008 durante el trabajo de campo)

Antonia. Ginecóloga, 45 años. Trabaja en el sector público y en IAMCs. En Salud Pública está en una policlínica periférica en un barrio pobre. Se dedica exclusivamente a atención primaria; desde que se recibió no volvió a entrar a un quirófano. Cree que si una mujer quiere abortar es preciso facilitarle los medios. (entrevistada formalmente en noviembre 2006; como parte del trabajo de campo estuve reuniones de ginecolog@s en las cuales ella participó en julio 2006, diciembre 2007, varios encuentros informales.)

Brenda. Ginecóloga, 42 años. Casada, dos hijos. Trabaja en el sector público y en una IAMC. En el público se desempeña en una policlínica periférica de un barrio pobre. (entrevistada formalmente en marzo 2005, hice trabajo de campo en la policlínica donde se desempeña y estuve en sus consultas, numerosas conversaciones informales)

Corina. Ginecóloga, cumplió los 50 durante el trabajo de campo. Casada, dos hijos. Trabaja solo en el sector público y en atención primaria, en dos policlínicas del mismo barrio, una de las zonas más pobres de Montevideo. Tiene un fuerte compromiso con la población que atiende, a lo que se agrega un conocimiento profundo de las dinámicas del barrio. A lo largo de los muchos años que está allí ha ganado la confianza de las mujeres. Siempre ha estado dispuesta a ayudar a una mujer que necesitase abortar, asesorándola y contactándola. A igual que otr@s ginecolog@s realizaba un asesoramiento pre-aborto aún antes de la existencia de la normativa correspondiente. Lleva adelante un trabajo en solitario que a veces la desborda. (varias entrevistas formales a lo largo del trabajo de campo entre 2003-2009, además de estar en su consulta)

Eduardo. Ginecólogo. En sus '40, casado con hijos. Trabaja en una IAMC y en la Facultad de Medicina, como tal integra las cátedras de Ginecotocología. En la IAMC hace policlínica y cirugía. En su tarea universitaria supervisa tareas de policlínica pero solo atiende en sala y

cirugía. Es un médico sumamente comprometido con las metas de IS. (entrevistado varias veces entre 2006 y 2009)

Fermín. Ginecólogo de larga trayectoria y reconocimiento (cercano a los 60 años). Casado con hijos. Inserción laboral en la universidad, en IAMCs en medicina privada. Ha desempeñado comprometidamente la gestión y la docencia; estando más distante de la relación directa con las mujeres usuarias de salud. Si bien tiene una posición afín hacia la legalización del aborto, no es un promotor de la misma. (entrevistado formalmente en 2007; participé de numerosos ateneos, clases con residentes y recorridos de sala con él durante el trabajo de campo, 2004-2007)

Gerardo. Ginecólogo (cumplió 40 durante el trabajo de campo), fuertemente comprometido con los derechos de las mujeres. Casado con dos hijos. Sensible con una rica vida espiritual. Mantuvimos una relación estrecha durante los cinco años, en el transcurso de los cuales él transitó distintas etapas vitales. Fue grado 2 en ginecología, como tal atendía en el CHPR y en una policlínica barrial. También trabajaba en una IAMC y en una ONG que ofrecía atención en salud sexual y reproductiva a las mujeres. Realizó trabajo de capacitación en derechos sexuales y reproductivos y en derechos de las usuarias dirigido a sus colegas. Trabajó intensamente en las consultas pre y post aborto tanto a nivel público como privado, se involucró con el movimiento de "parto humanizado". (no hubo entrevista formal, sino numerosos encuentros para conversar del tema. Acompañé sus guardias, consultas, participé de algunas de las instancias de capacitación que ofrecía, clases para residentes y ateneos; así como reuniones informales de ginecólogos vinculados a la temática del aborto 2002-2009)

Irma. Ginecóloga (en los '40) Casada, un hijo. Su inserción laboral es en salud pública, a nivel hospitalario. Dedicada más a la gestión en salud que a la clínica. No hace atención directa. (entrevistada formalmente en 2003 y en 2005, como parte del trabajo de campo estuve reuniones de ginecólogos en las cuales con ella participó en julio 2006, diciembre 2007)

Juan Carlos. Ginecólogo, 35 años. Casado, sin hijos. Una vez recibido fue a vivir al interior porque había más oportunidades laborales. Igualmente está cerca de Montevideo y participa activamente de la propuesta de IS. (entrevistado en mayo 2007)

Laura. Ginecóloga, en sus 60 largos. Mujer viuda, con hijos y nietos. Larga trayectoria de trabajo en el primer nivel de atención, en policlínicas públicas de barrios periféricos pobres. Muy comprometida con la población que atendía, y especialmente respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. No tenía inconveniente en recetar misoprostol, corriendo los riesgos que ello significaba, porque estaba convencida que era la única manera de ayudar honestamente a las mujeres que la consultaban. (Entrevistada formalmente en 2007, como parte del trabajo de campo estuve reuniones de ginecolog@s en las cuales con ella participó en julio 2006, diciembre 2007 y en 2008, también estuve en sus consultas)

Leonardo. Ginecólogo, 54 años. Trabaja en varias IAMCs. Está casado, tiene dos hijas adolescentes y un hijo pequeño de su segundo matrimonio. Está a favor de la legalización del aborto. (entrevistado en julio 2008)

Luis. Ginecólogo, 62 años. Trabaja a nivel público y en IAMCs. Es católico practicante, muy conservador. Está casado, tiene 4 hijas. Su postura es abiertamente contraria al aborto. Cree que las prácticas sexuales deben tener como finalidad la procreación. Es un hombre con amplios conocimientos sobre temas variados, con gran interés en la bioética. (entrevistado en julio 2008)

Marcelo. Ginecólogo, más de 60 años. Una larga y reconocida trayectoria en la actividad universitaria, privada y académica. Un médico preocupado por la relación que entabla con sus pacientes, muy respetuoso de ellas. Activo defensor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (Entrevistas formales en 2003 y 2005. Participé de numerosos ateneos, clases con residentes y recorridos de sala con él durante el trabajo

de campo, así como reuniones informales de ginecólog@s vinculados a la temática del aborto 2003-2008)

Pablo. Ginecólogo, 50 años largos. Estaba dedicado exclusivamente a la práctica privada al momento de la entrevista, anteriormente había estado vinculado a la Universidad. El aborto no era un tema de principios para él, sino un problema pragmático. No lo hace, pero derivaba a pacientes (del sector privado) a clínicas clandestinas para que se lo practicaran. (entrevistado en noviembre 2006)

Roberto. Ginecólogo, entre los '30 largos y '40 durante el período del trabajo de campo. Casado. Trabajaba en una IAMC y en la Facultad de Medicina, donde con su grado 2 hacía policlínica y tenía un grupo de residentes a cargo. Luego se aleja de la universidad y pasa a ocupar cargos en la administración del MSP. A pesar de sus muchas actividades en torno a la salud reproductiva de las mujeres, y uso de discursos políticamente correctos; su práctica estaba pautada por el ejercicio del tutelaje hacia las mujeres. (entrevistado en varias oportunidades entre 2006 y 2009)

Rodolfo. Ginecólogo, 50 años. Casado con hijos. Una vez recibido se va a vivir a una ciudad del interior. Allí se convierte en un médico exitoso, trabaja a nivel público y privado. En los primeros encuentros con él, no estaba de acuerdo con la legalización del aborto, luego pasó a tener una postura menos rígida al respecto. Gran preocupación por los embarazos de las mujeres adolescentes. Hacia el 2006 se une a la propuesta de Iniciativas Sanitarias. (entrevistado formalmente en 2003 y en 2006; como parte del trabajo de campo estuve reuniones de ginecólog@s en las cuales con él participó en julio 2006, diciembre 2007 y en abril 2009)

Consentimiento informado

Requisitos imprescindibles: deben darse los datos que permitan a la persona tomar una decisión razonable.

¿CÓMO PUEDE OBTENERSE UN CI. SIGNIFICATIVO VÁLIDO?

1. LENGUAJE COMPENSABLE EN LA INFORMACIÓN.

- Lenguaje claro y preciso (no lenguaje técnico)
- El sujeto debe comprenderla, asimilarla, puede discutirla con la familia o con quien lo desee.

2. ADECUADA INFORMACIÓN DE LOS CONTENIDOS.

3. INFORMACIÓN VERÁZ.

4. COMPRENSIÓN suficiente de las consecuencias de su participación.

5. NO COACCIONAR la toma de decisión.

6. COMPETENCIA PARA DECISIÓN. (capacidad del individuo)

CONTENIDOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Indagar en las formas y planos en que el aborto voluntario condensa relaciones de poder desde un análisis del género.

Objetivos específicos:

Indagar en los factores que intervienen en el proceso de "toma de decisión" de la mujer que se hace un aborto voluntario.

Reconstruir los "itinerarios de aborto" seguidos por las mujeres que abortaron en cada caso concreto, reconociendo los hitos de los mismos.

Describir y analizar los significados que la práctica del aborto tiene para las mujeres en "situación de aborto" y en aquellas que han abortado en cada caso concreto.

Describir y analizar las prácticas de los y las ginecólogos/as en relación a las usuarias cuando éstas están "en situación de aborto".

Describir y analizar los significados que los y las ginecólogos/as atribuyen al aborto voluntario.

Contrastar el significado del cuerpo de la mujer en las prácticas de los ginecólogos y de las mujeres que abortaron.

Comparar y analizar el material empírico y de la legislación para establecer la forma en que ambos corpus conciben el ejercicio de derechos.

2. METODOLOGÍA

- INVESTIGACIÓN TERAPÉUTICA O NO NO
- ALEATORIA O NO (EXPLICACIÓN DE ESTO) NO
- SIGNIFICADO DE LA POSIBILIDAD QUE LE CORRESPONDA EL USO DE "PLACEBO"
- EXPLICACIÓN DE "PLACEBO" No corresponde

- EXPLICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS, ETC.

Metodología. Se trata de una investigación antropológica, que sigue los caminos tradicionales de la disciplina, es decir que se realizará trabajo de campo, consistente principalmente en la combinación de diversas técnicas, entre ellas, observación, observación-participante, entrevistas de distintos tipos. El universo de estudio no tendrá una representación estadística, sino que busca ser teóricamente representativo. Las mujeres a entrevistar serán tanto aquellas que estén en el hospital, como mujeres que hayan pasado por la situación de aborto. La observación se realizará especialmente en las policlínicas ginecológicas y en puerta de emergencia.

3. INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIOS PARA EL INVESTIGADO. En el caso de los ginecólogos/as el mayor beneficio consistirá en la posibilidad de contar con herramientas que le permitan reflexionar sobre su actividad cotidiana. En el caso de las mujeres, saber que su situación no es única y que forma parte de un colectivo que siendo importante en número, está conformado por personas aisladas.

4. INFORMACIÓN DE LOS RIESGOS FÍSICOS, EMOCIONALES O SOCIALES; DAÑOS, MOLESTIAS, NRO. DE EXÁMENES, VISITAS, ETC. **No corresponde**

CÁLCULO PROBABLE EN %

5. PROCEDIMIENTOS CON LOS CUALES SE LE PROTEGERÁ DE RIESGOS, DAÑOS O CONSECUENCIAS NEFASTAS. (ESTUDIOS, MEDICACIÓN, ETC.) **No corresponde**

6. INDEMNIZACIÓN PREVISTA PARA EL CASO DE DAÑOS FÍSICOS (MATERIALES) O PSÍQUICOS, DEBIDOS A LA INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN. COPIA DEL SEGURO, INDEMNIZACIONES. **No corresponde**

7. TRANSMITIR LA POSIBILIDAD DE QUE EL INVESTIGADO SE PUEDA RETIRAR DE LA INVESTIGACIÓN CUANDO LO DESEE. ES UN DERECHO SUYO Y QUE NO LE OCASIONARÁ NINGÚN PERJUICIO. **No corresponde**

8. CONFIDENCIALIDAD

MANIFESTAR LOS PROCEDIMIENTOS POR LOS CUALES SE LE PROTEGERÁ LA INTIMIDAD Y EL SECRETO DE LOS DATOS APORTADOS POR EL PACIENTE O LOS QUE SE OBTENDRÁN DURANTE EL ESTUDIO; DE NO PODER HACERLO, DEBEN SER ADVERTIDOS DE ANTEMANO.

La confidencialidad estará asegurada por la confianza en la investigadora. Esta confianza será construida cotidianamente a través del mismo trabajo de investigación. El proceso de trabajo de campo implica continuidad, es decir, la asistencia cotidiana a los lugares de observación, eso hace que tanto unas como la otra se acostumbren a la presencia e interacción, a las conversaciones informales y eventuales entrevistas. En antropología es imposible entrevistar a una persona que no esté dispuesta a ser entrevistada, la aceptación a participar de una entrevista va de la mano de las instancias previas de conocimiento con la investigadora (conversaciones informales en la sala de espera por ejemplo), en ellas se construye la relación de confianza mutua, donde descansa la credibilidad de las entrevistadas en los

procedimientos de mantenimiento de anonimato y respeto de intimidad que la investigadora pueda plantear.

Poder Legislativo / República Oriental del Uruguay



Ley 9.763

ABORTO

SE MODIFICA UN CAPITULO DEL CODIGO PENAL, DECLARANDOLO DELITO.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.

Modifícase el capítulo IV, título XII del libro II del Código Penal promulgado por la ley número 9.155, de 4 de Diciembre de 1933, y declárase delito el aborto, cuya sanción se realizará en los términos siguientes :

"Artículo 325. Aborto con consentimiento de la mujer.

La mujer que causare su aborto o lo consintiera será castigada con prisión de tres a nueve meses.

Artículo 325 (bis). Del aborto efectuado con la colaboración de un tercero con el consentimiento de la mujer.

El que colabore en el aborto de una mujer con su consentimiento por actos de participación principal o secundaria será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.

Artículo 325 (Ter). Aborto sin consentimiento de la mujer.

El que causare el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con dos a ocho años de penitenciaría.

Artículo 326. Lesión o muerte de la mujer.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 (bis), sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de dos a cinco años de penitenciaría y si ocurre la muerte, la pena será de tres a seis años de penitenciaría. Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 (Ter.) sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría y si ocurriese la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría.

Artículo 328. Causas atenuantes y eximentes.

Inciso 1º. Si el delito se cometiere para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo, la pena será disminuida de un tercio a la mitad, pudiendo el Juez, en el caso de aborto consentido, y atendidas las circunstancias de hecho, eximir totalmente de castigo. El móvil del honor no ampara al miembro de la familia que fuera autor del embarazo. Inciso 2º. Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, para eliminar el fruto de la violación, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento será eximido de castigo. Inciso 3º. Si el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer, por causas graves de salud, la pena será disminuida de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento o para salvar su vida será eximida de pena. Inciso 4º. En caso de que el aborto se cometiere sin el consentimiento de la mujer por razones de angustia económica el Juez podrá disminuir la pena de un tercio a la mitad y si se efectuare con su consentimiento podrá llegar hasta la exención de la pena. Inciso 5º. Tanto la atenuación como la exención de pena a que se refieren los incisos anteriores regirá sólo en los casos en que el aborto fuese realizado por un médico dentro de los tres primeros meses de la concepción. El plazo de tres meses no rige para el caso previsto en el inciso 3º.

Artículo 2º.

Cuando se denunciare un delito de aborto, los Jueces de Instrucción, procederán en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, llegaran a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho figura entre aquellos que el Juez puede eximir totalmente de castigo, mandarán clausurar los procedimientos, siendo su resolución inapelable. En los demás casos se continuará el procedimiento, observándose los trámites ordinarios.

Artículo 3º.

El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.

Artículo 4º.

Poder Legislativo / República Oriental del Uruguay

Publicada D.O. 10 dic/008 - N° 27630

Ley N° 18.426

DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NORMAS

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1°. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2°. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

- a) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
- b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
- c) asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;

- d) capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
- e) impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;
- f) promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.

Artículo 3°. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

- a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
- b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;
- c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
- d) promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
- e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
- f) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
- g) incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
- h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;
- i) prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
- j) promover climaterios saludables desde la educación para la salud;

- k) prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
- l) prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

- a)
 - 1. dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
 - 2. impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
 - 3. implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
 - 4. desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
 - 5. fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
 - 6. promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.
- b)
 - 1. Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
 - 2. implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
 - 3. dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
 - 4. promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
- c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.

- d) 1. Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
2. promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
- e) 1. Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
2. protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
- f) 1. Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley N° 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual;
2. detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
3. protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
4. incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
- g) Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
- h) Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
- i) 1. Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
2. proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;

3. impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;
4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.

Artículo 5°. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2° y 3° de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6°. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

- a) la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
- b) el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
- c) la jerarquización del primer nivel de atención;
- d) la integración de equipos multidisciplinarios;
- e) la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
- f) la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7°.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".

Artículo 8º. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

JOSÉ MUJICA,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Martí Dalgalarrodo Añón,
Secretarios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 1º de diciembre de 2008.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 145 de la Constitución de la República, cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

TABARÉ VÁZQUEZ.
MARÍA JULIA MUÑOZ.



Montevideo, Uruguay. Poder Legislativo.

**PROYECTO DE LEY DE DEFENSA DE LA SALUD REPRODUCTIVA
APROBADO POR LA CAMARA DE REPRESENTANTES EL 10/12/2002**

**CAPÍTULO I
DE LOS DEBERES DEL ESTADO**

Artículo 1°.- El Estado velará por el derecho a la procreación consciente y responsable, reconociendo el valor social de la maternidad, la paternidad responsable y la tutela de la vida humana. A esos efectos se promoverán políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbimortalidad materna.

Dichas políticas buscarán alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor involucramiento en la planificación de la familia.

Artículo 2°.- El Ministerio de Salud Pública deberá incluir en su presupuesto un programa con los siguientes objetivos:

- A) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de educación sexual que propendan al ejercicio armónico de la sexualidad y a la prevención de los riesgos.
- B) Planificar y hacer ejecutar políticas en materia de planificación familiar.
- C) El cumplimiento de los objetivos mencionados involucrará a todo el personal de la salud, ampliando y mejorando su capacitación en la esfera de la salud sexual y reproductiva y de la planificación de la familia, incluyendo la capacitación en orientación y comunicación interpersonal.
- D) Instrumentar medidas que tiendan a la disminución de la morbimortalidad derivada de la interrupción de embarazos practicada en situación de riesgo.
- E) Permitir que la mujer ejerza el derecho a controlar su propia fecundidad y a adoptar decisiones relativas a reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.

Artículo 3°.- El Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de los objetivos encomendados en el artículo precedente, coordinará acciones con los organismos del Estado que considere pertinentes.

CAPÍTULO II
CIRCUNSTANCIAS, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Artículo 4°.- Toda mujer tiene derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo durante las primeras doce semanas de gravidez, en las condiciones que establece la presente ley.

Artículo 5°.- Para ejercer el derecho acordado por el artículo anterior, bastará que la mujer alegue ante el médico, circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales, familiares o étareas, que a su criterio le impidan continuar con el embarazo en curso.

El médico deberá:

- A) Informar a la mujer de las posibilidades de adopción y de los programas disponibles de apoyo económico y médico, a la maternidad.
- B) Brindar información y apoyo a la mujer pre y post intervención relativa a la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 6°.- El médico que realice la interrupción de la gravidez dentro del plazo y en las condiciones de la presente ley, deberá dejar constancia en la historia clínica de que se informó a la mujer en cumplimiento de lo establecido en el inciso segundo del artículo 5°.

Asimismo, deberá recoger la voluntad de la mujer, avalada con su firma, de interrumpir el proceso de la gravidez, que quedará adjunta a la historia clínica de la misma, con lo cual su consentimiento se considerará válidamente expresado.

Artículo 7°.- Fuera de lo establecido en el artículo 4°, la interrupción de un embarazo sólo podrá realizarse cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer o cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterina.

El médico dejará constancia por escrito en la historia clínica de las circunstancias precedentemente mencionadas. En

todos los casos someterá tal decisión a consideración de la mujer, siempre que sea posible.

En todos los casos se deberá tratar de salvar la vida del feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer.

CAPÍTULO III CONSENTIMIENTOS ESPECIALES

Artículo 8°.- En los casos de mujeres menores de dieciocho años no habilitadas el médico tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción, el que estará integrado por la voluntad de la menor y el asentimiento de al menos uno de sus representantes legales o, en su ausencia o inexistencia, su guardador de hecho.

Artículo 9°.- Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el asentimiento de quien debe prestarlo, habrá acción ante los Jueces Letrados competentes en materia de familia para que declaren irracional el disenso o brinden el asentimiento.

La menor comparecerá directamente con la mera asistencia letrada. El procedimiento será verbal y el Juez, previa audiencia con la menor, resolverá en el plazo máximo de cinco días contados a partir del momento de su presentación ante la sede, habilitando horario inhábil si fuera menester.

Artículo 10.- En los casos de incapacidad declarada judicialmente, el asentimiento para la interrupción del embarazo lo prestará el titular de la sede judicial competente del domicilio del incapaz, a solicitud del curador respectivo, rigiendo igual procedimiento y plazo que los establecidos en el artículo anterior.

CAPÍTULO IV DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 11.- Las interrupciones de embarazo que se practiquen según los términos que establece esta ley serán consideradas acto médico sin valor comercial. Todos los servicios de asistencia médica integral, tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública,

tendrán la obligación de llevar a cabo este procedimiento a sus beneficiarias, siendo efectuado en todos los casos por médico ginecotocólogo, en las hipótesis previstas en esta ley.

Será de responsabilidad de todas las instituciones señaladas en el inciso anterior, el establecer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para posibilitar a las mujeres el acceso a dichas intervenciones en los plazos que establece la presente ley.

Artículo 12.- Aquellos médicos o miembros del equipo quirúrgico que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los actos médicos a que hace referencia la presente ley, podrán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenezcan, dentro de los treinta días contados a partir de la promulgación de la misma. Quienes ingresen posteriormente, deberán manifestar su objeción en el momento en que comiencen a prestar servicios.

Los profesionales y técnicos que no hayan expresado objeción, no podrán negarse a efectuar las intervenciones.

Lo dispuesto en el presente artículo no es de aplicación en los casos graves y urgentes en los cuales la intervención es indispensable.

Artículo 13.- El médico que intervenga en un aborto o sus complicaciones, deberá dar cuenta del hecho, sin revelación de nombres, al sistema estadístico del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Sólo podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley, las ciudadanas uruguayas naturales o legales y aquellas que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

CAPÍTULO V

DE LA MODIFICACIÓN DEL DELITO DE ABORTO

Artículo 15.- Sustitúyese el Capítulo IV, Título XII, del Libro II del Código Penal, promulgado por la Ley N° 9.155, de 4

de diciembre de 1933, y modificado por la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTÍCULO 325. (Delito de aborto).- La mujer que causare o consintiere la interrupción del proceso fisiológico de la gravidez y quienes colaboren con ella, realizando actos de participación principal o secundaria, fuera de las circunstancias, plazos y requisitos establecidos en la ley, cometen delito de aborto y serán castigados con pena de tres a veinticuatro meses de prisión.

ARTÍCULO 326. (Aborto sin consentimiento de la mujer).- El que causare la interrupción de la gravidez sin el consentimiento de la mujer para la realización del aborto fuera de las condiciones o sin las autorizaciones establecidas en la ley será castigado con pena de dos a ocho años de penitenciaría.

ARTÍCULO 327. (Aborto con consentimiento de la mujer).- No constituye delito el aborto consentido por la mujer en las circunstancias, plazos y condiciones previstos por la ley.

ARTÍCULO 328. (Lesión o muerte de la mujer).- Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 325 sobreviniera a la mujer una lesión grave o gravísima, la pena será de tres a nueve años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de cuatro a doce años de penitenciaría.

Si a consecuencia del delito previsto en el artículo 326 sobreviniere a la mujer una lesión grave o gravísima, será de tres a quince años de penitenciaría, y si sobreviniere la muerte, la pena será de quince a treinta años de penitenciaría".

ARTÍCULO 328 BIS. (Causas atenuantes o eximentes):

- 1°.- Si el aborto se cometiere para eliminar el fruto de la violación, con consentimiento de la mujer, será eximido de pena.
- 2°.- Si el aborto se cometiere por causas graves de salud, será eximido de pena.
- 3°.- En el caso de que el aborto se cometiere por razones de angustia económica, el Juez podrá

disminuir la pena de un tercio a la mitad y podrá llegar hasta la exención de la pena.

Artículo 16.- Sustitúyese el artículo 2° de la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, por el siguiente:

"ARTÍCULO 2°.- Cuando se denunciare un delito de aborto, el Juez competente procederá en forma sumaria y verbal a la averiguación de los hechos, consignando el resultado en acta. Si de las indagaciones practicadas, se llegara a la conclusión de que no existe prueba o de que el hecho es lícito, mandará clausurar los procedimientos, observándose los trámites ordinarios".

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES FINALES

Artículo 17. (Derogaciones).- Deróganse los artículos 2°, 3°, 4° y 5° de la Ley N° 9.763, de 24 de enero de 1938, y todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 18. (Reglamentación y vigencia).- Atento a la responsabilidad cometida al Estado y a los efectos de garantizar la eficacia de lo dispuesto en la presente ley, la misma entrará en vigor a los treinta días de su promulgación, plazo dentro del cual el Poder Ejecutivo la reglamentará.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 10 de diciembre de 2002.

GUILLERMO ÁLVAREZ
Presidente

HORACIO D. CATALURDA
Secretario

Ordenanza 369/04 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

VISTO: El marco normativo sobre "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", formulado conjuntamente por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina;

RESULTANDO: I) que si bien nuestro país presenta resultados sanitarios aceptables –tanto en el nivel público como privado- en cuanto a la salud materna, las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo hacen que el Uruguay ocupe uno de los primeros lugares en mortalidad materna por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo.

II) que la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, a través de sus técnicos han demostrado preocupación por llevar a la práctica las medidas que oportunamente fueron aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y a las cuales adhiere nuestro país, en el área de la Salud Materna, arribando a un documento normativo consensuado;

CONSIDERANDO: I) que el Ministerio de Salud Pública ha adoptado diversas medidas educativas en el marco de la política sanitaria nacional, procurando la prevención del aborto en condiciones de riesgo;

II) que no obstante ello, se registra un incremento marcado de la mortalidad por dicha causa, particularmente en el sub-sector público por lo que se estima pertinente incrementar la adopción de medidas tendientes a prevenir o minorizar los daños que dichas prácticas provocan, mediante un control y asesoramiento obstétrico independientemente de la intención y/o concreción del aborto provocado, antes y después de su realización.

III) que en dicho marco se comparten las pautas normativas formuladas por la Sociedad de Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina, por considerar que implican un avance en procurar el desarrollo de medidas sanitarias que cumplan con los requerimientos bioéticos y médico-legales exigidos a los profesionales de la salud en cuanto a la preservación y conservación del embarazo a la vez que procuran la información, prevención y asesoramiento del daño causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

1°) Apruébase la normativa formulada en acuerdo por la Sociedad Ginecología del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina bajo la denominación "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo", la cual se anexa y forma parte de la presente ordenanza.

2°) Créase una Comisión integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá, un representante de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, un representante de la

Sociedad de Ginecología del Uruguay, un representante del Sindicato Médico del Uruguay y un representante de la Facultad de Medicina, con el cometido de elaborar el plan que ponga en práctica la normativa aprobada.

3°) Establécese que la Comisión queda facultada a nombrar otros integrantes de la sociedad civil.

4°) Remítase Oficio a la Sociedad de Ginecología del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay y Facultad de Medicina, solicitando la designación de sus representantes.

Montevideo, 4 de agosto de 2004.

DR. CONRADO BONILLA. MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

GLOSARIO

Aborto medicamentoso. Así se denomina al aborto realizado mediante *misoprostol*. Provocar la expulsión del contenido. a) Misoprostol-Mifepristone (Cytotec + RU 486); b) Introducción en cuello de útero de pastillas de Misoprostol con taponamiento para evitar su eliminación; c) Colocación en vagina de dos pastillas de Misoprostol hidratadas con 2 gotas de suero durante dos días consecutivos; d) Aplicación (pincheo) de Misoprostol disuelto en suero directamente en el cuello del útero; e) administración oral de Misoprostol dosificado según edad gestacional

AMEU Aspiración manual endouterina. Es un método utilizado en todo el mundo como alternativa para el tratamiento del aborto incompleto y huevo muerto y retenido del 1° trimestre. La OMS recomienda su disponibilidad en los centros de atención primaria. Consiste en aspirar el contenido uterino mediante una cánula de Karman conectada a una jeringa de vacío.

Dilatación y curetaje. Inducción de dilatación cervical y evacuación del contenido uterino mediante raspaje con una curetaje

Laminarias. Es un tallo de alga seca del género *Laminaria* que es altamente higroscópico. Después de su inserción en el cuello uterino absorbe los líquidos del canal cervical, aumenta de tamaño y produce dilatación cervical Tiene la ventaja de evitar laceraciones o perforaciones porque produce una dilatación progresiva, indolora y efectiva en un período de 12 a 24 horas.

misoprostol Ver aborto medicamentoso

mutualista. Son Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Sonda. Inducción por sonda. Introducción de sonda en el cuello del útero para provocar contracciones y expulsión de su contenido. La expulsión puede ser completa o demandar un legrado evacuador.

Residente. La residencia dura tres años, forma parte del postgrado. En esta investigación, los médic@s residentes contactados estaban realizando el postgrado en ginecología o en medicina familiar. Tienen entre 30 y 36 años.

Interno. Son estudiantes de grado que están cursando materias clínicas, por lo que tienen un período breve de internado en distintas instituciones donde llevan a cabo las prácticas clínicas correspondientes. En esta investigación se trataba de los estudiantes de las disciplinas del tronco materno-infantil.

SIGLAS

AE Anticoncepción de emergencia

AMEU Aspiración manual endouterina.

AO Anticoncepción oral

APA Atención Post-Aborto

AUPF Asociación Uruguaya de Planificación Familiar

CHPR Centro Hospitalario Pereira Rossell

CREU Comisión de Representatividad Evangélica em Uruguay

CTI Centro de Terapia Intensiva

HM Hospital de la Mujer

IS Iniciativas Sanitarias

ITS Infecciones transmitidas sexualmente

IAMC. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

MSP Ministerio de Salud Pública

MAC Métodos anticonceptivos

OMS Organización Mundial de la Salud

UDELAR Universidad de la República