

**LA EXPERIENCIA DEL
ABORTO VOLUNTARIO EN UN
CONTEXTO LEGAL:
perspectiva de las usuarias de
los servicios de salud en
Montevideo**

Estudiante de grado: Lucía Correa Lucas

Tutora: Prof. Agda. Alejandra López (Instituto Psicología de la Salud)

Montevideo, 4 de mayo de 2015

RESUMEN

El acceso a servicios de aborto legal en Uruguay ha sido fruto de una ardua lucha activista a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En el año 2012 se aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y dada las condiciones que ésta define para acceder a un aborto legal, es materia de controversias entre diversos sectores de la sociedad. Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal describir y analizar las experiencias subjetivas de las mujeres adultas de Montevideo en el acceso a las consultas para la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud. Se parte del supuesto que el procedimiento que establece la Ley IVE limita la autonomía de las mujeres para la toma de la decisión frente a un embarazo no deseado. Se propone un estudio de tipo descriptivo y exploratorio en base a una metodología cualitativa mediante la realización de entrevistas en profundidad semi dirigidas con mujeres que vivieron la experiencia del aborto en el actual contexto legal. Se pretende con esta investigación, lograr un aporte desde un enfoque de género y derechos, para la complejización de los aspectos subjetivos relacionados al aborto voluntario legal.

Palabras clave: aborto legal, experiencias subjetivas, mujeres.

FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación propone indagar acerca de las implicaciones subjetivas por las que transitan las mujeres adultas de los servicios de salud de Montevideo, vinculadas al proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo recientemente aprobado en la Ley N° 18.987¹, de octubre de 2012.

La ley establece en el artículo 2, la despenalización siempre y cuando se realice durante las primeras 12 semanas de gestación y la mujer cumpla con los requisitos establecidos en los artículos consecutivos; acudir a consulta médica con equipo interdisciplinario; disponer de 5 días de reflexión antes de ratificar su decisión, entre otros.

¹Acceder a la Ley en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Durante décadas el aborto² voluntario estuvo penalizado en Uruguay, y estas situaciones no estuvieron contempladas en la atención de los servicios de salud. Se asistía a las usuarias con complicaciones post-aborto, pero al no existir normativas sanitarias que orientaran las prácticas profesionales, las reacciones de los servicios y del personal eran variables. De esta forma, la Ley N° 9763 que establecía desde 1938 el aborto como un delito siempre, impuso la prevalencia del silencio y ocultamiento, así como el trato y el tipo de atención sujeto a la actitud del personal asistente (Carril y López, 2008).

La aprobación de la Ley N° 18987, colocó al país entre los primeros de la región en despenalizar la práctica del aborto e incluirla en los servicios de salud. Junto con México DF y Cuba, forma parte de los pocos lugares que permiten el aborto hasta las doce semanas de gestación, sin restricción por los motivos que lo determinan. Uruguay y Cuba se convirtieron en los únicos dos países de la región, que despenalizaron el aborto en todo su territorio nacional bajo determinadas condiciones (Silva et al. 2014).

El aborto es la manera ancestral que tienen las mujeres de resolver el conflicto de un embarazo no deseado, persistiendo aún en pleno siglo XXI. América Latina es una de las regiones con leyes que prohíben totalmente el aborto. Aunque la despenalización va en aumento, la mayoría de las legislaciones siguen limitando la decisión de las mujeres, estableciendo criterios “profesionales” para obligarlas a escuchar una “consejería” (Lamas, 2003).

Según el manual de procedimientos para el manejo sanitario de IVE (MSP; 2012) el mismo se establece en cuatro consultas. En la primera (IVE 1) se recepciona la voluntad de la mujer. En la segunda (IVE 2) la misma recibe asesoramiento de un equipo interdisciplinario, integrado por un médico ginecólogo, un profesional especializado del área social, y otro de la salud psíquica. En la tercera consulta (IVE 3) se expresa la decisión final de la mujer para proceder a la IVE. La cuarta consulta (IVE 4) consiste en el control post-IVE, para asegurar la eficacia del procedimiento.

El decreto reglamentario (MSP; 2012), establece que el ámbito de aplicación de la ley corresponde a todo el territorio nacional. Todas las instituciones del Sistema Nacional

²Se considera aborto a la interrupción de un embarazo tras la implantación del óvulo fecundado en el endometrio antes que el feto haya alcanzado viabilidad, o sea, ser capaz de sobrevivir y tener una vida extrauterina independiente (López, Arribeltz, Alemán, Carril, Rey, 2011).

Integrado de Salud (SNIS) tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la misma. Las instituciones que tengan “objeción de ideario” (optar por no realizar IVE), deberán presentar una solicitud con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley. Sólo podrán objetar de conciencia, el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo, debiendo derivar a la usuaria a otro médico para asegurar la continuidad de la atención inmediata.

Con respecto a la actuación de las instituciones médicas y el personal que intervenga en los procedimientos, el reglamento señala que deben ajustarse a las normas de confidencialidad, consentimiento informado, y establece como normativa el respeto a la autonomía de la mujer, con el fin de que pueda tomar decisiones personales libres. Indica que el personal debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, debiendo actuar de acuerdo a la evidencia científica disponible, con calidad técnica y humana.

En cuanto a los requisitos, la normativa indica que podrán acceder a la IVE las ciudadanas legales, naturales y las extranjeras con más de un año de residencia. El artículo 4 establece, que el procedimiento solamente podrá realizarse dentro de las 12 semanas de gestación, salvo excepciones (violación, riesgo de la mujer, malformaciones del feto). En el caso que los plazos se vencieran por causas imputables o no al médico, equipo interdisciplinario o institución, se procederá de acuerdo al artículo 4° b.2 de la Ley 18.426 y la Ordenanza 369 del 6/08/2004 del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se otorgará entonces una atención integral de asesoramiento sobre maternidad segura, y medidas de protección sobre aborto en condiciones de riesgo.

Sobre el procedimiento, el reglamento establece que una vez manifestado por la mujer el deseo de acceder a una IVE, aduciendo las razones establecidas en el artículo 3 de la Ley N° 18.987 (penuria económica, familiar, social o etaria), debe ser referida a un equipo interdisciplinario el mismo día de la consulta o al día siguiente. Se establece que desde el mismo día que la usuaria comience a recibir el asesoramiento previsto por esta ley, empezará a correr el plazo de los cinco días para que manifieste su voluntad de interrumpir el embarazo (hora 0 del día sexto a partir de que comenzó a recibir asesoramiento profesional). Pero de ser un médico ginecólogo quien asista a la mujer en la primera consulta, podrá comenzar el proceso de asesoramiento desde ese día. Se establece que será el médico ginecólogo quien determine el tipo de procedimiento a seguir para la interrupción del embarazo.

El propio proceso de despenalización de la práctica, así como el de implementación de la ley, ha estado sucedido de tensiones y enfrentamientos que dieron lugar a diferentes manifestaciones.

A comienzos de 2013, en el departamento de Salto, todos/as los/las médicos ginecólogos/as apelaron a la objeción de conciencia. La ONG Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)³, denunció que en los servicios de IVE de este departamento, las usuarias estaban siendo tratadas con hostilidad por parte de los/las médicos/cas, se originaban demoras en las consultas y se incurría a la falta de asesoramiento⁴.

En junio de 2013, tras una iniciativa impulsada por grupos conservadores y partidos políticos tradicionales del país, se convocó a un pro referéndum para derogar la ley. La consulta ciudadana no obligatoria consiguió tan solo un 8,9% del padrón electoral, necesitando un 25% para interponer el recurso de referéndum. Esto garantizó el acceso a los servicios demostrando un amplio apoyo de la ciudadanía ante la nueva ley.

Otro obstáculo que se presentó para las usuarias fue el reciente fallo unánime (14 de agosto 2014) del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) a favor del pedido de un grupo de médicas/os ginecólogas/gos, de la suspensión de la ejecución de 10 de 42 artículos (concernientes entre otros a la objeción de conciencia), alegando que su aplicación les causa graves daños y que el decreto reglamentario de la ley es ilegal. Ante este fallo los/las médicos/cas podrán abstenerse de realizar el procedimiento hasta que se dé el fallo definitivo a mediados del año 2015. En octubre de 2014 el MSP planteó un recurso de reposición de los 10 artículos, pero fue desestimado.

El balance presentado en febrero de 2014 por el MSP sobre el primer año de implementación de esta ley (diciembre 2012-noviembre 2013), arroja los datos de una disminución considerable de la mortalidad materna a cero. Se presentó un caso de muerte materna correspondiente a un procedimiento fuera del marco legal. Se registraron un total de 6676 abortos voluntarios, de los cuales un 18% son adolescentes. La tasa de IVE es de 9 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. De los datos obtenidos se conoce que un 6.3% de los casos decide continuar con el

³<http://www.mysu.org.uy/>

⁴ <http://www.mysu.org.uy/observatorio/spip.php?article27>

embarazo. Cabe destacar que no se registraron datos estadísticos sobre el número de médicos que apelan a la objeción de conciencia.⁵

De acuerdo al registro del Sistema Nacional de Información (SINAdI) del MSP, en el año 2014 se practicaron 8500 abortos legales, 20% más que en el año 2013. Esto implica una tasa de 12 cada 1000 de mujeres entre 15 y 45 años. El 18% de las mismas corresponden a menores de 20 años, un 60% corresponden a mujeres de Montevideo y un 40% al interior del país. Un 9% de las mujeres decidió continuar con el embarazo luego de la consulta con el equipo interdisciplinario, lo cual supone un 30% más que en el primer año de implementación. En este período no se presentaron casos de muertes maternas por aborto⁶.

La importancia de investigar sobre las vivencias desde la perspectiva de las mujeres que transitan por este proceso, compromete a la Psicología a aportar conocimiento, sobre el complejo entramado de significaciones que la nueva ley genera en las usuarias. Es decir, contribuir a comprender los aspectos subjetivos de las protagonistas implicadas en el proceso de efectivización de la práctica del aborto voluntario legal.

Es importante que la Psicología genere conocimiento ante este nuevo escenario de la práctica del aborto en situación de legalidad. Entre otros asuntos, indagar sobre la dimensión subjetiva vinculada a la práctica, abarcando los aspectos psicosociales, políticos y culturales insertos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y que transversalizan, y las vivencias de las mujeres; conocer los aspectos emocionales del tránsito por este procedimiento; cómo se vivencia el mismo, el antes y el después; cuales son los significados que existen en torno a la decisión; cuales son las opiniones sobre la IVE; cómo incide en ellas la participación de los/las profesionales en el mismo.

⁵http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf

⁶ <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>

ANTECEDENTES

De acuerdo a los estudios de Allan Guttmacher Institute (2012), en todas partes del mundo las mujeres recurren a abortos inducidos⁷, incluso en países donde éste es ilegal. Las leyes de aborto altamente restrictivas no están asociadas con tasas de aborto más bajas, sin embargo sí se dan en Europa Occidental, donde el aborto es legal. A nivel mundial, América Latina tiene los porcentajes más altos de aborto inseguro⁸. La mayoría de los mismos ocurren en países en desarrollo, donde las mujeres pobres son las que tienen menor acceso a servicios de planificación familiar y menos recursos para pagar procedimientos de aborto seguro. Aproximadamente mueren 47.000 mujeres cada año por esta causa, casi todas en países donde las leyes son restrictivas. En América Latina y el Caribe, la tasa anual estimada de aborto inseguro en 2008, fue de 31 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. La tasa de procedimientos seguros fue menos de 2 por 1000. Esta última refleja los cambios legales en Ciudad de México y Colombia. Cerca de un millón de mujeres en América Latina y el Caribe son hospitalizadas anualmente por complicaciones derivadas de abortos inseguros.

Experiencias regionales en contextos de aborto voluntario legal

En este escenario, es importante destacar un estudio realizado sobre la experiencia en México D.F (Ortiz y Troncoso, 2012) que demuestra que aún legalizada la práctica, sigue siendo estigmatizada, lo cual dificulta el procedimiento. Arroja como resultado la necesidad y demanda de un acompañamiento emocional profesional post aborto en este servicio de salud, lo cual fortalece la autonomía de las mujeres y disminuye el estigma. El estudio reporta que la decisión de abortar, pone límites para situaciones percibidas como amenazantes para el bienestar de la mujer, se genera una situación de empoderamiento de su propio cuerpo y una reafirmación de otros aspectos de su vida que considera importantes.

Con respecto a investigaciones del mismo país acerca de la discriminación de género desde las prácticas médicas y los ámbitos de salud, Erviti (2010) encontró una relación

⁷Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto inducido es la intención deliberada de interrumpir un embarazo antes de completar las 20 semanas de edad gestacional.

⁸Según la OMS, se define aborto inseguro al procedimiento para terminar un embarazo que es efectuado por personas que carecen de las habilidades necesarias y/o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos.

entre el orden social generizado y los discursos de los profesionales médicos en el ámbito reproductivo, siendo el personal médico reproductor de desigualdades de género que condicionan su práctica profesional.

A tres años de la implementación de la reforma de ley sobre aborto electivo en México, Díaz Olavarreta et al. (2012) realizaron una investigación sobre las opiniones y percepciones del personal del servicio de salud. La misma reporta que la objeción de conciencia prevaleció entre el personal de ingreso reciente, existiendo opiniones divididas respecto al derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo.

En cuanto a la situación cubana, un estudio realizado por Álvarez y Salomón (2012), trae la problemática de la alta tasa de fecundidad y de aborto adolescente. Aborda las valoraciones de los actores sociales y las adolescentes vinculadas con las decisiones de aborto. El estudio reportó que existe un comportamiento social tradicional machista, una percepción general de que el problema del aborto es solamente de la adolescente. Concluye en la necesidad de un enfoque de género para abordar el problema.

Vivencias de las mujeres y aspectos decisivos del aborto voluntario

La experiencia de mujeres adolescentes con abortos provocados por decisión de sus madres, fue analizada por Ribeiro et al (2013). Este estudio fue realizado con adolescentes residentes en Minas Gerais, Brasil. Las autoras reportan la necesidad de estas mujeres de una autonomía en sus vidas reproductivas y la expectativa de poder tomar sus propias decisiones sin interferencias en el futuro.

Diversos estudios de diferentes países de la región, acerca de los aspectos emocionales a la hora de decidir interrumpir un embarazo demuestran que es una decisión difícil de tomar, una situación vivida con angustia y dolor, acompañada de sentimientos negativos (do Nascimento et al. 2012; Araújo y Santana, 2013, Petracci et al. 2012; Carril y López, 2010b; Silva et al. 2014).

Un estudio llevado a cabo en Buenos Aires, revela que el contexto de ilegalidad no influye en la decisión de abortar, sino en las condiciones de clandestinidad en las cuales el mismo es realizado. La decisión, en ningún caso fue tomada de forma automática, sino que involucró repensar la propia situación presente, pasada y futura. El estudio reportó que casi no se registraron vivencias de arrepentimiento (Petracci et al. 2012).

Una investigación de Aznar y Cerdá (2014) sobre revisiones y artículos recientemente publicados, reporta que no existe síndrome postaborto como tal, sino trastornos

psicológicos secundarios que se relacionan con el sentimiento de culpabilidad, dependiendo de la percepción que la mujer pueda tener de lo que significa el aborto. Según los autores, es este sentido ético el que determina en contraposición, que muchas mujeres muestren sensaciones de alivio tras abortar.

Mendes y Oroski (2014) mediante un estudio cualitativo sobre las experiencias de las mujeres jóvenes en el proceso de aborto clandestino, encuentran que la mayoría de las mujeres presentan sensaciones de alivio post aborto. Las mismas experimentan sentimientos de libertad de elección y acceso a los derechos sobre su propio cuerpo. Las vivencias de las mujeres que sintieron arrepentimiento y tristeza luego del aborto, se relacionan con un juzgamiento y criminalización por parte de la sociedad.

Profesionales de la salud y aborto voluntario

Diversos estudios demuestran (do Nascimento et al. 2012; Guimaraes et al. 2011; Sandoval et al. 2012) que ante la compleja vivencia de la mujer durante el proceso abortivo, es necesario el apoyo emocional de los/las profesionales de la salud, así como un acompañamiento respetuoso y humanizado más allá de sus opiniones personales al respecto. Estas actitudes se vuelven imprescindibles para la efectivización de la política pública.

Diversas investigaciones sobre los profesionales de la salud brasileños y el aborto inducido, demostraron; bajos índices de conocimiento de la legislación que ampara a las usuarias (Guerra et al. 2011; Barbosa et al. 2013); uso inadecuado del derecho a la objeción de conciencia y dificultades para construir una postura capaz de garantizar el acceso al aborto previsto en la ley (Santos y Fontenele 2012); influencia de valores religiosos que desestimula la práctica del aborto legal (Lemos y Araújo 2014; Santos y Fontenele, 2012); asistencia discriminatoria a la mujer que busca interrumpir su embarazo de modo legal y escasa formación técnica para realizar la IVE (Barbosa et al. 2013).

Lemos y Araújo (2014) realizaron una investigación sobre la visión de los/las profesionales de la salud brasileños acerca del aborto. Se reportó que predomina un discurso en contra de la práctica y se concluye en la importancia de la reflexión de las prácticas de salud de la mujer en la formación de los/las profesionales.

En cuanto a la influencia de la percepción de los profesionales sobre el aborto en la salud de la mujer, un estudio realizado en Brasil (Guerra et al. 2011), constató actitudes de discriminación y malos tratos hacia las mujeres que provocan aborto.

Zaldúa et al. (2010) tras una investigación sobre los obstáculos y resistencias de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, concluyen que los mandatos patriarcales desafían a la normativa legal, se produce una tensión en las prácticas de los/as profesionales de la salud, entre el pasaje de la atención del control de natalidad a la concepción de empoderamiento de las mujeres, y se revela la existencia de abordajes en que las mujeres son tuteladas y sus decisiones no son escuchadas.

Las experiencias y opiniones de las/los profesionales de la salud acerca de la despenalización del aborto en diferentes partes del mundo, fueron analizadas por Vázquez y Castiblanco (2013). Las autoras reportan que las mismas discurren entre valores religiosos y patrones patriarcales que no favorecen a la IVE, pero que igualmente la consideran una medida contra la mortalidad materna que concierne un problema relevante para la salud pública.

Aborto voluntario en Uruguay

La mayoría de los estudios relativos al aborto voluntario en Uruguay, fueron realizados en el contexto de ilegalidad de la práctica, por tanto penalizada y realizada clandestinamente.

Uno de los estudios en este escenario, aborda la relación entre profesionales de la salud y derechos reproductivos de las mujeres en situación de aborto voluntario (López y Carril, 2008). Reporta que predomina en los profesionales médicos una visión del aborto como un acto que implica consecuencias psicológicas en las usuarias. Señalando estas autoras que esta relación se basa en una ecuación saber-poder atravesada por determinantes de género y clase que hacen de este vínculo una relación jerárquica.

Otra investigación aborda la dimensión subjetiva del aborto voluntario en contexto de ilegalidad (Carril y López, 2010b). La misma demostró que la interrupción del embarazo produjo en las mujeres sensaciones de alivio por terminar con una situación no deseada y por la tensión e inseguridad de practicarse un aborto clandestinamente. Las autoras señalan que el propio contexto de ilegalidad y penalización genera reacciones emocionales adversas. Los significados asociados al aborto no pueden desligarse del contexto de ilegalidad.

Entre los estudios realizados luego de la aprobación de la ley que despenaliza el aborto voluntario, es importante destacar una investigación de MYSU, realizada en el

marco de los estudios sobre el estado de situación del aborto y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Uruguay (MYSU, 2014)⁹. La misma, llevada a cabo en el departamento de Salto, reportó las barreras que existen en el acceso a la IVE; la objeción de conciencia, el estigma, la vulneración de derechos en la relación usuaria - profesional de salud, las demoras en conceder consultas, la falta de información sobre servicios y las distancias geográficas, entre otros. MYSU asegura que de acuerdo a la percepción de los actores entrevistados en el estudio, la práctica del aborto clandestino continuaría existiendo en el departamento, por lo tanto, la objeción de conciencia no ha desestimado el aborto, sino que ha ocasionado un retroceso de las condiciones de la práctica al expulsar a las mujeres al mercado clandestino, lo cual implica someterse a situaciones de aborto inseguro, vulnerando los derechos de las mujeres, obligándolas a poner en riesgo su vida acudiendo a un servicio fuera del sistema de salud.

Recientemente, MYSU presentó los resultados de los estudios realizados en Río Negro, Soriano y Paysandú (MYSU, 2015)¹⁰, que tienen como precedente la investigación realizada en Salto. En su primera fase, el estudio releva que en Paysandú, un 87,3 % de los/las ginecólogos/as figuran como objetores/as de conciencia y en Río Negro, un 43%. En Soriano, no se pudo contar con datos descriptivos al respecto ya que las instituciones públicas se negaron a aportarlos aludiendo a una orden central de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En los tres departamentos, más allá del cambio normativo y la instalación de los servicios, persiste el estigma vinculado a la práctica del aborto en el relato de las mujeres y se evidencia la falta de difusión e información de estas prestaciones por parte de las instituciones.

Otra investigación realizada en Uruguay luego de la despenalización de la práctica por Médicos del Mundo/-Francia (MDM-F) demuestra que la toma de decisión de abortar y el tiempo de reflexión, son independientes de la interacción con el servicio y el período de los 5 días establecidos con ese fin. La mayoría de las mujeres llegan al servicio de salud con la decisión ya tomada, buscan la autonomía en su decisión, y algunas se sintieron cuestionadas por algún profesional de la salud. El proceso de aborto es vivenciado por las mujeres con dolor, y la trayectoria para acceder a una IVE está determinada por muchas idas y vueltas que requiere el procedimiento, lo cual lo vuelve

⁹ <http://www.mysu.org.uy/observatorio/spip.php?article26>

¹⁰ <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-noticia/presentacion-de-los-primeros-resultados-del-estudio-estado-de-situacion-y-desafios-en-salud-sexual-y-reproductiva-y-aborto-en-los-departamentos-de-rio-negro-soriano-y-paysandu/>

un proceso “engorroso” y vivido con angustia. El estudio señala cómo el trato desestigmatizante del servicio es uno de los facilitadores de este proceso. Recomienda agilizar el mismo, acortar los tiempos, capacitar al personal para una atención apropiada y una mejora en el trato con las usuarias. Este estudio sugiere procurar una oportunidad de acción política para revisar la Ley IVE y así facilitar el proceso para acceder al servicio (Silva et al. 2014).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación se propone el análisis de las experiencias subjetivas de las mujeres montevidéanas que han accedido a las consultas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los servicios de salud. Se considera fundamental para ello, el abordaje desde un enfoque de género y derechos, los cuales son tomados como eje transversal del análisis.

El procedimiento para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, consiste en un complejo proceso que incluye reiteradas consultas médicas, exámenes clínicos y requisitos obligatorios que retrasan el acceso al aborto tras la decisión inicial manifestada por la mujer.

La exigencia de una consulta interdisciplinaria y una reflexión posterior de 5 días, cuestiona la decisión ya tomada por la mujer y amenaza su autonomía. Esto presentaría problemas para la concreción de los derechos de las mujeres, ya que en lugar de respetar su decisión, podría estar interpelada desde el ámbito médico.

¿Cómo pensar estas exigencias de procedimiento para el acceso a la IVE, si de los antecedentes se desprende que no hay consecuencias psicológicas al abortar? ¿Si la cantidad de mujeres que desisten es mínima y que de existir culpa o angustia se relaciona con el contexto social de machismo, creencias religiosas o la criminalización del acto? ¿Si lo que predomina en las mujeres post-aborto es la sensación de alivio?

Entonces ¿por qué relacionar estos procedimientos con un posible arrepentimiento posterior? Y de ser así ¿por qué el Estado tiene que actuar ante esa supuesta impulsividad de la mujer?

Incluir el período de reflexión, la ratificación de la decisión y la consulta con el equipo interdisciplinario, se puede pensar como una estrategia para contrarrestar una supuesta “impulsividad” en las mujeres que las llevó a tomar la decisión, lo que refuerza discriminaciones de género al exigirle racionalización.

En base a los desarrollos de Foucault (1999), podría considerarse que esta complejización del procedimiento para el acceso a la IVE, la convierte en una técnica gubernamentalizada. Según este autor, gubernamentalidad sería el conjunto de instituciones, de procedimientos, de tácticas que permiten ejercer poder, siendo la meta principal la población, el gobierno sobre los demás.

Las tácticas de gobierno son las que permiten definir en cada momento lo que le debe y lo que no le debe concernir, lo que es público y lo que es privado, lo que es estatal y lo que no lo es (Foucault 1999, p.196).

Se vuelve entonces la población, en este caso las mujeres que quieren abortar, como el fin de técnicas de gobierno, que a su vez implica una renuncia del cuerpo propio y coartar la autonomía de las mismas. Esta técnica gubernamentalizada se traduce en un procedimiento engorroso y tutelado: pedir a la mujer que manifieste su decisión ante un médico en tres instancias (IVE 1, 2 y 3).

IVE 1: manifestar que desea abortar y justificar al médico las razones que le impiden continuar con el embarazo (artículo 3), siendo las situaciones posibles; penuria económica, sociales, etarias, familiares. Este artículo invisibiliza la posibilidad de empoderamiento de derechos sobre el propio cuerpo, no hay lugar ni opción para el “no querer”, da a entender que eso no es lo esperado, lo amparado, no entra en el campo del deseo. A su vez, en esta instancia se corroboran todos los datos y requisitos excluyentes que debe cumplir la persona para continuar con la IVE.

Otra característica de esta técnica es citar a la persona a una segunda instancia (IVE 2), la cual implica la consulta con un equipo interdisciplinario, donde incluso la mujer debe firmar un consentimiento de asesoramiento. ¿Podríamos pensarlo como una instancia disuasiva donde la persona en situación de vulnerabilidad y de asimetría de poder es interpelada desde el saber médico profesional, donde se le habla de riesgos y se le presentan alternativas al aborto, así como también la posibilidad de llevar a cabo el embarazo y dar a su hijo/a en adopción? La ley dice expresamente que este equipo debe contribuir a superar las causas que puedan inducir a una interrupción del embarazo. Solo después de esta reunión, la mujer podrá disponer de 5 días para una “reflexión” y luego volver para así ratificar (o no) su decisión previa (IVE 3), la cual debe ser expresada mediante un consentimiento informado que debe firmar y que va a incorporarse en su historia clínica.

A este procedimiento se le suman otras trabas; la objeción de conciencia; el hecho de que estos 5 días no contemplen días de licencia, que a su vez invisibilizan la situación

de la mujer; y los tiempos de espera, ya que las 12 semanas de plazo se calculan desde la fecha de la última menstruación (FUM). Por lo tanto los tiempos entre IVE 1 y 2 y el 2 y 3 siguen corriendo y se enlentece el procedimiento, existiendo la posibilidad de que esas 12 semanas se cumplan en el transcurso de estos días y la IVE no sea finalmente amparada por la ley.

Se podría decir que ante esta nueva ley las mujeres tienen otro lugar, incluso la misma comienza diciendo que el Estado garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las personas, pero sin embargo, hace énfasis en el valor social de la maternidad y tutela de la vida humana. Se podría decir que hubo un movimiento, donde aparece la posibilidad de un “privilegio” de los derechos de las mujeres y su capacidad de elección. Pero ¿podría pensarse este complejo procedimiento como una continuidad de esta lógica de control sobre los cuerpos de las mujeres? ¿Podría pensarse como fruto de relaciones de poder que corresponden a construcciones de realidad sustentadas por una escala de valores que sitúa a la mujer en una posición de increpada por su decisión? ¿Permite el procedimiento un empoderamiento de derechos por parte de la mujer? ¿Limita la autonomía de la mujer en su decisión?

Ante esta situación, es importante conocer las experiencias subjetivas de las usuarias en el tránsito por este complejo procedimiento; ¿cómo se vivieron las primeras consultas?; ¿cómo vivieron el encuentro con el equipo interdisciplinario?; ¿perciben que incidió sobre la decisión? ¿Cómo se sintieron en los 5 días de “reflexión”? ¿Qué efectos tuvo sobre sus decisiones? ¿Cómo vivenciaron la obligatoriedad de transitar por estos 5 días?; ¿qué percepciones tienen del procedimiento?; ¿representó una barrera ante la decisión inicial?

OBJETIVOS

General

1. Describir y analizar las experiencias subjetivas de las mujeres adultas de Montevideo en el acceso a las consultas para la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud.

Específicos

1. Analizar cómo incide el procedimiento que establece la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la decisión final de las mujeres.
2. Analizar cómo vivencian las mujeres la consulta con el equipo interdisciplinario que establece la ley vigente.

3. Identificar y analizar cómo perciben y viven las mujeres la obligatoriedad de transitar por cinco días de reflexión luego de la consulta con el equipo interdisciplinario.
4. Identificar las barreras de los servicios de salud para el acceso al aborto legal desde la perspectiva de las usuarias.

REFERENTES TEÓRICOS

Analizar las vivencias de las mujeres vinculadas al aborto inducido como derecho en el sistema de salud, requiere de algunas conceptualizaciones como marco fundamental, así como para abrir visibilidad sobre las dimensiones subjetivas implicadas en las prácticas de los sujetos.

Es necesario abordar esta investigación desde una perspectiva de género, ya que permitirá reconocer desigualdades entre varones y mujeres en la atención en los servicios de salud, específicamente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta que el género es el elemento constitutivo de las relaciones sociales, que se funda en relación a las diferencias percibidas entre los sexos, siendo un primer modo que da significado a las relaciones de poder (Scott, 1988). Las sociedades se organizan sobre las diferencias del sexo biológico, se atribuyen características y roles culturales que se convierten en estereotipos naturalizados. Se genera un entramado sistema de significaciones en torno al cuerpo de las mujeres. De esta forma, se fueron estableciendo relaciones diferenciales, organizando los modos de relacionarse entre las personas, entendidas como hombres y mujeres.

Esta lógica funciona aún dentro del sistema sanitario, considerando que desde los profesionales de la salud, desde el poder médico, lejos de ponerse en práctica los derechos de las mujeres, se refuerzan estas desigualdades sociales reproduciéndose así los estereotipos de género (Schraiber, 2010).

Este estudio toma el concepto de patriarcado como punto de vista analítico, ya que como construcción histórica legitimada supone la subordinación de las mujeres en la sociedad. Representa la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niñas/os de la familia, y la ampliación de este sobre las mujeres en la sociedad en general (Gerda Lerner, 1986). Produce realidades y reproduce desigualdades, legitimándose este dominio, pero acoplándose a todas las estructuras que sustenten este funcionamiento, este control restrictivo de la sexualidad de las mujeres (Hartmann, 1981).

En nuestra sociedad se cree que la esencia de la mujer es ser madre. La maternidad es concebida como la función de la mujer y un medio para su realización, organizando un universo de significaciones en torno a la idea mujer = madre. Esta idea, organiza las acciones en el concebir, parir, y criar la descendencia, los proyectos de vida de las mujeres y los discursos sobre “la Mujer”. Así, entran en juego las fuerzas sociales, mitos que constituyen un conjunto de creencias colectivas que ordenan las prácticas (individuales, sociales, públicas, y privadas) de hombres, mujeres y niños. Estas significaciones instituyen realidad, son constitutivas de lo femenino y lo masculino, formando parte no solo de los valores de la sociedad, sino también de la subjetividad de hombres y mujeres (Fernández, 1993).

Estas relaciones diferenciales se potencian desde el ámbito médico, que refuerza, naturaliza y normativiza las expresiones sexuales y comportamientos reproductivos desde un discurso legítimo sobre los cuerpos y las prácticas. La medicina tiene un permiso casi exclusivo para tratar y examinar la más personal de las posesiones individuales: el funcionamiento interno de nuestros organismos y nuestras mentes. El ejemplo más claro es el del embarazo y la gama de procesos relacionados con el mismo. El lenguaje de la ciencia médica supera cualquier otro relato, la utilización retórica y las pruebas médicas en los argumentos en la defensa de cualquier cosa, habilita a que el prestigio de cualquier propuesta se vea mejorado. Cuando se trata de orientar el comportamiento humano, con demasiada frecuencia el médico se rige no por sus conocimientos técnicos sino por sus valores, o por los valores latentes de las técnicas que utiliza (Zola, 1999).

La legitimación del poder médico y la incidencia de todos estos procesos en el cuerpo de la mujer, la convierten en una pieza de engranaje de estas tecnologías de poder, viéndose así vulnerada en sus derechos e imposibilitada de un pleno desarrollo de sus libertades. En este sentido, Ana María Fernández (1993) señala los dispositivos estratégicos que se organizan en el SXVIII y se consolidan en el SXIX, dando entrada a la histeria como enfermedad nerviosa: la medicalización del cuerpo de las mujeres; la alianza entre médicos y familias que cambiará la crianza y educación de los niños, y el lugar de la mujer en la sociedad industrial incipiente; el discurso médico de la “naturaleza femenina”: sexualmente pasiva, frágil, dependiente y predestinada a la maternidad. De acuerdo a esta autora, asociar “histeria” a “mujer”, se encuentra presente a lo largo de la historia de los discursos médicos. Estos discursos, según Fernández, siempre han sido piezas clave de los dispositivos estratégicos por medio de los cuales la sociedad produce hombres y mujeres; los médicos no solamente

hablan de medicina, sino que nos dicen cómo tenemos que vivir, parir, gozar, morir. Lo femenino de acuerdo a la autora, queda ubicado desde el discurso médico, en un lugar de inferioridad y de dependientes de los hombres, coartando la autonomía de las mujeres.

Según Fernández (1999) cuando hablamos de autonomía de género, estamos hablando del grado de libertad que tiene una mujer para poder actuar de acuerdo a su elección y no con la de los otros. De este modo, comprende la capacidad de instituir proyectos propios, y la posibilidad de acciones deliberadas para lograrlos. Hay una relación entre la adquisición de la autonomía de la mujer y los espacios de poder que puedan instituir.

El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad implica particularmente, saberse sujetos de derechos con respecto a la sexualidad y las decisiones reproductivas. El empoderamiento supone que personas o grupos con escasa posibilidad de autoridad sobre sus vidas, puedan transformar estas relaciones de poder a favor de sus necesidades y deseos, por lo que permite la defensa y la exigencia del acceso a los derechos. Los conceptos de autonomía y empoderamiento se articulan ya que el fortalecimiento del sujeto propicia un mayor dominio sobre sí mismo y sobre el entorno. La toma de decisiones en la vida sexual favorece el desarrollo de sujetos autónomos y contribuye a la construcción de ciudadanía, pero para ello es necesario generar condiciones habilitantes. Es fundamental que las políticas públicas garanticen y respeten los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (López, 2005).

En Uruguay, se presenta una situación de tensión entre el sistema sanitario y lo que representa la autonomía de la mujer. En materia de políticas de atención de la salud, el paradigma de la SSR ha trastocado los modelos de atención reinantes en el sistema de atención de la salud, basados en el paradigma materno-infantil (López et al. 2003, citado en López, 2013).

Se genera una tensión entre lo que tiene que ver con la inserción de los derechos de SSR y el Modelo Médico Hegemónico instaurado en los servicios de salud, en las prácticas de los profesionales y en la sociedad en general, que reproduce condicionamientos de género y por tanto la visión de mujer = madre. Este modelo hegemónico, biologicista y que homologa reproducción a sexualidad, se enfrenta ahora al de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, lo que implicaría

autonomía y empoderamiento por parte de las mujeres, y una amenaza a esta ecuación normatizante de mujer = madre y el binomio madre – hijo (López, 2013).

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez 1990) se fue instaurando en las sociedades como el conjunto de teorías y prácticas de la medicina científica, que desde fines del S XVIII fue invisibilizando las prácticas y saberes que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr ser legitimada por criterios científicos y por el Estado, como la única forma de entender la enfermedad. Se caracteriza por un modelo de relación médico paciente asimétrica, de subordinación técnica y social, donde el paciente es concebido como ignorante y responsable de su enfermedad.

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son una invención humana reciente. Particularmente, el término derechos reproductivos surgió de la feminista Marge Berer hacia el final de 1970 en EEUU, en el marco de la campaña por el aborto, contra la esterilización forzada, y el derecho a la contracepción (Campaña CARASA). Pero alcanzaría verdadera legitimidad institucional en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo. Un año después, en la Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995), se reafirman los derechos humanos de las mujeres en materia de sexualidad; ejercer su sexualidad en condiciones libres de discriminación, coerción y violencia. En ambas conferencias se obtuvo un consenso acerca del aborto como grave problema de salud pública (Correa, 2003).

Los DSR son ejes de la construcción de ciudadanía y profundización de la convivencia democrática. Refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su vida reproductiva y su sexualidad, y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones. Para lograr ejercer estos derechos debe estar garantizada la libertad de la persona para poder decidir y tener condiciones de justicia para que las decisiones sean respetadas (López y Carril, 2008).

ESTRATEGIA Y DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio se llevará a cabo desde una metodología cualitativa ya que se entiende como la más adecuada para el abordaje del objeto de estudio.

La investigación cualitativa en salud y reproducción, es una estrategia adecuada para comprender la perspectiva de los sujetos implicados. Se adentra en el mundo de los significados permitiendo una descripción densa de la realidad subjetiva, social y simbólica, lo que le da un enorme aporte para la toma de decisiones en políticas públicas (López y Carril, 2008).

El estudio cualitativo supone poder aproximarse a la versión de los datos de los propios actores, protagonistas de los fenómenos sociales que se quieren observar, sin poner un a priori. Acercarse a lo que las personas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad, sin reducirlas a variables, sino considerarlas como un todo, desde la situación en la que se hallan (Taylor y Bogdan, 1987).

La investigación cualitativa es la más pertinente para la profundización que requiere el abordaje de la salud sexual y reproductiva, a partir de un número limitado de casos. Específicamente es necesaria para indagar sobre las vivencias vinculadas a la práctica del aborto, ya que permite una descripción de las realidades contemplando las diversidades de las personas y las situaciones, desde sus discursividades. Ayuda a comprender y generar conocimiento acerca de los procesos subjetivos desde las perspectivas de las protagonistas.

El estudio se basa en una metodología cualitativa de tipo exploratorio – descriptivo, a partir de una muestra intencional no probabilística de mujeres que atravesaron por el procedimiento de aborto legal, para lograr conocer sus realidades. La intención es trabajar desde la heterogeneidad de las mujeres reconociendo las complejidades sociales para observar los puntos en común.

El universo de estudio incluye a mujeres adultas montevideanas de entre 20 y 49 años que han accedido a las consultas para la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud en los últimos 12 meses.

Criterios de inclusión: mujeres de 20 a 49 años, radicadas en Montevideo, con distintos niveles educativos, con o sin pareja conviviente, que se asisten en servicios públicos o mutuales del SNIS y que tengan o no experiencias previas de aborto. Las mujeres debieron haber realizado las consultas de IVE 1 (médico tratante) e IVE 2 (equipo interdisciplinario), en los últimos 12 meses, hayan o no accedido a la consulta IVE 3 (acceso a aborto legal). Se incluye tanto a las mujeres que completaron el procedimiento en el servicio de salud accediendo a un aborto legal, así como aquellas que decidieron continuar el embarazo y aquellas que no continuaron con el proceso de atención luego de la consulta con el equipo interdisciplinario (IVE 2). En tanto se trata de un estudio descriptivo y exploratorio se busca que la muestra sea heterogénea.

De acuerdo al carácter cualitativo y a los objetivos de esta investigación, se utilizará como técnica principal para la recolección de información, la entrevista en profundidad de tipo semidirigida. Esta técnica, ayuda a conocer y comprender las perspectivas de los informantes respecto a sus vidas, situaciones y experiencias (Taylor y Bogdan,

1987). Permite acceder a los objetivos de estudio por medio de una descripción más densa y profunda a través de una interacción personalizada, directa y flexible, que por su estilo abierto permite la obtención de riqueza informativa y el seguimiento y clarificación de las preguntas y respuestas por parte del investigador (Vallés, 1999). Para su realización se elaborará una guía orientadora de indagación en base a los objetivos de estudio.

La cantidad de entrevistas a realizar se estima entre 15 y 18, trabajando a partir de un criterio de saturación de la información.

Para la captación de las mujeres se realizarán entrevistas a los informantes calificados de organizaciones sanitarias del SNIS, así como a organizaciones vinculadas al acompañamiento y asesoramiento de las mujeres en este procedimiento, como es el ejemplo de “Mujeres en el Horno”. También se utilizará la técnica bola de nieve para captar participantes a través de contactos informales.

Plan de análisis de resultados: Para el análisis de la información recabada de las entrevistas en profundidad, se realizará una desgrabación de las mismas. Posteriormente se procederá a realizar una lista de códigos en base a la pauta de entrevista. Luego se codificará y sistematizará la información, para determinar a partir de allí las categorías de análisis de la misma.

El análisis de los datos cualitativos, no se define de antemano, no es rígido ni lineal, es un proceso flexible, se moldea y emerge según la dinámica de la investigación concreta de los datos, ya que se centra en los sujetos, con el objetivo de comprenderlos en su contexto social. Los componentes de análisis se integran en espiral, son paralelos. El material de estudio requiere múltiples lecturas en un proceso de ida y vuelta, con el fin de reconstruir la realidad en su contexto y reflexionar sobre las situaciones vividas para comprenderlas (Mejía Navarrete, J. 2011).

Cronograma de ejecución

Primer año

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ajuste del diseño metodológico	■											
Generar condiciones de accesibilidad en organizaciones sanitarias y de "apoyo". Entrevistas informantes calificados.	■	■										
Elaboración de pautas de la entrevista en profundidad			■									
Captación de las participantes. Realización de entrevistas en profundidad.				■	■	■	■	■				
Desgrabación de las entrevistas en profundidad. Codificación y sistematización de datos. Análisis									■	■	■	■
Elaboración informe final y publicaciones.											■	■

Segundo año

Actividades	13	14	15	16	17	18
Elaboración informe final y publicaciones.	■	■	■	■		
Difusión de resultados.					■	■

Consideraciones éticas: Esta investigación se rige por el decreto N° 379/008 de Investigación en seres humanos protegiendo a los/as entrevistados/as en sus derechos y libertades. Conforme a este decreto los/as participantes se vincularán al procedimiento de forma voluntaria y se les garantizará el anonimato. Por lo tanto se les solicitará su consentimiento para participar y grabar las entrevistas, garantizando confidencialidad y privacidad de la información recabada. Se les brindará información clara y precisa sobre la investigación y sus fines. Se solicitará el aval al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología.

Resultados esperados

Haber descrito y analizado las experiencias subjetivas de las mujeres adultas de Montevideo que accedieron a las consultas para la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud.

Haber analizado cómo incide el procedimiento que establece la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la decisión final de las mujeres.

Haber analizado cómo vivencian las mujeres la consulta con el equipo interdisciplinario que establece la ley vigente.

Haber identificado y analizado cómo perciben y viven las mujeres la obligatoriedad de transitar por cinco días de reflexión luego de la consulta con el equipo interdisciplinario.

Haber Identificado las barreras de los servicios de salud para el acceso al aborto legal desde la perspectiva de las usuarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, L. y Salomón, N. (2012). *El aborto en adolescentes en un contexto legal.* Revista cubana de Salud Pública, 38(1), 45-53.

Araújo, D. y Santana, R. (2013). *Processo decisório do aborto provocado: Vivência de mulheres.* Revista de Saúde Coletiva, 24(4), 1293-1313.

Aznar, J. y Cerdá, G. (2014). *Aborto y salud mental de la mujer.* Acta Bioethica, 20(2), 189-195.

Barbosa, D. Passini, R. y Martins, M. (2013). *Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: Uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011.* Saúde e Sociedade, 22(3), 916-936.

Correa, S. (2003). Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política. En L. Abracinskas y A. López (Eds.) *Campaña por la defensa de la Salud Reproductiva en Uruguay: Aportes para el debate* (pp. 15-30). Montevideo.

Do Nascimento, V. Aelo, F. Pereira N. Menezes, T. y do Nascimento, G. (2012). *Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas.* Saúde e Sociedade, 21(4), 1056-1062.

Díaz-Olavarreta, C. Cravioto, V. Villalobos, A. Deeb-Sosa, N. García L. y García, S. (2012). *El programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud.* Revista Panamericana de Salud Pública, 32(6), 399-404.

Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En R. Castro A. López (Eds). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp.101-123). Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Fernández, A. M. (1993). ¿Historia de la histeria o histeria de la historia? En A. Fernández (1 Ed.) *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (pp.59-93). Buenos Aires: Paidós.

_____ (1993). Madres en más, mujeres en menos: Los mitos sociales de la maternidad. En A. Fernández (1 Ed.) *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (pp.159-184). Buenos Aires: Paidós.

_____ (1999). Subjetividad y género: Orden simbólico. ¿Orden político? *En Zona erógena* 42, 41-45. Buenos Aires.

Foucault, M (1999). La Gubernamentalidad. En M. Foucault (Ed.) *Estética, ética y hermenéutica* (pp.175-197). Barcelona: Paidós.

Guerra, G. Nonnenmacher, D. Yamamoto, R. Souza, M. y Zugaib, M. (2011). *Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher* Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 34(2), 69-73.

Guimaraes, F. Alves, I. Carvalho, R. Do Amaral, F. y Mont´Alverne, I. (2011). *Percepción femenina frente al embarazo interrumpido: análisis de la experiencia vivida por mujeres con diagnóstico de aborto.* Ciencia y Enfermería, 17(1), 95-103.

Guttmacher Institute (2012). *Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe.* Recuperado de: www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf

Guttmacher Institute (2012). *Hechos sobre el aborto inducido en el mundo.* Recuperado de: www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_sp.pdf

Hartmann, H. (1987). *El infeliz matrimonio entre marxismo y feminismo.* En Cuadernos del Sur N° 6, 113-158. Buenos Aires.

Lamas, M. (2003). *Aborto, derecho y religión en el SXXI.* En debate feminista año 14, 27, 139-164. México D.F.

Lemos, A. y Araújo, J. (2014). *Profissionais de saúde e o aborto: O dito e não dito em uma capacitação profissional em saúde.* Interface, 18(49), 301-312.

Ley N° 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012). Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor>

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado.* Barcelona: Editorial Crítica.

López Gómez, A. (2005). Consideraciones conceptuales. En A, López (coordinadora) (Ed.) *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)* (pp. 28-36). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexual y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

López Gómez, A. y Carril, E. (2008). *Los servicios de salud frente al aborto inducido: Significados y actitudes en los profesionales de la salud.* Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

López Gómez, A. y Carril, E. (2010). Aborto en Uruguay: Reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En R. Castro y A. López (Eds). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 27-48) Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

López Gómez, A. y Carril, E. (2010b). Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. Montevideo. En A. Rodríguez Pacios (coord.). *Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género* (pp. 127-164). Revista del Semanario interdisciplinar de estudios de las mujeres. León: Universidad de León.

López Gómez, A. Arribeltz, G. Alemán, A. Carril, E. y Rey, G. (2011). La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay. En N, Johnson A. López Gómez, G. Sapriza, A. Castro, G. Arribeltz (Eds.) *(Des)penalización del aborto en Uruguay: práctica, actores y discurso. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja* (pp. 65-110). Montevideo. CSIC. Universidad de la República.

López Gómez, A. (2013). *Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos.* Montevideo. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Mejía Navarrete, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. En *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1, 47-60. Argentina.

Mendes, S. y Oroski, G. (2014). *As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica.* Saúde e Sociedade, 23(2), 548-557.

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica.* México: Alianza Editorial Mexicana.

Ministerio de Salud Pública. República Oriental de Uruguay (2014). *Balance implementación de Ley 18.987 –Interrupción Voluntaria del Embarazo Decreto 375/012 Reglamentación de la Ley de IVE. Diciembre 2012 - Noviembre 2013.* Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf

MYSU (2014). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto.* Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/observatorio/spip.php?article26>

MYSU (2015). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano.* Recuperado de: www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/04/Estudio-Departamentos-de-R%C3%ADo-Negro-Soriano-y-Paysand%C3%BA.pdf

Ortiz, O. y Toncoso, E. (2012). *El aborto voluntario como experiencia emocional saludable en mujeres de la Ciudad de México.* Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

Petracci, M. Pecheny, M. Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). *El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires.* Sexualidad, Salud y Sociedad, 12,164-197.

Ribeiro, S. Barbosa, M. Pinto, M. y Moura, D. (2013). *Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre.* Revista Latinoamericana de Enfermería, 21(4), 1-8.

Sandoval, A. Cosmo, J. y Gondim, M. (2012). *Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento.* Revista SPAGESP, 13(2), 44-55.

Santos, R. y Fontenele, L. (2012). *Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães.* Ciencia & Saúde Coletiva, 17(7), 1755-1763).

Scott, J. (1990). *El género, una categoría útil para el análisis histórico.* Valencia: Ed. Alfons el Magnanim.

Schraiber, L. B. (2010). Acción técnica y acción moral: El doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate. En R. Castro A. López. (Eds). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 11-26). Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Silva, M. (2014). *Lo que cuentan las mujeres: Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Uruguay.* En M, Silva (coordinadora) Montevideo, Médicos del Mundo Francia.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción. Ir hacia la gente. En S. Taylor y R. Bogdan (Eds.) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15-27). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

_____ **(1987).** La entrevista en profundidad. En S. Taylor y R. Bogdan (Eds.) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 100-132). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Vallés, M. S. (1999). Técnicas de conversación, narración (I): Las entrevistas en profundidad. En M. S. Vallés (Ed.) *Técnicas cualitativas de investigación social* (pp. 177-233). Madrid: Síntesis Sociología.

Vázquez, C. y Castiblanco, R. (2013). *Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto.* Revista Cubana de Salud Pública, 39(5), 939-949.

Zaldúa, G. Pawlowicz, M. Longo, R. y Moschella, R. (2010). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y resistencias.* Facultad de Psicología UBA, Anuario de Investigaciones 17, 267-275.

Zola, I.K. (1999). La medicina como institución de control social. En C. De la Cuesta (Comp). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina* (pp. 23-46). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.