



Descentrada, vol. 1, n° 2, e021, septiembre 2017. ISSN 2545-7284
Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (CInIG)

Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay

Health professionals: between resistance and change in caring for women who decides a legal abortion in Uruguay

Alejandra López Gómez *, Martín Couto *

* Universidad de la República, Uruguay | alopez@psico.edu.uy, mcouto@psico.edu.uy

PALABRAS CLAVE

Aborto legal
Profesionales de la salud
Prácticas de asesoramiento
Uruguay

RESUMEN

El artículo ofrece un análisis sobre el papel de los/as profesionales de la salud en el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal y seguro en Uruguay. El creciente reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos en el escenario internacional –y en algunos contextos nacionales como el caso uruguayo– configuró, no sin controversias, un nuevo marco ético y normativo para las políticas públicas. La aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay (2012), tuvo lugar en un escenario de fuertes disputas morales, filosóficas y políticas sobre la autonomía de las mujeres. Las prácticas de los/as profesionales de la salud son un *locus* privilegiado de análisis de las posibilidades, resistencias y dificultades que se observan en la implementación de los servicios que la nueva ley establece para la atención del aborto legal.

KEYWORDS

Legal abortion
Health professionals
Counselling
Uruguay

ABSTRACT

The article offers an analysis on the role of health professionals in accessing legal and safe abortion services in Uruguay. The growing recognition of sexual and reproductive rights as human rights in the international arena - and in some national contexts such as the Uruguayan case - was a new ethical and normative framework for public policies. The adoption of the law of voluntary termination of pregnancy (2012) took place in a scenario of strong moral, philosophical and political disputes. The practices of the health professionals are a privileged locus of analysis of the possibilities, resistances and difficulties that are observed in the implementation of the services that the new law establishes for the attention of legal abortion in Uruguay.

Recibido: 14 de diciembre de 2016 | Aceptado: 28 de enero de 2017 | Publicado: 19 de septiembre de 2017

Cita sugerida: López Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada*, 1(2), e021. Recuperado de <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe021>



1. Introducción

En un largo proceso que se inició al finalizar el período de dictadura militar que culminó en 1985, Uruguay fue construyendo respuestas institucionales progresivamente más robustas frente al problema de aborto inseguro e ilegal así como en el reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos. En este recorrido, las feministas jugaron un papel de primer orden. El proceso tuvo dos momentos importantes, el primero fue la aprobación de la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2008 mediante la cual se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y se establece el papel del estado como su garante (López Gómez y Abracinskas, 2009; Malet, 2009).¹ El segundo, tuvo lugar en el año 2012 cuando se aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la cual reconoce el derecho al aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación y luego de ese plazo para determinadas causales (violación, riesgo grave de salud y malformación fetal incompatible con la vida extrauterina). A pesar de sus limitaciones jurídicas, la aprobación de la ley colocó a Uruguay entre los tres países de América Latina y el Caribe que reconocen el derecho al aborto voluntario, junto con Cuba y Guyana (Correa y Pecheny, 2016; Bohórquez-Monsalve, 2015). La ley se comenzó a implementar en el año 2013 en todos los servicios públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y, desde entonces, se ha evidenciado una serie de dificultades y barreras en su implementación. Previo a la aprobación de la ley IVE, desde el año 2004, el país implementa la estrategia de reducción de riesgos y daños por aborto inseguro (ordenanza N° 369/04) (MSP, 2004). La adopción de esta política, mediante la intervención profesional en el “antes y en el después del aborto”, se fundamentó en el aborto inseguro como un problema de salud pública (Iniciativas Sanitarias, 2007; Briozzo, 2003). La baja implementación de la normativa en los servicios de salud, salvo algunas excepciones, respondió a diversos factores de tipo institucional, social, ético, cultural y político e incluso a consideraciones jurídicas sobre los límites de ese instrumento (López Gómez, 2014; MYSU, 2009). El punto crítico es que algunas de las dificultades que se observaron en la implementación de la atención “pre y post aborto”, se evidencian hoy en implementación de los servicios de aborto legal en el sistema de salud (López Gómez, 2016).

En este artículo interesa analizar el plano de las prácticas profesionales o, mejor dicho, de los esquemas de percepción y apreciación de los/as profesionales sobre sus prácticas de atención a las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en un contexto de transición normativa y de cambio en la política pública en salud que vivió el país en los últimos años. Es decir desde una política de prevención de riesgos y daños del aborto inseguro en el marco de la tipificación del aborto como delito — a una política de atención del aborto voluntario en los servicios de salud que establece la ley vigente en Uruguay. En particular, se hará foco en el estudio de las prácticas de asesoramiento profesional en el marco de la atención que se brinda en los servicios de aborto legal. Para ello se toman los resultados de dos estudios empíricos sobre profesionales de la salud y aborto que hemos instrumentado en los últimos años, uno realizado en el contexto de los servicios de atención pre y post aborto cuando el aborto era considerado delito en Uruguay y otro, luego de la aprobación de la ley IVE. El primero fue realizado entre los años 2009-2012² y el segundo, entre los años 2015-2016.³ Estos estudios ofrecen evidencias sobre cómo se configuran las prácticas profesionales de asesoramiento a mujeres en situación de aborto, en función del contexto social y legal en el cual se inscriben estos dispositivos, pudiendo identificar las continuidades y transformaciones en los esquemas de percepción y apreciación de los profesionales, en asociación con los cambios normativos, institucionales y sociales que tuvieron lugar respecto al reconocimiento del aborto como un derecho de las mujeres.

La definición de una política pública, en este caso de una ley de interrupción voluntaria de embarazo, es condición necesaria pero no suficiente para garantizar el acceso a un derecho. El modelo teórico propuesto por Schraiber (2010), se puede graficar como un triángulo que en uno de sus vértices tiene la definición de la política pública de salud, en otro la organización y gestión de los servicios de salud y en otro las prácticas profesionales; todos estos planos están interconectados aunque no necesariamente en sintonía. Este modelo esclarece el análisis para afirmar que junto con la necesaria definición de una política garantista de derechos, se deben articular los planos de la adecuada planificación en los servicios y unas prácticas profesionales que respeten y protejan estos derechos. En este sentido, resulta de especial interés analizar cómo intervienen los/as profesionales de la salud ante un nuevo

enfoque (el de la salud y los derechos sexuales y reproductivos) considerando que el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984) ha operado de manera eficiente no sólo en la organización de los servicios y sus prestaciones sino también en las prácticas de los profesionales de la salud y en sus esquemas de percepción y apreciación (Castro 2014; López Gómez y Carril, 2010; López Gómez y otros, 2003).

El tratamiento de este problema permite generar conocimiento de utilidad no sólo para el caso uruguayo sino para otros países de la región donde se han adoptado, por parte de los ministerios de salud y/u otros actores, estrategias similares de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro en contextos legales restrictivos y/o donde se instrumentan servicios de aborto legal.

2. La investigación sobre profesionales de la salud y aborto en la región

El plano de la acción profesional es un *locus* privilegiado de análisis de las condiciones de posibilidad del campo de la salud para hacer de ese espacio (el de la salud) un escenario real de ejercicio –o no– de la ciudadanía de las mujeres, en particular de sus derechos sexuales y reproductivos. A este nivel, uno de los factores que pueden explicar las resistencias para implementar servicios de aborto legal refiere al conflicto que genera *in-corporar* (en el sentido de hacer cuerpo) un enfoque de derechos en el nivel de las prácticas profesionales. Si se sigue el pensamiento de Bourdieu (2007), podría decirse que el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos interpela el campo de la salud y las prácticas profesionales, trastocando el *habitus* que en éste se genera y se reproduce y, al mismo tiempo, habilita condiciones de posibilidad de nuevos sentidos.

Por ello, las instituciones y los/as profesionales de la salud han sido –y continúan siendo– actores controvertidos en el acceso al aborto seguro y legal y, como sostienen Szulic, Gogna, Petracci, Ramos y Romero (2008), ocupan un lugar privilegiado al mediar en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya sea por actuar activamente o por omisión. La relación “profesional de la salud-mujer usuaria” es una pieza clave para las posibilidades reales de una mujer de ejercer su derecho a decidir. La calidez en el trato, la empatía, el respeto por la integridad física y moral, la valoración de la capacidad, autonomía y dignificación de la usuaria y el fortalecimiento de su condición de sujeto de derechos, son aspectos sustantivos para garantizar atención integral en salud sexual y reproductiva, que redunde en mejores resultados y en el encuentro entre la demanda de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto y la respuesta de los servicios de salud.

Existe evidencia empírica disponible a nivel regional sobre servicios de salud y mujeres en situación de aborto inducido que abordan distintas dimensiones de esta compleja relación. Entre ellos, se encuentra una nutrida y creciente agenda de investigación que recoge y analiza las opiniones, actitudes y conocimiento de los/as profesionales de la salud sobre aborto. Pocos de ellos se centran en analizar los dispositivos de asesoramiento profesional y/o cómo se incorpora un enfoque de género y derechos en las prácticas profesionales (López Gómez, 2015). La gran mayoría de los estudios se centran en la figura del médico y son muy escasas las investigaciones que incluyen o que focalizan otros perfiles profesionales (Cacique, Junior y Duarte Osis, 2013). La producción disponible es auspiciosa, pero no es lo suficientemente robusta para explicar los conflictos, las tensiones y resistencias que se registran en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto.

Una revisión de la literatura científica publicada en América Latina en los últimos años señala que los profesionales médicos y de enfermería manifiestan actitudes ambivalentes frente al aborto debido a cuestiones morales, conflictivas y contradictorias. A pesar que la mayoría de los profesionales manifiesta opiniones favorables a considerar el aborto como un hecho moralmente justificable en determinadas circunstancias, pocos se sienten preparados para intervenir profesionalmente en estas situaciones. Las investigaciones enfatizan la relevancia de la formación profesional integral y sugieren que la mera transmisión de conocimientos legales y técnicos no garantiza posiciones de mayor aceptación frente al aborto, ni a prácticas basadas en el reconocimiento y respeto por los derechos de las mujeres (López Gómez, 2015).

En este sentido, varios estudios concluyen que es necesario reforzar los programas de capacitación y entrenamiento de médicos y de residentes como estrategia para asegurar el acceso a los servicios (Dayananda, Walker, Atienzo y

Haider, 2012; Schiavon y otros, 2010). Sin embargo, Lemos y Russo (2014) observaron que la discusión y transmisión de conocimiento no es garantía de un proceso de reflexión y de transformación de las opiniones y prácticas de los/as profesionales frente al aborto.

Por su parte, García Núñez, Atienzo, Dayananda y Walker (2013) a partir de un estudio realizado en México, Distrito Federal, en los servicios de aborto legal, observaron que la aceptación del aborto en los/as profesionales es mayor cuanto más cerca está el aborto de condiciones ajenas a la decisión de la mujer. La decisión del médico/a de practicar un aborto no depende solamente del conocimiento de las leyes vigentes, sino de otros elementos como sus actitudes y valores morales. Otro estudio en México también constató que para la mayoría de los/as ginecoobstetras entrevistados/as, el principal desafío era resolver sus propios dilemas morales respecto al aborto (Contreras, Van Dijk, Sánchez y Sanhueza Smith, 2011). En un proyecto anterior, Erviti, Castro y Sosa (2006) estudiaron las percepciones y actitudes de los/as médicos frente al aborto inducido en México, observando que éstos no dejaban de fluctuar entre un discurso clínico y uno normativo, desprendiéndose en este último la marca de los estereotipos dominantes de género que a los/as profesionales se les presentan como fundamento que explican su práctica y la de sus pacientes. En otro estudio, se observó cómo los/as médicos han desarrollado estrategias de clasificación de abortos y de las mujeres que abortan, para discernir sobre la legitimidad o ilegitimidad de la decisión (Erviti, Castro y Collado, 2004). Desde esta perspectiva, las interacciones cotidianas que se establecen entre los prestadores de servicios y las usuarias, estarían mediadas por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Erviti, Castro y Sosa, 2006; Ellison, 2003).

De Zordo (2012) en Brasil encontró que las prácticas clínicas de los/as médicos se ven influenciadas por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados/as; el estigma social del aborto; la falta adecuada de entrenamiento y formación y las representaciones estereotipadas de género. Si se comparan los discursos médicos en Brasil y Polonia, De Zordo y Mishtal (2011) señalaron que en estos contextos la relación de los/as médicos con el aborto se ve afectada no sólo por preceptos religiosos sobre derechos reproductivos, sino por la inadecuada formación médica y el temor a ser estigmatizados/as. Duarte y otros (2013) reportaron la influencia de la religión en la postura de los/as gineco-obstetras brasileños como barrera para la provisión de servicios de aborto legal.

Algunos pocos estudios informan resultados sobre la relación entre enfermería y aborto (Benute, Nonnenmacher, Nomura, Lucía y Zugaib, 2012; Mariutti, de Almeida y Panobianco, 2007; Kade y otros, 2004; Lunardi y Simois, 2004) los cuales en general, observan un desconocimiento mayor del marco legal sobre aborto en el personal de enfermería en comparación con otros grupos profesionales. Resultados similares se reportaron en un estudio sobre trabajadores/as sociales y aborto en Brasil, el cual evidenció una serie de dificultades para garantizar el acceso a los servicios de aborto previstos en el Código Penal y más aún para aquellos casos que no se enmarcan en la ley vigente (Lollato y Lisboa, 2013). La literatura científica que relaciona psicología y aborto es creciente a nivel mundial. La agenda de investigación sobre salud mental y aborto, asuntos tales como los efectos psicológicos del aborto, o las condiciones y recursos psicológicos para la toma de la decisión de abortar en las mujeres, son algunos de los asuntos que concitan interés, el cual se refleja en el volumen de estudios publicados, fundamentalmente en el mundo anglosajón (APA, 2008). Sin embargo, es casi nula la existencia de publicaciones científicas sobre las intervenciones *psi* con mujeres en situación de aborto a nivel regional.

3. Aportes del feminismo al estudio de la relación “profesionales de la salud - mujeres en situación de aborto”

Desde el feminismo se han realizado aportes notables para evidenciar el cuerpo de las mujeres como campo donde se anuda y anida el ejercicio de poder de género, en particular cuando se trata de las sexualidades y decisiones reproductivas. Concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, deseante, sociocultural, histórico, político y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud así como en las propias prácticas de las profesiones involucradas. La abundante literatura feminista sobre el cuerpo y la reproducción ha permitido alumbrar una serie de asuntos críticos en el campo de la salud y de la atención de la salud regida históricamente por un enfoque de

cuño biomédico. La crítica ha estado centrada fundamentalmente, aunque no sólo, en el cuestionamiento al androcentrismo de la ciencia médica y en evidenciar la medicalización de las mujeres y sus padecimientos. Según Esteban (1999), en reiteradas ocasiones, la crítica se ha limitado en considerar estas tendencias como sesgos o defectos de la medicina occidental. El concepto de sesgo entendido como desviación no ayuda demasiado a comprender la trascendencia de estos fenómenos, ya que estas tendencias lejos de “ser imperfecciones del sistema médico, se tratan de una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y pensar en su totalidad” (Esteban, 1999, p. 35). En esta dirección, Valls-Llovet (2009) señaló que en el campo de la medicina, se han hecho pasar por ciencia tres operaciones básicas del patriarcado y las mismas se han instrumentalizado, especialmente, sobre el cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como dato biológico inmutable e inferiorización de las mujeres, la fragmentación del cuerpo y la experiencia subjetiva y la objetualización de los sujetos.

Algunas de las principales contribuciones desde el feminismo a las teorías sociales de la salud, se pueden agrupar en tres áreas: a) proceso salud-enfermedad (determinantes sociales de la salud), b) práctica médica (respuesta social organizada frente a la enfermedad) y c) saber médico (estudio sobre cómo es percibida y conceptualizada la enfermedad desde el saber científico) (Bronfman y Castro, 1993). En un trabajo posterior, Castro (2000) organizó los aportes del feminismo en función del enfoque predominante: los enfoques normativo-estructurales, basados en el concepto de patriarcado para analizar las condiciones estructurales de la subordinación de las mujeres y los enfoques interpretativos, centrados en el estudio de la experiencia subjetiva de la opresión. En vistas de los aportes de este autor, los aportes desde el feminismo mediante enfoques normativo-estructurales han tenido mayor peso que aquellos realizados desde los enfoques interpretativos, porque durante muchos años las feministas se propusieron analizar el papel de la medicina como agente de perpetuación de la subordinación de las mujeres. Sin embargo, actualmente se dispone de un interesante volumen de estudios feministas que, desde enfoques interpretativos, han documentado la experiencia subjetiva de la salud en las mujeres, buscando dar voz a las propias protagonistas. Estos estudios se han concentrado, principalmente aunque no sólo, en el análisis de las experiencias reproductivas de las mujeres y de la atención médica.

La conjunción entre los desarrollos de la tesis de la medicalización (Zola, 1999; Foucault, 1983) y el análisis que proviene del *corpus* feminista ha permitido postular la hipótesis de que la medicina no es un medio de dominación neutral igualmente dirigido hacia hombres y mujeres, sino que por el contrario es uno de los dispositivos más potentes para ejercer dominación sobre las mujeres. Hace décadas, Oakley (1984) estudió específicamente el proceso de medicalización del embarazo y el parto y sostuvo que la eliminación de la idea de normalidad de estos procesos es lo que ha permitido el intervencionismo médico. El uso de la expresión “control prenatal” para referirse a la atención médica de las mujeres durante el embarazo no es inocuo. La medicalización del embarazo y parto, según esta autora, pasó por dos momentos de transformación ideológica: de ser considerado un evento social a ser concebido como un evento biológico y de allí a ser definido como un evento médico. Desde nuestra perspectiva, un proceso similar ha sucedido con la medicalización del aborto cuando se lo tipifica como acto médico. La diferencia principal radica en que se trata, en varios contextos, de un acto ilegal y considerado socialmente como ilegítimo, cuestión que no sucede con el parto.

La deconstrucción del modelo hegemónico materno-infantil de cuño patriarcal -desde el cual se impuso un tipo de oferta de servicios de salud hacia las mujeres, así como se han estructurado modos de quehacer profesional- exige desandar la ecuación simbólica mujer=madre como un dato natural para incluir las representaciones del deseo y del no deseo de hijo, ambas como legítimas producciones subjetivas y sociales. Tal como sostuvo Giberti (1992), hace ya varios años, es necesario producir un movimiento que posibilite la distinción de algunas implicaciones que han predominado en las teorías y prácticas en salud: a) deslindar reproducción de maternidad; b) deslindar reproducción de amor por la cría, y c) deslindar maternidad de amor materno. Estas tres fusiones han organizado las configuraciones de sentido de las prácticas profesionales y, desde allí también, se generan y reproducen los deseos de mujeres y hombres respecto a la vida reproductiva.

4. Práctica profesional y aborto: las tensiones entre acción moral y acción técnica

Resulta esclarecedor explorar el tratamiento que, desde las ciencias sociales, se ha realizado sobre la relación entre técnica y moral en la práctica profesional en salud. Es interesante la definición de Foucault (1984) sobre moral en tanto conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos como la familia, las instituciones educativas, las religiones. Y también en términos de:

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

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

Asimismo, entiende que el problema de fondo es dilucidar “cuáles factores son en realidad de naturaleza exclusivamente técnica, científica y médica” (Zola, 1999, p. 43). En esta dirección sostiene que el peligro mayor radica no sólo en enmascarar el proceso de la práctica profesional y presentarlo como técnico, científico y objetivo, sino en mostrarlo como algo que se hace para nuestro propio beneficio. En este punto, Friedson (1970a, 1970b) y Zola (1999) comparten una visión sobre la imagen despolitizada y limpia de juicios morales con la que se presenta la práctica médica. Friedson (1970a, 1970b) señaló que, con demasiada frecuencia, los médicos se rigen no por sus conocimientos técnicos sino por sus juicios de valor o por los valores subyacentes en las técnicas que utilizan. Este autor retoma la definición de Becker (1963) de *empresarios morales* para referirse a los médicos en su clásico estudio sobre las desviaciones de las conductas. Allí acuñó el término *empresario moral* para referirse a las personas que trabajan activamente para producir cambios en la sociedad. Identificó dos tipos de empresarios, la cruzada moral y los impostores de las reglas. El primero representa el discurso moral en la sociedad. El segundo, refiere a la aplicación de la moral en la sociedad. En este sentido, Friedson (1970a) sostuvo que los médicos como empresarios morales de la sociedad son quienes no sólo definen lo normal y lo anormal, sino que establecen la terapéutica para la conducta desviada. Postuló el concepto de *autonomía profesional* médica para referirse al poder adquirido por los médicos como agentes del estado moderno, como representantes de la ciencia y como guardianes de los problemas sociales. Ello generó condiciones para el ejercicio de la autonomía profesional entendida como el poder para disciplinar y evaluar a los otros y, al mismo tiempo, ser evaluados exclusivamente por sus pares, sin mirada externa. Según Turner (1999), Friedson (1970a, 1970b) observó que el poder monopólico de la profesión médica era tal que podía subordinar ocupaciones y profesiones subyacentes o afines, “asignándoles el estatus de cuasiprofesiones o grupos paramédicos” (Turner, 1999, p. 188). Recuerda que una de las críticas feministas a la profesión médica ha sido el control y el poder patriarcal que ésta ejerce sobre algunos grupos subordinados, en especial las mujeres. Y afirma, siguiendo a Ehrenreich y English (1990) que

“las recomendaciones aparentemente neutrales del médico en relación con sus pacientes y las enfermedades de éstos son, de hecho, una forma de administración patriarcal sutil pero real” (Turner, 1999, p. 189).

En el contexto latinoamericano, Schraiber (2008) estudió la conformación y desarrollo de la profesión médica en Brasil. Sus aportes son ineludibles para el tratamiento del problema que aquí ocupa. A partir de sus estudios

empíricos, generó un marco interpretativo potente para comprender no sólo las prácticas profesionales médicas sino, en general, las prácticas profesionales en el campo de la salud. Desde su punto de vista, la práctica profesional debe concebirse como la producción del trabajo social y no sólo como la aplicación del saber profesional. Es decir, se trata del ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de la producción social (Schraiber, 2008, 2010). Afirma que cualquier profesional de la salud se reproduce culturalmente como sujeto de su profesión, pero también pone en juego su capacidad creativa, innovadora. Ambas, reproducción e innovación, están dados al interior de cualquier acción práctica y esto se hace más complejo en la posición de autonomía técnica que tiene el/la profesional, en particular los/as médicos quienes dentro del concierto de profesionales de la salud, detentan esa autonomía con mayor grado de libertad. El alto grado de autonomía de la profesión médica es lo que le permite afirmar o negar en su quehacer profesional los lineamientos políticos mediante su inclusión o exclusión de los procedimientos técnicos. Schraiber (2008) aporta las categorías de *acción técnica* y *extra-técnica* cubiertas ambas con la cualidad de práctica profesional. En tal sentido, afirma que los/as profesionales suelen transitar con facilidad práctica y seguridad discursiva entre uno y otro registro en la práctica profesional. De esta manera le otorgan carácter o significado profesional a un conjunto de valoraciones y apreciaciones del orden de lo ideológico, religioso, político, social y económico. Tales apreciaciones funcionan en la práctica como juicios morales que junto con los juicios clínicos están en la base de las decisiones asistenciales.

Desde un enfoque teórico diferente, Castro (2014, 2013) tomando las categorías de *habitus* y campo de Bourdieu, analiza el modelo médico autoritario en México a partir del estudio de la violación de derechos reproductivos de las mujeres en centros asistenciales. El campo médico es producto de una serie de subjetividades entre las que se encuentra el *habitus* médico. El autor lo define como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas y de poder del campo médico. El *habitus* es pre-reflexivo y este conjunto de predisposiciones se adquieren primeramente en los dispositivos de formación profesional. Según este autor,

“[la] coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente...” (Castro, 2014, p. 174).

La construcción del espacio de la salud como un escenario de ejercicio de la ciudadanía requiere realizar transformaciones radicales en la estructura del campo médico, que posibilite nuevas condiciones para dar surgimiento a otro *habitus*, “menos autoritario, menos propenso a reclamar para sí todo el poder y toda la atención del campo” (Castro, 2013, p. 164). Desde esta perspectiva, es posible analizar cómo se crean, perpetúan y reproducen prácticas violentas en las instituciones de salud como parte estructural de un campo médico autoritario que son, las más de las veces, “naturalmente” consideradas por los actores del campo como problemas de calidad de atención. En este sentido, importa comprender cómo se organiza, estructura y opera el campo médico y los *habitus* profesionales y de género y, cómo éste enfrenta, acepta, tolera, resiste o recrea el discurso de los derechos de las mujeres y la apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de mujeres que, no sin costos subjetivos y sociales, con sus prácticas y decisiones, cuestionan la lógica de la dominación.

5. Abordaje metodológico

Las dos investigaciones cuyos resultados son la base empírica de este artículo fueron realizados en el marco del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. El primero, “*Servicios de salud y aborto voluntario. Significados y opiniones en profesionales de la salud*”, se realizó entre los años 2009-2012, previo a la aprobación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo aprobada a fines del 2012 y en el contexto de implementación de la normativa sanitaria de atención pre y post aborto incluida en la ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Este estudio cualitativo de tipo descriptivo y analítico incluyó a una muestra teórica de profesionales de la salud de distintas disciplinas que se desempeñaban tanto en el primer como en el segundo nivel de atención y que estaban directamente involucrados en las prestaciones de salud sexual y reproductiva en los servicios del SNIS. Para la recolección de la información se utilizaron, de manera complementaria, dos técnicas: entrevista semidirigida en profundidad y grupo focal. Se tomaron en cuenta los criterios de saturación de la información, heterogeneidad y

accesibilidad, se realizó un total de 28 entrevistas y 5 grupos focales en los cuales participaron adicionalmente 39 profesionales. En suma, participaron 67 profesionales, 41 mujeres y 26 hombres. La distribución por tipo de profesión fue de 32 médicos/as, 12 parteras, 12 psicólogos/as y 11 enfermeras.

El segundo estudio, más reciente, se realizó entre los años 2015-2016, en el marco de la ley IVE: “*Accesibilidad a servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres del área metropolitana*”. El objetivo general del proyecto fue analizar las barreras institucionales y psicosociales que inciden en el acceso a servicios de interrupción voluntaria de embarazo, oportunos y de calidad. En el marco de este proyecto, se realizaron dos grupos focales con profesionales de la salud que atienden a mujeres en el marco de los servicios públicos de aborto legal en el primer nivel de atención. Se incluyó un total de 25 profesionales, 17 mujeres y 8 hombres, de los cuales 7 eran médicos gineco-obstetras, 6 psicólogos, 5 médicos de familia, 4 trabajadoras sociales y 3 enfermeras.

En ambos estudios se solicitó la firma del consentimiento informado y se cuidó la confidencialidad y el anonimato. Los estudios contaron con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología. Con el consentimiento de los/as participantes, el material recogido en las entrevistas y grupos focales fue desgrabado, transcrito, formateado e inicialmente revisado con el objetivo de identificar inconsistencias y/o distorsiones, que pudieran provenir tanto de los sujetos, de la entrevistadora como de la interacción entre ambos. Se procedió –en algunos casos– a verificar información mediante la triangulación con otras fuentes. En un segundo momento, se procedió a la reducción de los datos mediante la categorización y codificación del material, dividiéndolo en unidades temáticas que expresaban ideas significativas del problema de investigación que se buscaba conocer. De acuerdo a las recomendaciones de Miles y Huberman (1984), la categorización es la materia prima del análisis en la medida que permite identificar y establecer los datos significativos. Se realizó un tipo de codificación inductiva-deductiva, es decir una estrategia combinada para la construcción de las categorías y la correspondiente codificación.

6. Resultados y análisis

Los resultados y su análisis que se presentan en este apartado refieren fundamentalmente a cómo se ha organizado la relación profesional-mujer en situación de aborto en las prácticas de asesoramiento profesional, tomando en consideración los marcos normativos que regulan los servicios de salud. En el contexto de atención pre y post aborto previo a la aprobación de la ley IVE, los profesionales actuaban en el antes y el después del aborto, en base a brindar información y apoyo a la mujer para la toma de la decisión, pero no asistían directamente en la situación misma de la interrupción por estar el aborto considerado un delito. A partir de la ley IVE se configuran los equipos de interrupción voluntaria del embarazo en todos los servicios de salud del SNIS, con la función de garantizar el acceso al aborto y asesorar a las mujeres durante todo el proceso. Los/las profesionales intervienen en las denominadas consultas IVE 1 (consulta inicial con médico), IVE 2 (consulta con equipo interdisciplinario), IVE 3 (consulta con médico/a ginecólogo para la interrupción propiamente) e IVE 4 (consulta post-aborto). Esta ruta crítica es un requisito que deben transitar las mujeres para acceder al aborto, y constituye una de las barreras más relevantes que derivan de una ley que buscó tutelar el proceso de decisión de las mujeres y obstaculizar el acceso a este derecho.

En una publicación anterior (López Gómez, 2016) se analizó la compleja relación entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en la percepción de los/as profesionales sobre sus prácticas de asesoramiento a mujeres en situación de aborto en el contexto legal restrictivo antes del año 2012. Se observa que la atención pre y post aborto que se realizaba previo a la ley IVE generaba incertidumbres en los/las profesionales quienes sentían que intervenían “en el borde” y sin respaldo jurídico. Este escenario se modificó a partir de la aprobación de la ley IVE aunque, como se verá, el nuevo contexto legal ofrece controversias y dificultades para los profesionales que intervienen.

7. El consultorio, una caja poco transparente

Uno de los escenarios privilegiados donde se estructura la relación entre las mujeres en situación de aborto y los

servicios de salud, es el espacio de la consulta clínica. El consultorio y, en particular, la consulta clínica, puede definirse como una caja poco transparente, en el sentido de la opacidad de los procesos que allí se estructuran. Desde la perspectiva teórica aquí adoptada, los/as profesionales de la salud deben ser considerados como pieza clave tanto en la reproducción de la maquinaria institucional como en la construcción de capital simbólico y de nuevas prácticas que cuestionen el *habitus* que produce, reproduce y organiza el campo sanitario. Para ello, se deben tener en cuenta las diferentes posiciones y grados de autonomía que cada una de estas profesiones ocupa tanto en el espacio institucional de atención de la salud como en el espacio social de producción de salud-enfermedad. Las profesiones ocupan lugares desiguales en términos de autonomía y ejercicio de saber-poder en un sistema de cuño biomédico, lo cual obstaculiza la incorporación de un enfoque de integralidad en la prácticas institucionales.

En el marco de la atención pre y post aborto previo a la ley IVE, algunos servicios de salud habían instrumentado esta normativa, mediante una modalidad de baja intensidad. Es decir, no se habían generado equipos interdisciplinarios específicos, no se difundía de manera suficiente esta prestación en la población usuaria y, por tanto, cuando una mujer en situación de embarazo no deseado consultaba con un profesional de un servicio de salud, la respuesta variaba según el/la profesional tratante. Los siguientes relatos tomados entre los años 2009 y 2012 ilustran las distintas perspectivas y actitudes de los médicos y las médicas frente al aborto y las estrategias de asesoramiento a las mujeres, en algunos casos, alejadas de los objetivos de la atención pre-aborto que establecía la política pública de entonces.

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

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

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

La actual ley IVE estableció una ruta obligatoria y procedimientos que las mujeres y los servicios de salud deben cumplir para acceder a la interrupción. Entre ellas, la consulta IVE 2, es realizada por un equipo interdisciplinario (integrado por profesionales de la ginecología, psicología y del área social) con el objetivo de asesorar a las mujeres en la toma de la decisión. Esta consulta ha sido ampliamente cuestionada desde activistas e investigadoras feministas por el sentido de tutelaje de las mujeres a través de un dispositivo profesional.

La obligatoriedad de los cinco días de reflexión posteriores a la consulta de asesoramiento IVE 2 que establece la ley busca efectos disuasivos de la decisión de abortar. Según los/as profesionales, esto no resulta así ya que generalmente las mujeres regresan a la tercera consulta (IVE 3) con la reafirmación de su decisión. La “reflexión obligatoria” no modifica, en general, la decisión tomada previamente por las mujeres. La ley aspira a que los profesionales desplieguen estrategias normalizadoras y de tutelaje de las mujeres, ubicándolos como agentes que desactiven los riesgos de una “mala” decisión. Los/as profesionales saben del poder de sus palabras, saben que desde su autoridad tienen la posibilidad de incidir en los posicionamientos subjetivos de las mujeres. Pero, también saben que ese poder lo pueden utilizar a favor de la decisión de las mujeres, y que el asesoramiento debe ofrecer información y apoyo emocional para reforzar las condiciones para el ejercicio del derecho a decidir, sea ésta la decisión que sea.

En los grupos focales que se realizaron entre los años 2015 y 2016 con profesionales de los equipos IVE, se pudo observar que esta instancia genera controversias sobre su papel técnico y el alcance del asesoramiento. Los/as

profesionales reconocen que, en general, las mujeres llegan a la consulta IVE 2 con una decisión tomada y, en esas circunstancias, ésta deviene en un trámite administrativo que deben cumplir para poder acceder al procedimiento. En la medida que el equipo interdisciplinario debe actuar en conjunto, los/as profesionales expresaron sus críticas a un dispositivo que es vivido por muchas mujeres como una instancia sancionatoria y controladora. Pero, también señalaron que se trata de una oportunidad de contribuir a que las mujeres vivan la experiencia con información, apoyo emocional y técnico y sin temor a la sanción social. Los relatos siguientes expresan las percepciones de los/as profesionales respecto a su papel en la consulta IVE 2:

“P2: En el caso mío, lo que yo creo, en la experiencia que tengo de los casos que he tenido, cuando la persona está decidida, está decidida. Cuando está en duda es importante la intervención de un psicólogo, porque por ejemplo yo a una paciente le pregunté, y es, lo tomo como paradigma de lo que me ha pasado, le pregunté: ¿cuántos hijos tiene? y me dijo "tres" y el tercero era el bebé” (Médica ginecóloga, 45 años, Grupo Focal 1).

“P1: Cuando se abren los espacios de intervención de otros profesionales también se abre el pensar otras cosas porque uno habilita el que pueda decir muchas otras cosas, que hace que empiece mismo a reflexionar o también a pensarse desde otro lugar. No solo del lugar de abortar sino también en la posibilidad de continuar y dar en adopción por ejemplo. Como otras alternativas que se abren (que no son las que suceden) pero yo creo que puede si..., no de que nosotros influimos pero sí que pueda hablar, expresar y dejar...

P3: Y darle información, si nosotros le damos la información cuando están en la duda (...).

P6: Creo que también una de las cosas que aporta esa instancia es la des-culpabilización ¿no? Que creo que ya lo plantearon pero culturalmente todavía está el tema, en nuestra sociedad la interrupción del embarazo si bien ya es legal, como que les cuesta a las mujeres o nos cuesta, entonces se vive con mucha carga y con mucha culpa muchas veces. Entonces, el hecho de que por un lado es legal y nosotras les explicamos, es legal porque era una necesidad para la salud de las mujeres y por eso está este servicio, está este apoyo. (...) Pero nuestro rol de des-culpabilizar, es muy importante y que en el IVE 1 no se hace o capaz que si pero en el IVE 2 yo creo que, al ser interdisciplinario, te da la posibilidad de poder hacerlo” (Diálogo entre profesionales Grupo Focal 2).

A pesar de las discusiones sobre el objetivo y alcance de la consulta IVE 2, ésta abre la posibilidad de mayor transparencia en la medida que es realizada conjuntamente por tres profesionales. Esta característica de la consulta puede tener efectos en la relación de saber-poder entre las profesiones intervinientes y en propiciar la construcción de equipos técnicos con enfoques integrales que permita desandar la visión hegemónica del aborto como un asunto médico. Esta cuestión en particular amerita el desarrollo de estudios específicos.

8. Asesorar, del latín: el que se sienta al lado

La intervención técnico-profesional, bajo distintas denominaciones, asesoramiento, orientación, consejería, acompañamiento, se ejerce desde distintos enfoques. El análisis del discurso de los/as profesionales, en base al material empírico que se recogió hace unos años y el más reciente, ha permitido construir una tipología que incluye tres modalidades de asesoramiento, las cuales dan cuenta de diferencias sobre el sentido de esta acción, los enfoques y los contenidos que la sustentan. Se han denominado: Formal-instrumental; Médico-normativo e Integral-implicado.

a) Asesoramiento Formal-instrumental, se basa estrictamente en cumplir con lo que establecen los marcos normativos, ya sea la ley IVE o en su momento, la normativa de atención pre y post aborto. Si bien integra una perspectiva social del aborto, se trata de una mirada restringida de los determinantes sociales implicados. Es un tipo de asesoramiento más bien pragmático, distante y des-implicado que cumple con lo que establece la ley pero no transmite sensibilidad ni voluntad de ir más allá de lo estrictamente consagrado en ésta.

b) Asesoramiento Médico-normativo, se trata de un tipo de asesoramiento que busca desestimular el aborto voluntario mediante la identificación de los motivos que llevan a las mujeres a tomar la decisión de abortar. Pretende restituir el deseo de maternidad en las mujeres porque se sostiene en un enfoque que considera el aborto como un evento biológicamente antinatural, psicológicamente traumático y socialmente ilegítimo, que debe por tanto, ser evitado. Se asienta en la fusión de la acción técnica y la acción moral en la intervención profesional, en la medida que la intervención técnica está en dependencia del sistema de valores del profesional y no de los lineamientos generales que ha establecido y define actualmente la política pública.

c) Asesoramiento Integral-implicado, este tipo de asesoramiento se basa en la aceptación o en el reconocimiento de la legitimidad del derecho de la mujer a decidir aun cuando el/la profesional pueda no sentirse identificado con la decisión que ésta tome. Se basa no sólo en brindar información sino también en acompañar la toma de la decisión. Requiere de una perspectiva interdisciplinaria e integral de la atención clínica, desde un enfoque que reconoce y busca fortalecer la autonomía, libertad y autoridad de las mujeres para decidir. A diferencia del asesoramiento médico-normativo, busca construir un tipo de acción técnica que se desmarque de su dependencia de la acción moral del profesional.

Los tipos de asesoramiento que se han identificado han coexistido y coexisten en las prácticas profesionales. Fueron identificadas, tanto en el primer estudio como en más reciente, desde prácticas basadas en la escucha, acompañamiento y respeto por las mujeres; hasta prácticas normatizadoras y a malos tratos por parte del personal de salud que reflejan una de las formas de la violencia institucional. Si bien remiten a modelos diferentes de la relación profesional-usuaria y de atención en salud, se despliegan conjuntamente en el escenario institucional, no sin tensiones y conflictos. Su análisis permite desentrañar el constructo mujer paciente (usuaria, ciudadana) que forma parte de los supuestos teóricos, ontológicos, epistemológicos de los distintos modelos y prácticas profesionales. A pesar que los discursos profesionales registran nuevos significantes sobre las mujeres que abortan, más próximos a una visión integradora del derecho a decidir, debemos alertar sobre las resistencias que pone en juego el orden médico para obstaculizar que, en su propio seno, surjan cuestionamientos a la visión tradicional de las mujeres como “pacientes-menores-dependientes”. Esto se puede observar en los discursos de los/as profesionales, desde aquellas/os que “se sientan al lado” de las mujeres hasta aquellos/as que las sancionan moralmente o que directamente buscan bloquear la prestación de los servicios como los/as médicos objetores de conciencia. Esta es una realidad especialmente preocupante considerando las cifras disponibles las cuales estiman que cerca del 60% de los médicos ginecólogos a nivel nacional y, el 100% en Departamentos del país como Salto son objetores de conciencia (MYSU, 2015).

El asesoramiento profesional, entendido como apoyo técnico y emocional implicado, genera otras posibilidades e interpela a los/as profesionales en sus habilidades técnicas y en sus capacidades subjetivas, les exige –como dijera un médico- *encontrar las palabras...* aquellas palabras que no censuren a las mujeres. Se trata de un asesoramiento que no hace alianza con los mandatos hegemónicos de género y su reproducción acrítica en el espacio de la salud, en particular en la interacción profesional - mujer usuaria. Desde esta perspectiva, el asesoramiento es vivido como una acción integral basada en el compromiso ético con el derecho de las mujeres a la decisión. Y si bien estos/as profesionales tienen la convicción ética que la atención que brindan es valiosa, ello convive con el temor al estigma y la desacreditación profesional, a ser considerados “*los aborteros*”.

Las prácticas profesionales remiten a concepciones diversas sobre la atención de las mujeres en situación de aborto y dan cuenta de los desafíos que implica la implementación del nuevo marco legal y los cambios necesarios en el modelo de atención de cuño biomédico y materno infantil. Los distintos tipos de asesoramiento que se han identificado reflejan las construcciones del objeto profesional: los significados sobre el aborto y cómo son percibidas las mujeres que abortan por parte de los/as profesionales tienen derivaciones directas y específicas en los modos de actuar profesional. Estas construcciones profesionales de los “objetos” de intervención, dan cuenta de pactos, controversias y disputas sobre el derecho a decidir de las mujeres, que se pueden observar hoy en distintos ámbitos de la sociedad uruguaya.

9. A modo de cierre: los profesionales y el derecho a decidir de las mujeres

Los derechos sexuales y reproductivos cuestionan la organización y distribución del poder en las sociedades, y específicamente en el campo de la salud. El proceso de conocimiento, reconocimiento, apropiación subjetiva, ejercicio y exigibilidad ciudadana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es un camino complejo que exige, continuamente, robustecer y amplificar una agenda de investigación enlazada con la acción política transformadora. En este escenario, el reconocimiento del derecho de las mujeres al aborto es uno de los ejes prioritarios de reivindicación feminista en el campo de los derechos reproductivos, porque allí se pone en juego el conflicto social con la libertad y la autonomía de las mujeres y, como dice Lamas (2001), la necesidad de deconstruir la simbolización de la reproducción como hecho natural o divino, tan ligada al pensamiento religioso y tan lejana de aspiraciones libertarias y democráticas.

El creciente reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos en el escenario internacional –y en algunos contextos nacionales como el caso uruguayo– configuró, no sin controversias, un nuevo marco ético y normativo para las políticas públicas y en particular, en la regulación de la atención sanitaria. La aprobación y puesta en marcha de la Ley de IVE en Uruguay, evidenció que se trata de un proceso de disputa moral, político y económico porque en definitiva allí se asienta el reconocimiento a la libertad y la autonomía de las mujeres a decidir sobre sí y agenciarse de su cuerpo, de la sexualidad y de la reproducción.

Si bien la Ley IVE ha significado un paso muy importante en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el aborto legal. Sin embargo, la implementación de la ley presenta dificultades de distinto orden y calibre. Algunas de ellas están relacionadas con el propio texto de la ley que establece una ruta crítica y procedimientos para el acceso a los servicios IVE que buscó limitar la decisión de las mujeres. A ello se suman las barreras culturales y organizacionales de los servicios de salud para brindar una atención oportuna, integral y de calidad. Otras dificultades están asociadas con el déficit de formación y de incorporación de un enfoque de género y derechos en las prácticas profesionales. Mientras que otras refieren a la objeción de conciencia de un importante porcentaje de médicos ginecólogos, quienes se ampararon en este derecho que la ley IVE les garantiza mediante una interpretación de esta figura que trasciende ampliamente la libertad de conciencia, para basarse en otros argumentos de tipo económico, corporativo y/o de oposición a la ley aprobada (lo que configuraría desobediencia civil) (Mautone y Rodríguez, 2013; Javier, 2013).

El estudio sobre las prácticas profesionales de asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto que se implementan en el marco de los servicios de salud ofrece indicios sobre las complejidades que implica el cambio legal. Las investigaciones en las que se basa este artículo ofrecen un marco interpretativo sobre cómo se entrelaza la acción técnica y la acción moral bajo la cualidad de práctica profesional. Asuntos relacionados con la articulación entre la dimensión personal y la dimensión profesional, y entre práctica profesional y estatus, en particular los efectos del estigma del aborto en la autoimagen y el ideal profesional, ofrecen elementos para comprender las resistencias, dificultades y posibilidades de transformación de las prácticas profesionales.

El caso uruguayo ofrece algunas pistas para pensar la compleja relación entre lo legal y lo legítimo en el campo del aborto, cuando se observan las prácticas profesionales. La implementación de la ley permite identificar las dificultades, resistencias y posibilidades de transformación del campo de la salud para efectivamente garantizar el derecho al aborto voluntario en los servicios de salud. El papel de los/as profesionales es clave pues desde su lugar de mediación entre las mujeres y los servicios se puede favorecer o inhibir el acceso oportuno al aborto legal, promoviendo o no desde sus acciones técnico-profesionales, el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva.

Notas

¹ Ley que fue vetada, parcialmente, por el Poder Ejecutivo al mando del Presidente Vázquez en los artículos que referían a la despenalización del aborto. La ley finalmente promulgada, reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y establece su protección por parte del Estado uruguayo pero no modificó el delito de aborto tipificado en la ley 9763 del año 1938.

2 Proyecto: *Servicios de salud y aborto voluntario. Significados y opiniones en profesionales de la salud*, realizado con el apoyo de CSIC-UdelaR (2009-2012) coordinado por López Gómez y Carril.

3 Proyecto *Accesibilidad a servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres del área metropolitana*, con el apoyo de CSIC-UdelaR (2015-2016), coordinado por López Gómez.

Bibliografía

American Psychological Association (2008), *Task Force on Mental Health and Abortion. Report of Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington D.C.: APA, Recuperado de <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

Becker, Howard (1963). *Outsiders. Studies In the sociology of deviance*. Chicago: University of Chicago.

Benute, Gláucia Rosana Guerra; Nonnenmacher, Daniele; Nomura, Roseli Mieko Yamamoto; Lucia, Mara Cristina Souza de y Zugaib, Marcelo (2012). Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 34(2), 69-73.

Bohórquez-Monsalve, Viviana (2015). Normativas y aborto. De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe (pp.153-172). En, Ramos, Silvina (comp.). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: CEDES.

Bourdieu, Pierre (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Briozzo Leonel (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción. *Revista médica del Uruguay*, 19, 188-200.

Bronfman, Mario y Castro, Roberto (1993). Teoría feminista y sociología médica. Bases para una discusión. *Cadernos de saúde pública*, 9(3), 375-394.

Cacique, Denis; Junior, Renato y Osis, María José (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.

Castro, Roberto (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Castro, Roberto (2013). Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva (pp. 145-165). En Agoff, Carolina; Casique, Irene y Castro, Roberto (coords.) *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. México: Editorial Porrúa y CRIM-UNAM.

Castro, Roberto (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.

Contreras, Xipatl; van Dijk, Marieke G.; Sanchez, Tahilin y Sanhueza Smith, Patricio (2011). Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in family planning*, 42(3), 183-190.

Correa Sonia y Pecheny Mario (2016). *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*. Montevideo: MYSU.

Dayananda, I. y otros (2012). Abortion practice in Mexico: a survey of health care providers. *Contraception*, 85(3), 304-310.

- De Zordo, Silvia (2012). Representations and experiences of obstetrician/gynecologists with legal and illegal abortion in two maternity-hospitals in Salvador da Bahia. *Ciência & saúde coletiva*, 17(7), 1745-1754.
- De Zordo, Silvia y Mishtal, Joanna (2011). Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground. The cases of Brazil and Poland. *Women's health issues*, 21(3), 32-36.
- Duarte Osis, M.J. y otros (2013). O papel da religiosidade na perspectiva e conduta da ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. *Bagoas*, 09, 87-107.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- Ellison, Marcia (2003). Authoritative knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortion and adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Medical anthropology quarterly*, 17(3), 322-347.
- Erviti, Joaquina., Castro, Roberto y Collado, Ana (2004). Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and 'spontaneous' abortion. *Qualitative health research*, 14(8), 1058-1076.
- Erviti, Joaquina; Castro, Roberto y Sosa Sánchez, Itzel (2006). Las luchas clasificatorias entorno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios sociológicos*, 24(72), 637-665.
- Esteban, Mari Luz (1999). *El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud*. Donostia, San Sebastián: Gakoa, Tercera Prensa.
- Foucault, Michel. (1983), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (1984). *Microfísica del poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freidson, Eliot (1970a). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge* New York: Dodd, Mead and Company Inc.
- Freidson, Eliot (1970b). *Professional dominance: the social structure of medical care*, New York: Atherton Press Inc.
- García Nuñez, Nubia y otros (2013). Legislation, knowledge and attitudes of health professionals in Mexico regarding abortion. *Salud colectiva*, 9(2), 235-246.
- Giberti, Eva (1992). Parto sin temor: el poder que perdemos. En Fernández, Ana María (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Iniciativas Sanitarias (2007). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Editorial Arena.
- Javier J. (2013) Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473. *Revista de derecho público*, 43, 33-56.
- Kade, K. y otros (2004), Effect of nurses' attitudes on hospital-based abortion procedures in Massachusetts, *Contraception*, 69(1), 59-62.
- Lamas, Marta (2001). *Política y reproducción. Aborto: en la frontera del derecho a decidir*. México: Editorial Janés.
- Lemos A. y Russo, J. A (2014). Healthcare professionals and abortion: what is said and not said in a professional healthcare capacitation, *Interface (Botucatu)*, 18(49), 301-312.
- Lollato S. y Lisboa, T. K. (2013). Profissionais de service social frente a questão do aborto-a ética em debate, *Bagoas*, 9, 65-85.

López Gómez, Alejandra y otros (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*, Montevideo: Facultad de Psicología. UdelaR -Fundación Mexicana para la Salud.

López Gómez, Alejandra (2014). Aborto legal en Uruguay: el largo proceso para garantizar el acceso a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. En Cavenaghi, Suzana y Cabella, Wanda (organizadoras), *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Río de Janeiro: ALAP.

López Gómez, Alejandra (2015). Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En Ramos, Silvina (Comp). *Investigación sobre aborto en América Latina*. Buenos Aires: CLACAI, CEDES.

López Gómez, Alejandra (2016) Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Revista salud colectiva*, 12(1), 23-39.

López Gómez, Alejandra y Abracinskas, Lilian (2009). El debate social y político sobre la ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva en Uruguay. *Cuadernos de UNFPA*, 2.

López Gómez, Alejandra y Carril, Elina (2010). Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En Castro, Roberto y López Gómez, Alejandra (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: Facultad de Psicología, UdelaR; CRIM-UNAM.

Lunardi, Valéria Lerch y Simoes, Aline Rios (2004), “(Re)Ações da equipe de enfermagem frente à possibilidade de participação em um aborto legal”, *Revista enfermagem*, 12(2).

Malet, Mariana (2009). La Ley de Salud Sexual y Reproductiva: un conflicto permanente. *Revista de derecho penal*, 18.

Mariutti, Mariana Gondim, de Almeida, Ana Maria y Panobianco, Marislei Sanches (2007). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Revista latino-Americana de enfermagem*, 15(1), 20-26.

Mautone, Mariela y Rodríguez-Almada, Hugo (2013) Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. *Revista média uruguaya*, 29, 40-42.

Menéndez, Eduardo (1984). Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto atención en salud. *ARXIU d'etnografia de Catalunya* 3, 84-119.

Miles, Matthew y Huberman, Michael (1984). *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*. London: Sage Publications.

Ministerio de Salud Pública (2004). *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, Ordenanza 369/04, Montevideo.

MYSU Mujer y Salud en Uruguay. (2015). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Montevideo: MYSU. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/2014a-Informe-Salto.pdf>

Oakley, Ann (1984). *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. New York: Basil Blackwell.

Schiavon, R. y otros. (2010), Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reproductive health matter*, 18, 127-135.

Schraiber, Lilia (2008) *O médico e suas interações: a crise do vínculo de confiança*. São Paulo: Hucitec.

Schraiber, Lilia (2010). Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud (pp. 11-26). En Castro,

Roberto y López Gómez, Alejandra (eds.) *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR; CRIM-UNAM.

Szulic, Dalia y otros. (2008). Anticoncepción y aborto en Argentina. Perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud pública de México*, 50(1), 32-39.

Turner, Bryan (1999). Profesionales, conocimiento y poder (pp.187-222). En De la Cuesta Benjumea, Carmen (comp.). *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.

Zola, Irving (1999). La medicina como institución de control social (pp. 23-46). En De la Cuesta Benjumea, Carmen (comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.