



Pre-Proyecto de Investigación-Trabajo Final de Grado

Aborto voluntario en contexto legal: experiencia subjetiva de usuarias que interrumpieron el embarazo en los servicios de salud de ASSE de Las Piedras.

Estudiante de grado: Dahiana Gissel Rodríguez Muñoz CI: 4.98.711-6

Tutora: Asist. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, 30 de julio 2016

Índice

1-Resumen	2
2-Fundamentacion y justificación	2
3-Antecedentes	8
3.1-Aborto en la región y el mundo	8
3.2-Experiencia de las protagonistas.....	9
3.3- Profesionales de la salud ante el aborto voluntario	11
4-Problema y preguntas de investigación.....	12
5-Objetivos.....	14
5.1- Objetivo general.....	14
5.2-Objetivos específicos.....	14
6- Diseño metodológico.....	14
7-Consideraciones éticas.....	15
8- Cronograma.....	16
9-Resultados esperados.....	16
10-Referencias bibliográficas.....	17

1. *Resumen*

En Uruguay, desde 2012 rige la ley n° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la misma regula la práctica del aborto y despenalizando la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación, fuera de este plazo se contemplan algunas excepciones. Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal analizar la experiencia subjetiva de mujeres adultas de entre 20 y 44 años de edad, que decidieron interrumpir el embarazo en contexto de legalidad, en los Servicios de Salud de la Administración del Estado (ASSE), en la ciudad de Las Piedras, departamento de Canelones. Con la finalidad de conocer la experiencia subjetiva de las mujeres el estudio se llevara a cabo desde una metodología cualitativa de diseño exploratorio-descriptivo, utilizando como herramienta de recolección de datos la entrevista en profundidad semi-dirigida, la cual permite abordar los diversos temas a través del relato de manera flexible. Esta investigación pretende lograr un aporte para la comprensión de aspectos subjetivos ligados al aborto en contexto de legalidad desde una perspectiva de género.

Palabras clave: Aborto legal – mujeres- experiencias subjetivas

2. *Fundamentación y justificación*

El presente pre-proyecto de investigación se propone indagar sobre la experiencia subjetiva de mujeres adultas que decidieron interrumpir el embarazo en el marco de la Ley n°18.987 en los Servicios de Salud de la Administración del Estado (ASSE), en la ciudad de Las Piedras, departamento de Canelones.

El debate sobre la penalización/despenalización del aborto lleva décadas en Uruguay, y ha cobrado relevancia luego de la aprobación de la ley n° 18.987 de Interrupción Voluntaria de Embarazo, en noviembre de 2012. La misma regula la práctica del aborto y despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de las primeras doce semanas de gestación, contemplando algunas excepciones. (Ley 18.987, 2012)

En nuestro país el aborto voluntario estuvo penalizado desde 1938 hasta fines del 2012, no obstante es preciso señalar que en 1934 bajo el régimen dictatorial de Gabriel Terra la práctica fue despenalizada, según la historiadora Gabriela Sapriza (2011) la temprana transición demográfica a comienzo de siglo XX y la práctica extendida de aborto como método anticonceptivo para controlar la alta tasa de natalidad, fueron el telón de fondo de la despenalización en dictadura. En 1938 debido a la presión ejercida por los sectores conservadores de la época -obispos, médicos, juristas, entre otros-, se vuelve a tipificar el aborto como delito de acuerdo a lo establecido por la ley n° 9763, y se establecen algunas causas atenuantes y eximentes—cuando fuere producto de una violación, por causas graves de salud, por honor de la familia o por angustia económica. Si bien el periodo de despenalización fue breve se considera relevante puesto que coloco sobre la mesa el debate sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, generando que un tema perteneciente a la esfera privada se colocara en el debate político. (Sapriza, 2011). Entre los años 1938 y 1985 la temática se mantuvo solapada, saliendo a la luz cuando los medios de comunicación lograban registrar la muerte de una mujer a causa de un aborto provocado en condiciones de riesgo (APCR). Es importante señalar que Uruguay entre los años 1973-1985 se encontraba bajo un duro régimen dictatorial. (López, 2014). Con el retorno de la democracia el aborto vuelve a ser tema del debate político y social, siendo fundamental el rol del movimiento feminista al colocar el cuerpo en la agenda política. (Lamas, 1994).

A comienzo del segundo milenio la temática resurge debido al aumento de muertes a causa de APCR, concordando con la crisis social y económica que atravesaba nuestro país. La mortalidad de las mujeres por aborto inseguro se convirtió en un tema de salud pública, al colocarse como la primera causa de muerte materna. En 2001 se creó el programa Iniciativas Sanitarias, con el objetivo de proteger a las mujeres reduciendo los riesgos y daños a causa de aborto inseguro, buscando aportar herramientas preventivas a los servicios de salud las cuales permitieran intervenir antes y después del aborto, así como también brindar apoyo psicológico y asesoramiento. En agosto de 2004 estas medidas fueron reconocidas por el Ministerio de Salud Pública (MPS), mediante la ordenanza ministerial n° 369, aunque fueron escasamente implementadas por los servicios de salud. (Briozzo, 2007) (Abracinskas y López, 2004). En los años siguientes surgieron nuevas iniciativas en pro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en 2008 se logra establecer un marco jurídico al promulgar la Ley n° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva La aprobación de la ley permitió el reconocimiento parcial de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, asumiendo el Estado el rol de garante de las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, mediante políticas educativas y

programas de salud; es importante destacar que la ley contenía capítulos referidos a la despenalización del aborto los cuales fueron vetados por el entonces presidente de la república el Dr. Tabaré Vázquez.

Más allá de las limitaciones, la ley abrió camino a las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) sobre la realidad del aborto y habilitó a los/as profesionales a asesorar a las mujeres pre y post aborto con la idea de disminuir los riesgos de la práctica. (López, 2014). Luego de años de debate político y social, en noviembre de 2012 se aprueba la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo,

“(…) la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y, posteriormente, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir de enero de 2013. La aprobación reciente de esta nueva ley debe también ubicarse en el proceso más amplio de reconocimiento y legitimación de la salud sexual y reproductiva en el país iniciado hacia mediados de la década de los noventa en el escenario del debate internacional sobre las políticas de población y desarrollo y los derechos de las mujeres. En particular, merece destacarse el impacto en el escenario nacional de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995 (CCMM)”. (Alejandra López, 2014, p.18)

La ley n° 18.987 despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación, fuera de ellas se contemplan algunas excepciones: cuando la gravidez implique un grave riesgo de salud para la mujer, cuando se verifique un proceso patológico que ocasione malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, y cuando la gravidez fuera producto de una violación -en este caso se debe presentar constancia de la denuncia judicial dentro de las catorce semanas de gestación-, fuera de lo previsto por la ley el aborto continúa siendo un delito.

Según lo dispuesto, podrán acceder a la prestación todas las mujeres ciudadanas naturales y legales con más de un año de residencia en el territorio nacional. Para ello la usuaria deberá concurrir a consulta ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud para “poner en conocimiento al médico/a de las situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso” (Ley 18.987, p.1). Seguidamente se le asignará una fecha inmediata de consulta con el equipo interdisciplinario, el cual se conforma por un/a

medico/a ginecólogo/a, un/a técnico/a del área de la salud mental y otro/a del área social. El equipo asesorara a la mujer sobre lo establecido en la Ley, características y riesgos que conlleva interrumpir un embarazo, así como también sobre las alternativas a la interrupción, programas de apoyo económico o la posibilidad de dar en adopción a su hijo, al mismo tiempo que brindará contención y apoyo para que la mujer tome la decisión de manera “consiente y responsable”. Consecuentemente se establecerá un periodo para la “reflexión” de cinco días mínimo, luego si la mujer decide interrumpir el embarazo deberá presentarse ante el/a medico/a ginecólogo/a para dar a conocer su decisión, se firmara el consentimiento informado y se llevara a cabo la interrupción del embarazo. Luego de realizado el procedimiento se indica un control post-IVE, al mismo tiempo el equipo interdisciplinario deberá asesorar a la usuaria sobre anticoncepción y programas de planificación familiar. (Ley 18.987, 2012)

La implementación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema Nacional Integrado de Salud habilito el resurgimiento del debate y cuestionamientos sobre la nueva ley.

En este nuevo contexto, la ONG Mujer y Salud del Uruguay (MYSU) realizo investigaciones en Salto, Rio Negro, Soriano y Paysandú para dar a conocer el estado de situación de servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo servicios de aborto. Los datos obtenidos señalan que en el interior del país el recurso de objeción de conciencia es frecuentemente utilizado por los/as profesionales de la salud lo que obstaculiza el acceso a los servicios IVE, a su vez se detectaron dificultades para la conformación de los equipos de salud sexual y reproductiva (SSR) lo que puede llegar a implicar el traslado de las usuarias por sus propios medios a otro servicio de salud, así como también demoras para acceder a métodos anticonceptivos (MYSU, 2014). En el caso de la ciudad de Las Piedras, la consulta para manifestar la voluntad de interrumpir el embarazo (IVE 1) se puede realizar en policlínicas del primer nivel de atención en las zonas de la periferia de la ciudad, sin embargo los exámenes de paraclínica, la consulta con equipo interdisciplinario (IVE 2), la ratificación de la decisión de la usuaria (IVE 3) y la consulta de control post-IVE (IVE 4) deben realizarse en el hospital de la ciudad.

La ciudad de Las Piedras alberga el 15,3% de la población del departamento de Canelones, el equivalente a 71.268 habitantes (censo 2011), comprende el área metropolitana y se encuentra a 23 kilómetro de la capital del país. Su zona de influencia es extensa, engloba población urbana, suburbana y rural -en pequeño porcentaje-, la cual se distribuye en el centro de la ciudad y en los barrios de la periferia. (Intendencia de Canelones, s.f.). El número personas que reside en los barrios aledaños a la ciudad

es significativo, sin embargo la mayoría de los servicios se concentran en la ciudad, razón por la cual la población debe trasladarse hasta allí.

En relación a los servicios de salud del Estado, el primer nivel de atención de salud está conformado por una extensa red de policlínicas distribuidas en los barrios de la periferia de la ciudad, y un centro Auxiliar en la zona céntrica de Las Piedras. En el segundo nivel de atención se encuentra el Hospital Dr. Alfonso Espínola, el cual cuenta con servicios de urgencia-emergencia pediátrica y adulta las 24 horas del día, block quirúrgico, internación, servicio de radiología, ecografías, especialidades médicas, entre otros. Desde el hospital se coordina con el tercer nivel de atención en caso de ser necesario- Hospital Maciel, Hospital de Canelones-. (Villagra, 2007)

La elección de la temática se debe a su relevancia social entendiendo la desigualdad de género, las brechas territoriales y la situación socio-económica de las mujeres como limitantes para acceder a servicios de salud de calidad. (OMS, 2016).

Partiendo de lo antedicho y teniendo en cuenta que:

(...) las decisiones, los acontecimientos y las condiciones sexuales y reproductivas de las personas están relacionadas con sus trayectorias biográficas y con los contextos interpersonales situados y producidos en ambientes socio-económicos, culturales y políticos específicos que los producen y los determinan” (López 2013, p.10)

se considera pertinente realizar la investigación en la ciudad de Las Piedras debido a que allí confluye población urbana, sub-urbana y rural, la heterogeneidad de su población se visualiza como herramienta valiosa la cual posibilitará ampliar el espectro de mujeres permitiendo “dar voz” a las vivencias de usuarias que residen en distintos contextos de una misma ciudad.

Enfatizar en la dimensión subjetiva permitirá conocer desde la perspectiva de las protagonistas como ha sido el tránsito por este camino en el nuevo contexto de legalidad, los sentimientos que afloraron, la vivencia de los “cinco días para la reflexión”, el relacionamiento con los/as profesionales de la salud; al mismo tiempo que habilitara el análisis del universo de significaciones en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, la salud sexual y reproductiva, los roles de género, el laicismo, modelos hegemónicos, entre otros. (López, 2014).

Esta investigación se llevara a cabo desde una perspectiva de género, debido a que la misma permite reconocer las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, su intersección con otras formas de desigualdades –origen étnico, edad, clase social- y su impacto sobre la salud. (OPS, 2011).

El género es el elemento constitutivo de las relaciones sociales las cuales se basan en las diferencias que distinguen los sexos, es el primer campo a través del cual el poder es articulado. (Scott, 1998). Históricamente las sociedades han atribuido ideas, prácticas, discursos, características, que promueven modelos de masculinidad y feminidad que se consideran propios de cada sexo, los cuales coartan la libertad de las personas y son productoras de grandes desigualdades. (Burin y Meler, 2000). De esta manera se ha vinculado el ámbito privado y roles reproductivos con las mujeres y el ámbito público y roles productivos con los hombres. En nuestra sociedad opera con fuerza el sistema patriarcal – de manera explícita e implícita- el cual funda sus bases en “la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres”. (Reguant, 2007, p.1).

Bourdieu plantea que:

(...) “el orden social masculino esta tan profundamente arraigado que no requiere justificación: se impone así mismo como autoevidente, y es tomado como “natural” gracias al acuerdo “casi perfecto e inmediato” que obtiene de, por un lado, estructuras sociales como la organización social de espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, y por otro lado, de estructuras cognitivas inscriptas en los cuerpos y en las mentes”. (Bourdieu, 1988) (Lamas, 1999, p.43).

Estas consideraciones constructoras de subjetividades, cobran fuerza en las prácticas cotidianas y por consiguiente se naturalizan pasando a formar parte del imaginario colectivo.

En nuestro país por el año 1860 comienza a gestarse el pasaje de la época de la Barbarie donde el goce del cuerpo, la cultura lúdica y exhibición de la muerte eran lo habitual a la época de la civilización, generando una nueva sensibilidad donde los cuerpos eran controlados mediante la culpa, la disciplina y las normas sagradas. La nueva sensibilidad impuesta por la burguesía de la época tenía como finalidad generar nuevos hábitos en la población, entre ellos, el del trabajo el cual se consideraba fundamental para la producción industrial. El cambio de mentalidad designó lugares diferenciados para hombres y para mujeres -en función del sistema capitalista- relegando el ámbito público para los hombres y el privado para las mujeres. Médicos, sacerdotes y juristas eran quienes se encargaban de impartir el discurso normativo; en este contexto el rol del médico fue fundamental para el endiosamiento de la mujer-madre y la idealización de la maternidad. (Barrán, 1989).

Desde el modelo medico hegemónico (MMH) las relaciones que se establecían entre el médico y el “paciente” eran asimétricas, predominando la subordinación y la actitud pasiva de este último ante el discurso normativo del médico que tendía al control social e ideológico, desde este modelo era el médico el único que poseía el saber-poder. (Menéndez, s.f). La medicina ha tenido un rol fundamental como dispositivo de control

social de los cuerpos, fundamentalmente sobre el cuerpo de las mujeres mediante el disciplinamiento de la sexualidad y la reproducción, a través de la medicalización. (Barran, 1990, 1992,1995) (Lopez & Carril, 2010)

Durante décadas en Uruguay las políticas de salud fueron diseñadas desde un enfoque materno-infantil, el cual apuntaba al binomio madre-hijo enfatizando en el rol de la mujer como madre, esposa y cuidadora del núcleo familiar, focalizando en el aporte de la mujer para el desarrollo de los países. Este modelo ponderaba la maternidad al mismo tiempo que invisibilizaba a la mujer como persona y como sujeto de derechos, en tal sentido era necesario un cambio de paradigma (López, Benia, Contera & Güida, 2003).

En 1980 aproximadamente comienza a construirse un nuevo paradigma desde un enfoque de equidad de género, que reconoce a la mujer como sujeto sexual y sexuado, histórico-socio-cultural, político, subjetivo el cual permite visualizar a la mujer como ciudadana capaz de tener, ejercer y exigir sus derechos. Este nuevo enfoque ha contribuido a la visión del cuerpo de la mujer como un campo en el que el ejercicio de poder de género se instaura con fuerza, principalmente cuando se relaciona con la toma de decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Pensar a la mujer desde esta concepción implica deconstruir viejos paradigmas instaurados en nuestra sociedad y reflejados en las políticas de salud. (López y Carril, 2010). Un enfoque de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos debe posibilitar la toma de decisiones de manera autónoma e informada-contemplando la importancia del deseo o no deseo de las mujeres-, brindando los recursos para poder implementar sus decisiones de manera segura y sin discriminación. (López, 2013)

3. Antecedentes

3.1 Aborto en la región y el mundo

Se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo en su mayoría en países en desarrollo, de los cuales 47.000 provocan defunciones, siendo las mujeres pobres quienes tienen mayor probabilidad de someterse a un aborto inseguro. Aproximadamente cinco millones de mujeres acuden a un centro de salud por complicaciones luego de someterse a un aborto en condiciones de riesgo, y más de tres millones no reciben atención médica. (OMS, 2016)

De acuerdo a los datos publicados por Guttmacher Institute (2015) los países con leyes de aborto altamente restrictivas no están asociados con tasas de aborto más bajas, por ejemplo: en África la tasa de aborto es de 29 por 1.000 mujeres en edad reproductiva y en América Latina -regiones donde el aborto es ilegal bajo la mayoría de las circunstancias en la mayor parte de los países- la tasa es de 32 por 1.000, sin embargo

en Europa Occidental, donde el aborto es generalmente permitido bajo varias causales la tasa de aborto es de 12 por cada 1000 mujeres.

El aborto generalmente es seguro en los países donde es permitido por diferentes causales, no obstante en los lugares donde las leyes son altamente restrictivas es habitualmente inseguro. (Guttmacher Institute 2015)

En América Latina y el Caribe en general el marco jurídico en relación al aborto es sumamente restrictivo, en la mayoría de los países se prohíbe radicalmente, en algunos territorios se contemplan causas atenuantes o eximentes -cuando la vida de la mujer está en peligro, si el embarazo es producto de una violación, por malformaciones fetales- Únicamente en siete países y territorios el aborto es legal ampliamente, permitido sin restricción o por situación socioeconómica, estos países representan menos del 3% de los lugares donde viven mujeres en edad reproductiva, por lo que el 97% de las mujeres se encuentran en países donde el aborto es ilegal. (Guttmacher Institute 2015)

Cuba, México DF (Distrito Federal), Puerto Rico, Guayana Francesa y Uruguay son los países y territorios de la región donde el aborto es legal sin restricciones. (Guttmacher Institute, 2012).

3.2 Experiencia de las protagonistas

Araujo y Santana (2013) realizaron una investigación en Brasil para dar a conocer las vivencias de las mujeres en relación al proceso de decisión de aborto provocado -en este país la única causal permitida es por riesgo de vida de la mujer-, para ello entrevistaron a mujeres de poder adquisitivo bajo, insertas en capas populares. El estudio demuestra que el proceso de decisión de aborto provocado ha sido doloroso y complejo para las entrevistadas, la forma en que experimentan el aborto se relaciona con el significado que atribuyen al embarazo y al aborto, los cuales se ven influenciados por factores sociales, económicos y culturales. Como recomendación las autoras sugieren reconocer el aborto como un fenómeno social para eliminar los prejuicios que padecen las mujeres cuando buscan asistencia médica.

En la misma línea, López y Carril (2010) han investigado en nuestro país la experiencia subjetiva de mujeres que vivieron situación de aborto clandestino. Las entrevistadas han manifestado que la situación de embarazo no deseado es vivida con estupor, miedo, sorpresa, ansiedad, etc; resultando una experiencia significativa en sus vidas. De la investigación se desprende que las mujeres con niveles educativos bajos vivencian la maternidad como su destino, siendo más propensas a la influencia de los estereotipos de género, tener que interrumpir un embarazo en estos casos genera un gran monto de angustia, frustración y sentimientos ambivalentes. En cambio las mujeres de niveles

educativos altos, no viven la maternidad como el único medio para la realización personal, incluso algunas de ellas dudan de su deseo de ser madres, el acceso a otras prácticas gratificantes les ha permitido construir subjetividades menos amarradas a los mandatos hegemónicos. Por otra parte las entrevistadas manifestaron que algunos/as profesionales de la salud las han tratado con respeto lo cual funciono como facilitador propiciando el sentimiento de alivio, en cambio quienes manifestaron que el trato recibido fue desde un lugar normativo experimentaron malestar emocional y sentimientos de culpa. De los resultados se desprende que el aborto clandestino no resulta indiferente, “genera efectos en la subjetividad de las mujeres pero no necesariamente trastornos psicológicos duraderos y/o traumáticos” (López y Carril, 2010, p.29), según otras investigaciones mencionadas por las autoras, el momento de mayor angustia psicológica se encuentra anterior al aborto, luego predomina el alivio, sin embargo las mujeres residentes en países donde las leyes de aborto son restrictivas o poseen fuertes creencias religiosas pueden sufrir mayores consecuencias psicológicas. (Langer y Glas, 2003). (Lopez & Carril, 2010)

Dentro de los estudios realizados en contexto de legalidad se destacan las investigaciones de MYSU anteriormente mencionadas, que dan a conocer el estado de situación de servicios de salud sexual y reproductiva incluido los servicios de aborto de algunos departamentos del interior del país. Las mismas dan cuenta de los múltiples obstáculos existentes para el acceso a la interrupción legal del embarazo.

En la misma línea, el colectivo Mujeres en el Horno -promotor de los derechos sexuales y reproductivos- recientemente presento el análisis y sistematización de los datos obtenidos entre noviembre de 2014 y diciembre de 2015 a través de la línea telefónica gratuita (0800 88 43) línea aborto, información segura. La sistematización de datos da cuenta de múltiples situaciones de mujeres que quedan por fuera del marco legal, ya sea porque se encuentran fuera de las doce semanas establecidas por la Ley, porque son extranjeras con menos de un año de residencia en el país o porque residen en una zona donde los equipos de SSR no se encuentran conformados. Del mismo modo, varias usuarias han manifestado quedar por fuera del marco legal cuando realizaron la interrupción del embarazo dentro del plazo previsto y la medicación no surgió efecto, debido a que la institución de salud no proporciona la medicación para otro intento de luego de las doce semanas de gestación, por lo cual la mujer que decidió interrumpir el embarazo queda desamparada. (Mujeres en el Horno, 2015)

En 2014, Médicos por el Mundo- Francia realizo una investigación en nuestro país sobre la experiencia de mujeres en el nuevo contexto de despenalización del aborto.

Las mujeres entrevistadas manifestaron que no es una decisión fácil porque se encuentra plagada de sentimientos encontrados, a pesar de ello refieren haber tomado la decisión previo al encuentro con el equipo de salud, aunque debido a la obligatoriedad debieron “tomarse los cinco días para la reflexión”. Desde la percepción de las mujeres el proceso para el acceso a la interrupción del embarazo fue prolongado y lento.

3.3 Profesionales de la salud ante el aborto voluntario

Diversas investigaciones de la región y el mundo se han enfocado en el estudio de las percepciones de los/as profesionales de la salud acerca del aborto.

Vásquez y Castiblanco (2013) realizaron una revisión de investigaciones de varios países del mundo que dan cuenta de la experiencia de los/as profesionales de la salud en relación al aborto en países con legislaciones restrictivas y en otros donde la práctica es legal. Los resultados demuestran que la actitud de los/as profesionales varía de acuerdo a la nacionalidad, las creencias religiosas, la experiencia profesional y los antecedentes gineco-obstétricos de la mujer. Asimismo la actitud de los/as profesionales hacia la usuaria se ve modificada por las causales por las que la mujer decide interrumpir el embarazo. Del mismo modo los datos arrojan que en algunos contextos se apoya la decisión de la mujer y se reconoce como obstáculo para la atención de la salud de la mujer la falta de profesionales debido a la utilización del recurso de objeción de conciencia.

En ciudad de México, Díaz Olvarreta (2012) realizó una investigación a cerca de las percepciones y opiniones del personal proveedor de servicios de aborto, a tres años de la implementación de la reforma de la ley sobre aborto electivo. Del estudio se desprenden varios resultados: el personal de la salud que desempeña sus funciones en los servicios de interrupción legal del embarazo (ILE) posee opiniones ambivalente respecto al derecho de decidir de la mujer, si bien consideran que la legislación ha sido de gran importancia ya que reduce la mortalidad consecuencia de abortos inseguros, continua la postura favorable de justificar la interrupción cuando la causa es extrema. Del mismo modo aprueban la objeción de conciencia siendo utilizada como recurso para no tener que realizar procedimientos de ILE. Se constata que el personal de la salud que ha formado parte del programa de interrupción legal del embarazo cuenta con mayor información al momento de proceder y siente mayor empatía hacia las mujeres, por el contrario el personal desconocedor de la ley, no implicado en los procesos iniciales del programa, siente mayor ambivalencia y presenta resistencia para brindar los servicios.

Con respecto a otros estudios del mismo país los investigadores, reportan que los/as profesionales vacilan entre un discurso clínico y uno normativo; según los autores el discurso puede llegar a ser vivenciado por el/la médico/a como una indagación clínica, sin embargo la misma llega a ser intimidatoria ante situaciones de embarazo no planificados o complicaciones de aborto, de esta manera reproducen estereotipos de género dominantes intentando “encausar” a quienes se han “salido” de la norma. (Erviti, Castro, Sosa Sanchez 2006) (Lopez y Carril, 2010)

En nuestro país se destaca el estudio realizado por López y Carril (2010) sobre la perspectiva de los/as profesionales de salud sobre el aborto voluntario en contexto de ilegalidad. En este escenario se encontraba vigente la ordenanza 369 que permitía asesorar a la mujer pre y post aborto para disminuir los riesgos, la normativa vigente era poco esclarecedora, no orientaba a los/as profesionales en la manera de proceder por lo que las usuarias quedaban a la “voluntad” del personal de la salud, que muchas veces desconocía la ordenanza. Por otro lado, las autoras dan cuenta de la implicación de los/as profesionales de la salud ante situación de aborto, partiendo de la idea de que la temática pone en cuestión sus emociones y significaciones a cerca del rol de la mujer, la maternidad, las relaciones de poder entre los géneros, etc, lo cual puede incidir en el ejercicio de su práctica y en la subjetividad de las mujeres. Algunos profesionales manifestaron sentimientos ambivalentes ante la situación de mujeres con embarazo no deseado, se reportó que las profesionales mujeres poseen mayor capacidad para establecer empatía con las mujeres que se encuentran en esta situación, especialmente aquellas profesionales que lo han vivido a nivel personal.

4 Problema y preguntas de investigación

Acceder a los servicios de interrupción voluntaria de embarazo implica embarcarse en un largo proceso en el cual se deberá explicar al/la médico/a las razones por las cuales decide interrumpir el embarazo, realizarse exámenes de paraclínica, entrevistarse con tres técnicos/as perteneciente al equipo interdisciplinario y asistir a un control post-IVE, todo estos requerimientos antes de la semana doce de gravidez.

La nueva ley ha dado lugar a múltiples debates debido a la visión de tutelaje que plantea; exigencias tales como poner en conocimiento al/la médico/a sobre las circunstancias que le impiden a la mujer continuar el embarazo y que no se contemple el no deseo de ser madre, los cinco días para la reflexión, las alternativas que se plantean desde el equipo interdisciplinario para continuar el embarazo y la ratificación de la decisión; todas estas disposiciones cuestionan la capacidad y autoridad de las mujeres para tomar sus

propias decisiones sobre su vida. (López, 2013). A su vez reflejan el imaginario social sobre el aborto, la influencia del modelo médico hegemónico en las políticas de salud que vinculan la salud sexual con la maternidad; habitualmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos son percibidos como un binomio, sin embargo no lo son, asumirlos de esa forma inhabilita pensar la sexualidad separada de la reproducción y promueve el mandato hegemónico heterosexual que vincula la sexualidad con fines reproductivos. (Abrancinskas y López 2007).

Más allá de los últimos avances en relación a los derechos sexuales y reproductivos, el aborto continúa visualizándose como un tema tabú a nivel social y se condena a la mujer que decide interrumpir el embarazo, en lugar de comprender que un embarazo puede transformarse en una experiencia no deseada para la mujer, la cual puede sentirse forzada a vivir la maternidad que no quiere o considera que no está preparada para vivir.

Para que las mujeres que transitan por esta situación puedan llevar a la práctica sus decisiones de manera autónoma y sin discriminación, es necesario no solo la igualdad formal, sino también la sustantiva (...) “que exige la eliminación de barreras institucionales y desventajas históricas que dificultan el acceso a recursos y servicios y la utilización efectiva de los mismos”. (OPS, 2011, p. 8)

Considerando las dificultades para la conformación de los equipos de salud sexual y reproductiva, la objeción de conciencia como un recurso comúnmente utilizado por los/as profesionales de la salud en el interior del país, las dificultades para el acceso a métodos anticonceptivos señaladas en las investigaciones realizadas por MYSU y ante las situaciones anteriormente descritas, se considera importante conocer la experiencia de mujeres pedrenses que hayan concurrido a servicios IVE de ASSE; para dar a conocer desde su perspectiva como ha sido el camino por el cual debieron transitar desde la primera consulta hasta la finalización del procedimiento y las significaciones que el mismo genera, en una ciudad que corresponde al interior del país y a su vez conforma el área metropolitana de la capital del país.

De esta manera se indagará a las mujeres de la zona, para ello es fundamental conocer;

- ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre los servicios de interrupción voluntaria de embarazo?
- ¿Cómo perciben los plazos establecidos?
- ¿Cómo ha sido el trato recibido por parte de los/as profesionales del prestador de salud?
- ¿Si perciben que el trato recibido incidió en su decisión?, de ser afirmativo, de qué manera?
- Si corresponde, ¿Cómo influye la maternidad al momento de tomar la decisión?
- ¿Qué sentimientos experimentaron en las consultas IVE 1, 2 y 3?
- ¿Si consideran relevante el género de las personas del equipo técnico, de ser afirmativo, de qué manera cree que influye?

¿Cómo han vivenciado la obligatoriedad de los cinco días para “la reflexión”?- ¿Qué sentimientos experimentaron luego de la interrupción del embarazo?- ¿Cuáles son los obstáculos y/o facilitadores percibidos para el acceso de la interrupción voluntaria del embarazo?

5 *Objetivos*

5.1 *-Objetivo general*

- Analizar la experiencia subjetiva de mujeres adultas que decidieron interrumpir un embarazo en contexto de legalidad, en servicios de salud de ASSE, en la ciudad de Las Piedras.

5.2 *- Objetivos específicos*

- Describir la trayectoria de las mujeres que concurrieron a los servicios de interrupción voluntaria de embarazo desde la etapa inicial hasta finalización (del IVE 1 al IVE 4)
- Analizar las vivencias de las usuarias respecto a la obligatoriedad de los cinco días para la reflexión.
- Identificar la percepción de las usuarias sobre el trato recibido por los/as profesionales de la salud.
- Identificar posibles obstáculos y/o facilitadores para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

6 *- Diseño metodológico*

A efectos de cumplir con los objetivos, el estudio se llevara a cabo desde una metodología cualitativa, de diseño exploratorio-descriptivo, a partir de una muestra no probabilística de mujeres que asistieron a consultas de interrupción voluntaria de embarazo en la ciudad de Las Piedras.

La metodología cualitativa se considera la más adecuada para conocer la vivencias de las mujeres vinculadas a la interrupción del embarazo ya que coloca su foco en las significaciones en las cuales se concretan las relaciones sociales y en base a las cuales construimos nuestra experiencia subjetiva, asimismo nos permite comprender como las personas dan sentido al mundo y como experimentan los eventos. (Willing, 2001). (Sisto, 2008).

Como herramienta de recolección de datos se utilizara la entrevista en profundidad semi-dirigida la cual permitirá conocer la historia contada desde la protagonista, ponderando el rol activo que toma la persona cuando narra su propia historia. Ricoeur (1984) sostiene que “La narración es la forma en que el ser humano se reconoce a sí mismo como ser en el tiempo y de esa forma es como puede ser experimentado y comunicado”.

El universo a estudiar comprende mujeres adultas de entre 20 y 44 años, que residan en la zona de influencia de la ciudad de Las Piedras que hayan concurrido a los servicios de interrupción voluntaria de embarazo de ASSE de la zona.

Criterios de inclusión: mujeres adultas de entre 20 y 44 años, que residan en zona de influencia de Las Piedras tanto en áreas urbanas, suburbanas como rurales, con o sin hijos al momento de la utilización del servicio, de distintos niveles socio-educativos que hayan concurrido a las consultas IVE 1, IVE 2, IVE 3 e IVE 4 de los servicios de ASSE de Las Piedras, en los últimos dieciocho meses.

Criterios de exclusión: mujeres que hayan concurrido a los servicios IVE de Las Piedras pero residan fuera de su zona de influencia, que no hayan completado las etapas IVE 1, 2, 3 y 4, que presenten discapacidad intelectual y/o patologías psíquicas graves. Estos criterios se han establecido en base a los objetivos del estudio, no pretenden alimentar estereotipos sociales o discriminaciones.

Se estima realizar entre 15 y 20 entrevistas; para la captación de las mujeres se utilizaran las redes sociales como medio de difusión, el contacto con profesionales de la salud, organizaciones sociales que trabajen en la temática, y la técnica bola de nieve. Luego de recabada la información, se realizara un pre-análisis donde se clasificarán las principales dimensiones para organizar los datos surgidos del corpus y así transformar los datos brutos en datos útiles. Posteriormente se diseñara un sistema formal de códigos y subcódigos pertinentes los cuales serán agrupados, consecutivamente se construirán las líneas de análisis y se analizaran los datos recabados para obtener los resultados esperados. (Sisto, 2008)

7 *Consideraciones éticas*

Esta investigación se rige por la ordenanza n° 379/008 la cual protege de manera integral a las personas participantes de una investigación. Cumpliendo con lo estipulado se informara a todas aquellas personas que hayan decidido participar -voluntariamente- sobre las características de la investigación, para que puedan tomar la decisión de forma autónoma, a su vez se solicitara a las participante la firma de consentimientos informado

por escrito, al mismo tiempo que se garantizara confidencialidad en el manejo de la información. Finalizada la investigación se darán a conocer los resultados obtenidos.

8 Cronograma

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ajustes del diseño metodológico, elaboración de pautas para las entrevistas en profundidad	■	■										
Captación de las participantes, realización de las entrevistas en profundidad	■	■	■	■	■	■						
Desgrabación de las entrevistas				■	■	■						
Codificación y categorización de la información						■	■	■				
Análisis de las entrevistas								■	■	■		
Elaboración de informe final y publicaciones											■	■

9 Resultados esperado

Haber descrito y analizado las experiencias subjetivas de mujeres pedrenses que hayan concurrido a servicios de interrupción voluntaria de embarazo en los últimos dieciocho meses.

Haber identificado y analizado como perciben las usuarias el trato recibos por los/as profesionales de la salud y la instancia de los cinco días para la reflexión.

Haber identificado posibles barreras y/o facilitadores para el acceso de los servicios de interrupción voluntaria de embarazo.

Haber generado nuevos aportes desde una perspectiva de género en relación al tema para contribuir con futuras investigaciones.

Abracinskas, L. y López, A. (Coord.) (2007), *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.

Abracinskas, L. y López, A. (2004), *Mortalidad materna, salud y aborto en Uruguay*. Montevideo: MYSU

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

Barran, J. (1989). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay, la cultura lúdica y el disciplinamiento*. Montevideo: Ed. Banda Oriental

Briozzo L. (2008). *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas sanitarias la experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro*. Montevideo: Ed. Dedos

Burin, M., y Meler, I. (2000). *Varones, género y subjetividad femenina*. B.A: Paidós

Canelones. (s.f). Gobierno de Canelones. Recuperado de:
<https://www.imcanelones.gub.uy/?q=node/4562>

Censo (2011). Instituto nacional de estadística. Recuperado de:
<http://www5.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/canelones.html>

Decreto n° 379/008 Sobre investigación con seres humanos. Montevideo. Recuperado de: <http://www.redipd.org/.../decreto-379-008.pdf>

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.

Guttmacher Institute (2015). *Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-SP.html

Lamas, M. (1994). "Cuerpo: diferencia sexual y género". En: Debate Feminista. Año 5, Vol. 10. México, setiembre 1994. (pp.5-7)

Ley N.º 18.987. (2012) *Interrupción voluntaria del embarazo* (2012). Montevideo.
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9402344.htm>

Ley N.º 18.426. (2008) *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*.
Montevideo. Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

López, A. (2014). *Profesionales de la salud y derechos reproductivos: transiciones y disputas en la atención a mujeres en situación de aborto en Uruguay (2000-2012)* (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

López, A. (2013). Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. (pp.8-14)

López, A. y Carril, E. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud.
Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>

López, 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).

López, A., Benia, W, Contera, M. y Guida, C (2003), *Del enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*, Montevideo: Facultad de Psicología. UdelaR -Fundación Mexicana para la Salud.

Menéndez, E. (s.f). *Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención*. Cuadernos de la Casa Chata, n.º86. México.

Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay (2012). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*

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

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/04/Estudio-Departamentos-deR%C3%ADo-Negro-Soriano-y-Paysand%C3%BA.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/IMG/pdf/observatorio-salto-2014.pdf>

Mujeres en el horno (2016). Línea aborto información segura. Presentación de datos.

Recuperado de: <http://mujeresenelhorno.org/?q=content/presentaci%C3%B3n-de-an%C3%A1lisis-y-sistematizaci%C3%B3n-de-datos-2015>

Ordenanza No 369. (2004) *Ministerio de Salud Pública*, Montevideo. Recuperado de: http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley_actual/ordenanza369MSP.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Prevención del aborto peligroso*.

Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2011). Oficina de Género, diversidad y Derechos Humanos.

Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República

Reguant, D. (2007). Explicación abreviada del patriarcado. (pp.1-4) Recuperado de:

<https://patagonialibertaria.files.wordpress.com/2014/12/sintesis-patriarcado-es.pdf>

Sapriza, G. (2011). *Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. "Aborto libre" la corta experiencia uruguaya (1934-1938)*. En (des)penalización del aborto en Uruguay: Prácticas, Actores y Discursos, Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Montevideo

Scott, J. (1986). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. s.l.

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

Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114136.

Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl>

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*.

Villagra, M. (2007). *Análisis de situación de salud de los barrios El Dorado y Villa Foresti Las Piedras-Canelones durante el periodo marzo-noviembre 2006*. (Monografía del Post. Grado de Medicina Familiar y Comunitaria). Facultad de medicina. Uruguay.
