

**Aborto en Uruguay:  
reacciones de los profesionales  
de la salud frente a los derechos  
reproductivos de las mujeres**

**:: Alejandra López Gómez y Elina Carril**



## Introducción

Este capítulo aborda la situación de la práctica clandestina del aborto voluntario en Uruguay. Se presentan y discuten resultados de estudios que hemos desarrollado los cuales ofrecen hallazgos sobre la relación entre los servicios de salud y las mujeres en situación de aborto inducido. Estos estudios forman parte de la línea de investigación sobre “Aborto voluntario, subjetividad y derechos”, desarrollados en el marco de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, realizados con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Ellos son *“Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contexto de ilegalidad y penalización. Un estudio con mujeres uruguayas (2004 – 2006)”*; *“Aborto voluntario: vivencias, significados y opiniones de varones de diferentes niveles educativos y generaciones (2006 – 2008)”* y avances de la investigación en curso *“Los servicios de salud frente al aborto voluntario. Opiniones y vivencias de los profesionales de la salud”*, iniciada en abril de 2009.

En Uruguay el aborto es considerado un delito siempre por la ley vigente N° 9763 de 1938, cuya pena puede ser atenuada o eximida por el Juez ante determinadas causales, siempre y cuando haya sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer, donde el plazo es mayor<sup>1</sup>.

Los más de 70 años de vigencia de esta ley han demostrado su ineficacia. Por un lado, el aborto inducido es una práctica extendida en el país<sup>2</sup>. Sin embargo, se han registrado muy pocos procesamientos por el delito de aborto en comparación a las estimaciones disponibles y los casos de procesamientos existentes remiten casi exclusivamente a situaciones de lesión grave o muerte de las mujeres involucradas. Por otro lado, nunca se implementaron las condiciones para habilitar el acceso a servicios de salud que practicaran abortos dentro de las causales establecidas por la ley, entre otras razones porque la tipificación del aborto como delito siempre y la ambigüedad para habilitar los atenuantes y eximentes de la pena, la hicieron in-implementable (Dufau, 1989). Se podría afirmar que esta ley punitiva lo único que ha promovido es la práctica clandestina del aborto, realizada en condiciones de

1 Las eximentes que establece la ley son cuatro: violación, honor de la familia, angustia económica y riesgo de vida y salud grave de la mujer.

2 Si bien no se dispone de estimaciones actualizadas, la última estableció 33.000 abortos para el año 2002 en un país con 48.000 nacidos vivos para ese mismo año (Sansevierio, 2003)

riesgo con impacto directo en la salud y la calidad de vida de las mujeres. La criminalización del aborto no parecería tener como principal objetivo la reducción de la práctica, sino el condicionamiento y la generación de un clima de condena afianzado en una doble moral con la correspondiente culpabilización y juzgamiento social de las mujeres que dan evidencia de haber practicado un aborto.

A partir de 1985, con la recuperación de la democracia en el país (1973 – 1985) el debate social y político sobre la despenalización del aborto, adquiere densidad e intensidad. El hecho de que se hayan presentado seis proyectos de ley a nivel parlamentario en los últimos 23 años (entre 1985 – 2007) da cuenta del interés por adecuar la norma a la realidad social de la práctica. El resultado del tratamiento legislativo en cada uno de los proyectos presentados tiene varias lecturas posibles, en las que se perfilan o se transparentan razones de negociación política, intereses electorales y la influencia de poderosos sectores preocupados por mantener el status quo<sup>3</sup>. A pesar de que no se han producido aún modificaciones al marco legal, el debate social sobre aborto se ha mantenido en la agenda, con períodos de alta intensidad y con un creciente número de voces que se posicionan a favor a la despenalización (Abracinskas y López Gómez, 2008; López Gómez y Abracinskas, 2009).

El involucramiento activo de diversos actores y de la ciudadanía en este debate está atravesado por las tensiones inherentes a los procesos de transformación cultural profunda que vive una sociedad. Algunos indicadores de ese proceso son los resultados de las encuestas de opinión pública que sobre la despenalización del aborto se realizan en el país desde 1990. El cambio en el posicionamiento de la opinión pública es notable en los últimos años. De porcentajes de aceptación del 25 % al derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo hacia fines de los 80's, a porcentajes que alcanzan el 63 % en el año 2004 y que se mantienen estables en las mediciones más recientes (Bottinelli, 2010).

La persistencia de la problemática social de la práctica ilegal del aborto voluntario con sus consecuencias en riesgos de salud, riesgos de vida, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que impone la clandestinidad, son asuntos que progresivamente han adquirido

---

<sup>3</sup> El último de los proyectos de ley "Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva" fue aprobado integralmente por el Parlamento nacional y fue vetado por el Poder Ejecutivo en sus capítulos II, III y IV, precisamente aquellos que regulaban la práctica del aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación y luego de ese plazo en determinadas circunstancias. La ley finalmente promulgada N° 18426 (2/12/2008) es un marco general sobre salud sexual y reproductiva que no modifica la ley vigente sobre aborto.

visibilidad y consideración pública. El aborto ha salido del dilema de la práctica privada para colocarse como un asunto social, sanitario y político de relevancia para la convivencia democrática (López Gómez y Abracinskas, 2004, 2007, 2007b; López Gómez y Abracinskas, 2009; Carril y López Gómez, 2008, 2009; Sanseviero, 2003; Briozzo, 2003, 2007).

Los avances producidos en los últimos años en la calificación del debate público y la ampliación de la base social; la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda social y política del país; la aprobación de la normativa sanitaria para la disminución del riesgo del aborto inseguro (ordenanza 369, Ministerio de Salud Pública, 2004); la progresiva inclusión de prestaciones en salud sexual y reproductiva en la práctica de los servicios; así como el fortalecimiento de alianzas entre distintos actores, conforman un escenario propicio para ir consolidando respuestas institucionales de mayor integralidad a problemáticas complejas que no se pueden abordar desde perspectivas simplificadoras.

Durante mucho tiempo, los servicios de salud en Uruguay no incorporaron en sus prestaciones la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto inducido. Si bien se asistían las complicaciones post – aborto, los procedimientos y las reacciones de los servicios y de los profesionales actuantes variaban notablemente, en la medida que no existían normativas sanitarias ni guías clínicas que orientaran sus prácticas. Prevalció el silencio y el ocultamiento impuesto por la ley que rige en el país y en la medida que la misma nunca fue reglamentada los servicios de salud no tenían indicaciones claras acerca de cómo proceder ante estas situaciones, ni tampoco estaba delimitado el alcance de su intervención. El tipo de atención y trato a las mujeres quedó sujeto a la actitud individual del profesional actuante. Así lo ilustró un estudio realizado en 2002 en el cual se afirmaba que la intervención dependía del marco valorativo y la sensibilidad de cada profesional y de las posibilidades subjetivas de cada mujer de solicitar el apoyo necesario. En este punto, la investigación concluía que la realidad del aborto practicado en condiciones de riesgo quedaba *“ubicado en el plano de las éticas individuales y las entrevistas realizadas a los profesionales dan cuenta de una diversidad de posicionamientos al respecto”* (López Gómez et al, 2003: p. 68).

En el año 2004 y en el contexto de debate parlamentario, el Ministerio de Salud Pública aprobó la Ordenanza N° 369 que consagra la normativa sanitaria “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, elaborada por médicos integrantes de las Clínicas de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República con el

aporte de otros profesionales de la salud y las ciencias sociales y de organizaciones feministas. La normativa reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado de contar con información y orientación para la toma de decisión respecto a ese embarazo (atención pre aborto), así como atención integral y de calidad (incluyendo apoyo psicológico y orientación anticonceptiva) en el post aborto inmediato.

A pesar de ser una respuesta institucional de carácter nacional que aplica a todo el sistema de salud, la misma no se ha implementado en la mayoría de los servicios de salud públicos y privados<sup>4</sup>. Es escasamente conocida por las mujeres usuarias y si bien los profesionales de los servicios, en general la conocen, poco la aplican, según lo reportan los informes anuales 2008 y 2009 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Los resultados obtenidos a través del Observatorio permiten identificar algunas de las barreras que operan para la no implementación de la normativa en los servicios (MYSU, 2008, 2009).

En tanto medida para la reducción del riesgo de aborto inseguro, esta disposición ministerial permite a los servicios de salud intervenir en el *antes* y en el *después* del aborto inducido. Al permitir actuar en los márgenes de la ley (dado que el aborto inducido está tipificado como delito en el Código Penal) los servicios de salud y sus profesionales se limitan – en el mejor de los casos – a dar la información – y orientación – pero no más allá de ello. Por su parte, las mujeres pueden obtener información técnica en el servicio, pero deben recurrir a los circuitos clandestinos para acceder a la práctica ya sea ésta mediante misoprostol o mediante aborto quirúrgico. Se podría señalar que estas limitaciones de la intervención sanitaria tienen como contracara su contribución a revertir el desvinculo histórico entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto inducido.

En un contexto de ilegalidad de la práctica del aborto, las estrategias sanitarias para la disminución del riesgo por aborto inseguro son una oportunidad para contribuir a la transformación del modelo asistencialista y paternalista de los servicios de salud, así como al empoderamiento de las mujeres en el fortalecimiento del ejercicio de derechos. Si bien el cometido principal de estas estrategias está centrado en la reducción del daño y de la mortalidad materna, su implementación tendrá mayor impacto en la medida que incorpore un enfoque de derechos reproductivos y de género. Si así no fuera, será extremadamente complejo que los profesionales puedan transformar el

---

4 Desde 2008, la normativa consagrada en la ordenanza 369 del MSP está incluida en la Ley 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

sentido moralista que impregna sus intervenciones en el campo de la reproducción, en pro de un abordaje que promueva la ética de la autonomía y la autodeterminación de las mujeres (Carril y López Gómez, 2008).

Las limitaciones reseñadas confirman que para avanzar en la promoción, respeto y generación de garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, se debe adecuar la legislación restrictiva de aborto a una que reconozca a las mujeres como ciudadanas capaces de tomar decisiones éticas sobre su vida sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, este marco normativo deberá otorgar un adecuado sustento para la intervención profesional en este terreno<sup>5</sup>.

### **Servicios de salud y modelo materno infantil: un campo en de-construcción.**

Los enfoques integracionistas y desarrollistas que caracterizaron el decenio de la mujer (NNUU1975-1985) marcaron y hegemonizaron el terreno de la definición de políticas y programas dirigidos a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su contribución al desarrollo de los países. Este enfoque, denominado por algunas teóricas (Moser, 1991; Young, 1991) como Mujer en el Desarrollo (MED), tuvo su traducción en el campo de las políticas de salud, al enfatizar la contribución relevante que las mujeres realizaban a la salud de la población, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar y responsable de las tareas y de la atención en el ámbito de lo doméstico (De los Ríos, 1993).

El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos. El MED es el marco que ha sustentando el modelo materno infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista dirigidos a las mujeres pobres, cuya finalidad principal se ha centrado en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al binomio madre- hijo. Binomio centrado en la figura de la mujer en tanto madre y en la figura del niño/a en tanto hijo, estando ausente en esa relación la participación del varón en el ejercicio de la reproducción y la paternidad.

Históricamente, los servicios de salud de atención a mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio, no incorporaron estrategias de transformación de las condiciones que generan o que refuerzan la subordinación por género. La experiencia acumulada y los avances en el terreno de la investigación so-

<sup>5</sup> La nueva Legislatura que asumió en febrero de 2010 deberá procesar un nuevo debate y búsqueda de solución jurídica a la problemática.

bre prácticas, necesidades, acciones y políticas en salud, han abierto nuevas perspectivas, generando conocimiento que permite orientar la atención a la salud de las mujeres desde otros enfoques (de Francisco, 2007). Las políticas y servicios de salud están desafiados a incorporar y atender -con criterio de transversalidad e integralidad- las necesidades estratégicas de género que buscan subvertir el orden jerárquico que coloca a las mujeres en posición de subordinación y como sujetos tutelados.

El enfoque Género en el Desarrollo (GED) que comenzó a construirse como nuevo paradigma hacia la década de los 80, permitió ubicar el papel central de la producción de salud y su atención institucional desde un enfoque de equidad de género. La identificación y análisis de-constructivo de los sesgos que sustentan el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud, en particular aquellos referidos a diferentes jerarquías sociales (género, clase, raza – etnia, orientación sexual y edad) ha posibilitado la visibilización tanto de las relaciones de poder entre mujeres y varones y su impacto en la salud, como en la relación médico-paciente y al interior de los equipos de salud (Burke y Eichler, 2007).

Desde el enfoque GED se ha realizado una significativa contribución al análisis del cuerpo de las mujeres como campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género, en particular cuando se trata de la sexualidad y las decisiones reproductivas. Concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, sociocultural, histórico, político, subjetivo 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 prácticas de las profesiones involucradas.

El paradigma de la salud sexual y reproductiva reconocido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Cairo en 1994 (Naciones Unidas, 1994), basado en criterios de género, equidad, integralidad y derechos, interpela los marcos interpretativos que han prevalecido en los servicios de salud y en las prácticas profesionales. Al promover transformaciones culturales profundas, trastoca los modelos mentales que han sostenido la formación y las prácticas profesionales, así como el diseño de las políticas públicas y los servicios. La deconstrucción ideológica y práctica del modelo tradicional materno infantil –que ha reinado la oferta de servicios de salud hacia las mujeres, así como organizado las prácticas profesionales– exige desandar la ecuación 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. El proceso de garantiza-

ción, protección, respeto, apropiación, ejercicio y defensa de los derechos sexuales y de derechos reproductivos como derechos humanos, dependerá fundamentalmente de la legitimación y reconocimiento social de estos derechos y de la generación de las condiciones (sociales, culturales, subjetivas, políticas) para su pleno ejercicio. En tal sentido, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática, en la medida que se refieren al *poder* de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva y a la disponibilidad de *recursos* (simbólicos y materiales) para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Para poder ejercer estos derechos con igualdad debe estar garantizada la *libertad* de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de *justicia* para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos) (Correa y Petchesky, 1994).

## Aborto voluntario y servicios de salud

La incorporación de la perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos en la práctica de los servicios de salud constituye uno de los desafíos más relevantes en el cambio de modelo de atención y genera una serie de tensiones que vienen siendo documentadas en la investigación nacional y regional desde hace - por lo menos - quince años.

La relación de los profesionales de la salud - del personal médico en particular- con el aborto inducido, es un tema explorado en la agenda de investigación en América Latina. En 1994, González de León desarrolló un estudio sobre los médicos y el aborto en México y reportó que la mayoría de los profesionales e instituciones de la salud mantenían una posición conservadora y reservada frente al tema, a pesar que lo consideraban un importante problema social y de salud pública (González de León, 1994; González de León y Salinas, 1995). En 1995, una investigación realizada en servicios de salud de Capital Federal y Gran Buenos Aires (Argentina) reportó que la actitud de los profesionales variaba de un servicio a otro y aún entre los médicos de diferentes guardias de un mismo hospital. En todos los casos se trataba de resolver el problema de emergencia de salud, pero la relación hacia la usuaria oscilaba desde la indiferencia hasta la violencia física y/o psicológica. Según este estudio, la relación médico - paciente estaría enmarcada por la desconfianza y la presunción de que la mujer en situación de aborto miente, lo cual generaría que los profesionales apelasen a su experiencia empírica

para discriminar si el aborto fue espontáneo o provocado. Según la autora: *“el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad”* (González, 1995: p. 167-197).

La pertenencia a uno u otro sexo y su incidencia en las valoraciones, percepciones y actitudes de los médicos, fue analizada por Gogna, Ramos et al (2001) en un estudio sobre la perspectiva de los médicos acerca de la anti-concepción y el aborto. Las autoras reportaron diferencias significativas en las opiniones de varones y mujeres que abonan la discusión sobre las posibles implicancias de la feminización de la ginecología y la obstetricia sobre la práctica médica, así como una mayor permeabilidad a la perspectiva de derechos reproductivos en las profesionales mujeres. A su vez, señalan que las instituciones y los profesionales de la salud han sido actores controvertidos en el debate sobre la despenalización del aborto, en el cual, sin embargo, ocupan un lugar privilegiado al mediar en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya sea por actuar activamente o por omisión.

Según los resultados de una revisión realizada sobre estudios en el tema, Faúndes y Barzellato (2005) apuntan que una gran proporción de mujeres que se enfrentan a embarazos no deseados o no planificados son prácticamente invisibles para la mayoría de los obstetras, siendo la complicación post aborto la única interacción que numerosos especialistas asumen frente al tema ante la cual se observa que la condena moral es la primera reacción.

En el marco de un proyecto más amplio, Erviti, Sosa y Castro (2006) estudiaron las percepciones y actitudes del personal médico en México frente al aborto voluntario, encontrando que los profesionales no pueden dejar de fluctuar entre un discurso clínico y uno normativo, desprendiéndose en este último la marca de los estereotipos dominantes de género que ofician como fundamentos para explicar su práctica y la de sus pacientes. Los autores señalan que en la indagación clínica que realizan los médicos ante situaciones de embarazos no planificados o complicaciones de aborto:

*“se desliza un tono amenazante, intimidatorio, que bajo la apariencia de un recurso estrictamente clínico (y que puede, efectivamente, ser vivido así por muchos médicos), reproduce, con su mera formulación, un conjunto de prácticas normativas destinadas a “llamar al orden” a quienes se han salido de él”* (Erviti, Sosa y Castro 2006: p. 637-665).

Desde una perspectiva bioética, en la relación médico - paciente se privilegia el principio ético de “no dañar” como una obligación primaria (principio de no maleficencia) por sobre el de “beneficencia”, principio que ha regido la ética médica desde el juramento hipocrático. Este principio que se sustenta en la obligación del médico de actuar siempre en bien del paciente, ayudarle a recuperarse y mantener su salud física o psíquica, ha sufrido un giro. En los últimos años, ha ganado legitimidad la idea de que quien debe decidir el bien para el paciente, es el propio paciente (Rotondo, 2007). Esta posición se contradice con el modelo paternalista que ha caracterizado tradicionalmente la relación médico-paciente y que se expresa también en otros profesionales de la salud. Algunos autores han demostrado que en las interacciones cotidianas que se establecen entre prestadores de servicios y usuarias, las conductas de los profesionales de la salud, están mediadas por procesos de etiquetación de las usuarias en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991, citados por Erviti, Sosa y Castro, 2006).

El estudio cualitativo en base a entrevistas en profundidad a mujeres que vivieron la experiencia del aborto voluntario que hemos realizado durante los años 2004 y 2007 en Montevideo<sup>6</sup>, permitió observar que las mujeres recibieron diferentes respuestas de los servicios de salud a los que acudieron con embarazos no deseados o con abortos incompletos. Según relataron estas mujeres, algunos profesionales las trataron con respeto, lo cual generó alivio y tranquilidad. En otros primó la censura y la condena promoviendo el surgimiento de sentimientos de culpa y malestar emocional en las mujeres. Si bien no todas ellas habían estado expuestas a prácticas inseguras de aborto (desde el punto de vista biomédico) significaron la experiencia como violenta siendo la clandestinidad la que produce este efecto, instalándose ya no como dato de contexto sino como texto que determina el proceso (Carril y López Gómez, 2008, 2009).

Decidir realizarse un aborto es una decisión vital significativa y como tal, no está exenta de contradicciones y ambivalencias. El contexto de ilegalidad determina que ese proceso tenga características particulares. Las respuestas emocionales, entre ellas el alivio, el malestar o el sufrimiento psíquico, que las mujeres experimentan frente a un aborto voluntario, requieren de un análisis que incluya la dimensión inconsciente. El cuerpo se impone a mujeres y varones emitiendo mensajes continuos que la psique deberá tramitar,

---

6 Carril y López Gómez, “Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización.” Proyecto I + D, realizado con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2004 – 2007).

ya que todo placer o sufrimiento asentado en el cuerpo tiene una expresión psíquica y viceversa. Representaciones conscientes e inconscientes que dan forma a otra dimensión del cuerpo, el cuerpo subjetivo. El cual no es solamente huella de la experiencia corporal directa, sino que se entreteteje con las que imponen los discursos sobre el cuerpo, creando una compleja trama fantasmática entre la fuerza del soma y la de la cultura, poderosa fuerza que imprime valores, restricciones, imperativos. Este cuerpo subjetivo, es también el cuerpo que se expresa en la experiencia del aborto.

Al separar mediante el acto, sexualidad y reproducción, el aborto moviliza en las personas implicadas (y en la sociedad en su conjunto), las representaciones que se tienen sobre el cuerpo, la maternidad, la sexualidad y la moral sexual que rige para el universo femenino. El modelo hegemónico de sexualidad femenina (altruismo, heterosexualidad, maternidad como instinto, fidelidad, amor romántico, entre otras características) que ha sido productor y rector de modalidades de vivir la sexualidad en mujeres y varones, ha tenido fisuras a pesar de su alta eficacia simbólica. Estas se pueden observar en prácticas sexuales y reproductivas diversas (entre ellas el aborto voluntario), que lo desdican y confrontan. A pesar de ello, el modelo no deja de operar en la subjetividad de unas y otros, generando malestar y sufrimiento.

Esta situación atraviesa las prácticas de los servicios de salud y de sus profesionales. El imperativo sexual para las mujeres, la penalización del aborto como reflejo del mismo y la práctica clandestina del aborto voluntario como expresión de desacato, operan no sólo en la subjetividad de las mujeres sino también en los profesionales que las asisten.

Cuando una mujer llega a un servicio de salud con un aborto incompleto o con un aborto con complicaciones, la atención que reciben - en la medida que no existen claras indicaciones desde el servicio de salud - depende del profesional actuante. Someterlas a esperas innecesarias, ubicarlas en salas junto con mujeres recién paridas o el rezongo, son prácticas que reportaron las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, el uso del legrado sin anestesia como método evacuador es otro indicador del maltrato institucional.

La distancia interpuesta por los profesionales ante el dolor físico y subjetivo que puede sentir una mujer luego de haber utilizado misoprostol ilustra lo difícil que puede resultarles a los profesionales colocarse en el lugar del otro. Las vivencias en el cuerpo que produce el aborto con medicamento, no necesariamente coinciden con lo que se supone se debe sentir, desde el punto de vista médico. Es que el cuerpo biológico es una cosa y el cuerpo subjetivo

es otra; si bien están intervinculados, remiten a dimensiones diferentes y necesariamente distinguibles. El cuerpo es una unidad compleja, integral y multidimensional. Se produce en el escenario de relaciones sociales, culturales, políticas y afectivas en un tiempo histórico, a partir de la materia basal que constituye el organismo. Por ello, no se puede pensar ni sentir el cuerpo de forma aislada, sin relacionarlo con estas condiciones y las trayectorias biográficas que determinan el devenir de cada sujeto. En el espacio corporal, se encuentra grabada la historia personal y social, las marcas de los estereotipos, mandatos y normativas sociales que acompañan las socializaciones de género y de clase. Esto determina, en buena medida, las diferentes vivencias y experiencias de las mujeres que han usado misoprostol para interrumpir un embarazo. Los profesionales parecerían disociar ese cuerpo biológico del cuerpo subjetivo cuando se enfrentan al dolor que relatan las mujeres. Desde su lugar, ¿lo pueden comprender realmente?

En la articulación persona – rol profesional<sup>7</sup> se ponen en juego de manera compleja las trayectorias biográficas, las ideologías, las creencias y valores de la persona junto con la implicación<sup>8</sup>, la formación técnica, las relaciones jerárquicas, el mandato social y las expectativas de desempeño en el campo profesional específico pero también con el escenario sociohistórico en el cual se inscribe su intervención. Cabe preguntarse ¿cómo se combinan estas dimensiones en cada profesional actuante para producir reacciones de rechazo, indiferencia y/o empatía ante una mujer que abortó voluntariamente?

La expresión reiterada “*Te felicito, ¡estás embarazada!*”, que relataron las mujeres como respuestas de profesionales que las atendieron ante la constatación del embarazo, ¿da cuenta de lo impensable que puede resultar incluir el no deseo de hijo como posibilidad? La naturalizada ecuación embarazo = felicidad = felicitación ¿debe entenderse como un “punto ciego” (un impensado) en la práctica profesional de la salud? En estas situaciones ¿cómo resuenan en la subjetividad de los profesionales, en sus elecciones e historias de vida, las de sus pacientes? ¿Qué hacen (subjetivamente hablando) con lo que les devuelve la realidad de sus pacientes?

Ello podría ayudar a comprender por qué rara vez se les pregunta a las mujeres cómo se sienten, cómo se produjo el embarazo, si fue buscado, si intervino

7 Noción acuñada por Rothman A. y Vilaseca G., 2001.

8 Desde la perspectiva del Análisis Institucional postulado por René Lourau, implicación es un concepto que refiere al conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el actor mantiene con la institución, con el sistema institucional y con los actores entre sí. Al decir de Lourau: “(...) el conjunto de las relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional. La segmentaridad y la transversalidad actúan en el sentido de especificar y modificar las implicaciones de cada uno de ellos, mientras que la ideología procura uniformarlos” (1975: 270).

el azar o si fue consecuencia de una situación de violencia. Habitualmente, el origen del embarazo queda silenciado, salvo que sean las propias mujeres quienes lo pongan en palabras. No es menor el dato sobre el origen. De ello dependerá, en buena medida, el posicionamiento subjetivo frente al embarazo y la futura maternidad en esa mujer concreta.

Cuando el embarazo no es deseado, las felicitaciones resuenan como una ironía en los oídos de las mujeres. Así lo vivió Celia, quien ya había sido felicitada por un ginecólogo de guardia al llevar el resultado del análisis. Se le indicó una consulta con un ginecólogo de policlínica, a la que accedió. Mientras era revisada por el médico, éste le preguntaba a la enfermera cuál había sido el resultado de un análisis hecho el día anterior a otra paciente. La enfermera entonces le dijo: *“Ay, contentísima, estaba embarazadísima, saltaba de la alegría, gritaba, llamaba por teléfono a toda la familia para que viniera”*. Mientras, Celia *“piraba”*<sup>9</sup>. Por tratarse de una mujer fuerte, directa y consciente de sus derechos como paciente, los interpeló: *“Miren que yo no estoy contenta así que les pido por favor que encaren ¿no?”*.

Pero no todas las mujeres tienen las mismas condiciones de posibilidad de expresión que tuvo Celia. En general, frente a los profesionales, las mujeres no expresan directamente el malestar por ese embarazo ni su deseo de interrumpirlo. En esta autocensura se reconoce el efecto de una doble trasgresión: el no deseo de hijo y la voluntad de abortar. Sentimiento y acción que se sancionan socialmente a través de diferentes pero eficaces leyes: una moral, la otra jurídica. Esta doble sanción, es transmitida de manera explícita o implícita por parte del personal de salud, aumentando la angustia y –cuando existe– la ambivalencia y la culpa.

Otro ejemplo de lo que genera en los profesionales la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto se puede observar en la manera como proceden ante la indicación de ecografía como parte de la atención<sup>10</sup>. Este estudio puede estar médicamente justificado pero puede ser emocionalmente contraproducente para la mujer. Algunos ecografistas van mostrando el embrión a través del monitor y las mujeres se esfuerzan en disimular sus sentimientos. Como nos dijo Noelia: *“yo miraba para otro lado, pero él insistía y me mostraba, yo trataba de hacerle así (alude a que asentía con la cabeza) porque ¿qué le voy a poner? ¿Cara de qué? Trataba de disimular.”* Noelia

---

9 Término que proviene del Lunfardo y de uso frecuente en expresiones juveniles en el Río de la Plata: *pirado*: loco.

10 La indicación de ecografía forma parte de las Guías Clínicas de la atención pre aborto establecida en la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública (2004).

no quería ese embarazo pero aún segura de la decisión tomada, no fue fácil para ella enfrentarse a la imagen que le devolvía el monitor: *“me dio un poco de impresión cuando me mostraron el corazón como latía, ahí quedé como medio angustiada, impactada. Hubiera preferido no ver nada”*.

Por su parte, Amelia relató la misma reacción. Ella creía que el misoprostol había tenido efecto, pero cuando se hizo una ecografía se enfrentó a la realidad de que el embarazo seguía su curso. También debió enfrentar el entusiasmo de la ecografista cuando le confirmó que estaba embarazada: *“y ahí”* dijo Amelia, *“monitores enfrente a mi cara, ahí me enfrentan, ese fue como el primer enfrentamiento así a... estás embarazada ¿no? hay algo que crece adentro tuyo”*.

Otro relato lo aportó Shirley quien buscó asesorarse a través de diferentes vías cuando constató que estaba embarazada. Sentía que recibía información contradictoria y esto la ponía más ansiosa y le preocupaba. Por ello, decidió ir al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)<sup>11</sup> en búsqueda de asesoramiento. Lo hizo con cierto temor a ser censurada, esperando *“un sermón”* porque otras mujeres le habían dicho que en el hospital *“primero intentaban persuadirte para que no lo hicieras...”*. Sin embargo, se encontró con un profesional que la escuchó y para su desconcierto, no recibió los temidos rezongos. Le indicaron un análisis de sangre para saber el tipo de RH, una ecografía para saber el estado del embarazo y la edad gestacional y le recomendaron en caso de abortar, que se realizara una nueva ecografía post evento de modo de confirmar que el procedimiento hubiera sido completado. Shirley no aceptó hacerse la ecografía previa y tuvo sus motivos: *“no, ecografía antes no me voy a hacer, porque si lo veo, no me lo saco”*.

María de 49 años, profesional y con una hija, se había hecho tres abortos. El primero cuando era muy joven y aún no había tenido a su hija. Los otros dos, en los últimos diez años. En su caso, el portavoz del cuestionamiento moral fue su psicoterapeuta. María no se esperaba esa respuesta, por el contrario, buscaba la comprensión y el apoyo profesional. Recordando la situación, reflexionó: *“la censura al aborto no es solamente de los católicos, ni de los cristianos, ni de la religión, es censura desde el prejuicio, pienso que se trata de cosas muy profundas, (...)”* María aludió así a un tema clave: los posicionamientos sobre el aborto no reposan sólo en ideas sino en concepciones profundas que también atraviesan los enfoques que sustentan las prácticas “psi”<sup>12</sup>.

11 El Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) ha sido pionero en la implementación de la Ordenanza 369.

12 Refiere a aquellas que se desarrollan desde la psicología y la psiquiatría.

En muchas ocasiones, las intervenciones técnicas en el campo de la sexualidad y la reproducción, encubren valoraciones morales, detrás de un supuesto abordaje profesional. Lejos de la neutralidad necesaria y de una ética por la autonomía y la autodeterminación de las personas para tomar sus propias decisiones, este tipo de intervenciones “moralizantes” provienen de posiciones ideologizadas, paternalistas e infantilizadoras, generando o reforzando el malestar en lugar de colaborar en su dilucidación, elaboración y alivio. Su análisis exige un trabajo de elucidación<sup>13</sup>, es decir de deconstrucción y reconstrucción al interior de cada campo disciplinario y de cada profesión, de cuales son los supuestos ideológicos y éticos y las condiciones socio-históricas que posibilitaron y sostienen sus producciones teóricas y sus dispositivos tecnológicos, en lo que al abordaje de la sexualidad y la reproducción se refiere.

En otro estudio cualitativo que desarrollamos con varones montevidEOS de diferentes edades y niveles educativos durante 2006 y 2008<sup>14</sup>, con el cometido de conocer los significados y vivencias sobre el aborto inducido, fue interesante observar cómo algunos varones (especialmente aquellos de edades avanzadas y con estudios terciarios) cuestionaron espontáneamente el lugar social que se le asigna y que se espera ocupe el profesional médico ante las situaciones de embarazo no deseado. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, estos varones cuestionaron que fueran otros - a quienes denominaron “*intermediarios de la verdad*” - y no la propia mujer, quienes tuvieran la potestad de definir si ese aborto es aceptable o no aceptable. Este lugar de “intermediario de la verdad” sería encarnado por “personajes” que, por su jerarquía social tienen el poder (real o imaginario) de influir en el curso de determinados acontecimientos vitales. Son los productores de sentido, es decir aquellos actores que generan discursos de alta eficacia política y simbólica y que juegan un papel relevante en la producción de significados y discursos sobre sexualidad y sobre trayectorias reproductivas socialmente esperadas. Aquellos que Barrán (1990) definió -en su historia de la sensibilidad en el Uruguay- como agentes represores, figuras sociales cuya palabra produce efectos notables en la subjetividad de las personas (maestros, médicos, padres, curas, policías).

Con el antecedente de los dos estudios referidos, desde 2009 estamos conduciendo una investigación específica sobre servicios de salud y aborto indu-

---

13 En el sentido de Castoriadis: pensar lo que se hace y saber lo que se piensa.

14 López Gómez, A.; Carril, E. “Aborto voluntario: significados y opiniones en varones de distintas edades y niveles educativos”, realizado con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2006 - 2008).

cido<sup>15</sup>, en base a un diseño cualitativo centrado en profesionales de la salud que actúan en el subsistema público y privado. Se busca conocer los significados atribuidos a las situaciones de aborto voluntario y las representaciones sociales sobre las mujeres que abortan; conocer los marcos interpretativos y éticos que sostienen las prácticas y los dispositivos técnicos y analizar los posicionamientos subjetivos e ideológicos de los profesionales de la salud tomando en cuenta el tipo de profesión y el sexo. Se plantea también identificar barreras (institucionales, culturales, subjetivas) para un abordaje integral en los servicios de salud de las situaciones de aborto voluntario y, analizar en qué medida y cómo los profesionales incorporan en su discurso la perspectiva de derechos reproductivos.

Este estudio nos permite colocar el foco en la relación entre profesionales de la salud y derechos reproductivos de las mujeres en situación de aborto voluntario. El hecho de incluir en la muestra teórica a profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y parteras que actúan en los servicios de salud públicos y privados, favorece un acercamiento al problema de estudio desde la configuración de las distintas profesiones. Más allá de la centralidad que ocupa la Medicina como profesión reina en los servicios de salud, recuperar la palabra de otros profesionales que integran los equipos de salud, favorece un análisis de mayor complejidad acerca del papel que juegan las distintas profesiones en el campo sanitario ante estas situaciones. Si bien aún no disponemos de un análisis detenido del material de campo, sí podemos señalar algunas cuestiones emergentes.

Por un lado, los significados asociados al aborto voluntario y al rol profesional estarían delimitados fundamentalmente por tres dimensiones: el rol y la naturaleza del campo profesional; la biografía personal y el sexo-género del profesional. Los profesionales de enfermería y psicología tienen un posicionamiento ideológico y subjetivo más permeable al reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres que los profesionales de medicina y parteras. Son las mujeres quienes tienen más capacidad humana de desarrollar empatía ante las situaciones de aborto voluntario y, especialmente aquellas que han vivido personalmente la experiencia, tienen mejor posibilidad de establecer rapport con las mujeres que consultan.

Por otro lado, parecería predominar en los profesionales médicos una visión sobre el aborto voluntario como un acto que - irremediabilmente - deja se-

---

15 López Gómez, A., Carril, E. Los servicios de salud frente al aborto voluntario. Significados y perspectivas en profesionales de la salud de distintas profesiones" con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2009 a la fecha).

cuelas psicológicas en las mujeres. A pesar que la evidencia disponible señala que ello depende de las circunstancias, los motivos y las condiciones en las cuales tuvo lugar la decisión, los profesionales hacen un deslizamiento de sentido. Los sentimientos de tristeza o de angustia que pueden expresar las mujeres ante la toma de la decisión o en el post aborto inmediato son interpretados como efecto traumático duradero. Surgen entonces algunas preguntas ¿es posible para estos profesionales comprender que éstos son sentimientos esperables ante una decisión vital difícil? ¿Por qué se les atribuye un signo negativo asociado a un trauma psíquico irreparable? Si bien estas consideraciones ameritan un mayor análisis, constituyen las primeras hipótesis sobre las que deberemos trabajar en profundidad.

## **A modo de conclusión**

El cambio en el modelo hegemónico de atención de corte materno infantil que ha reinado en los servicios de salud, hacia uno que integre y promueva los derechos sexuales y reproductivos, implica transformaciones profundas en los sustentos conceptuales, ideológicos y éticos y en las lógicas que rigen la práctica de profesionales de la salud. La incorporación del enfoque de derechos supone desandar un recorrido que ha colocado a las mujeres como objetos de la atención sanitaria (pacientes o usuarias) muy distante de su reconocimiento como sujetas de derechos y ciudadanas con capacidades plenas.

La relación sanitaria entre profesional y mujer usuaria, se basa en una ecuación saber - poder, que hace de esta relación jerárquica, un vínculo complejo atravesado por determinantes de clase y género. Uno de los dispositivos de control social de mayor eficacia simbólica ha sido el ejercido por la Medicina con el cuerpo de las mujeres, mediante el disciplinamiento de la sexualidad y la reproducción, a través de su medicalización (Barrán, 1990, 1992, 1995), incluida la medicalización del deseo.

Los servicios de salud y sus profesionales, durante mucho tiempo, han renegado la alta incidencia de la práctica del aborto inducido y los efectos de la clandestinidad en la vida y la subjetividad de las mujeres. El sector salud en su conjunto tuvo dificultades en asumir que estaba, por lo menos, frente a un problema de salud pública. El incremento de la muerte de mujeres por aborto inseguro en el año 2002, hizo salir del clóset a un sector (el sanitario y en particular el médico) que hasta ese momento se había mantenido al margen del debate social y político que transitaba Uruguay. Si bien el marco legal que penaliza el aborto sigue vigente en el país, existen normativas sanitarias

desde 2004, que permiten la actuación de los servicios y profesionales de la salud para prevenir abortos inseguros.

La débil voluntad política por parte de la autoridad sanitaria y de las direcciones de los servicios de salud para su aplicación ha hecho que la normativa sea poco conocida por las mujeres y escasamente implementada por los profesionales, hasta el momento. En los casi seis años que lleva desde su aprobación, esta normativa se implementa en pocos servicios y se han detectado barreras de tipo institucional, socio-cultural y subjetivo-ideológico que operan inhibiendo su puesta en práctica. Estas mismas barreras funcionan como obstáculos para la transformación del modelo materno infantil y la inclusión de los derechos reproductivos en distintos componentes de la atención a la salud de las mujeres.

Para incorporar la normativa a la prestaciones que brindan los servicios de salud se requiere el desarrollo de estrategias claras por parte de la autoridad sanitaria sobre la importancia de su implementación, la fiscalización de su cumplimiento en base a parámetros de calidad de atención, la formación de los recursos humanos en salud y derechos sexuales y reproductivos y la divulgación amplia a la ciudadanía de la existencia de este recurso que les garantiza el derecho a ser atendidas y apoyadas en caso de situaciones de embarazo no deseado y aborto voluntario. Si bien la normativa tiene las restricciones que impone el marco legal vigente y solamente permite la intervención del servicio de salud en el antes y el después del aborto, su existencia es un paso importante para minimizar riesgos y para preparar a los servicios de salud ante un cambio legal que habilite la realización de abortos institucionales por sola voluntad de la mujer.

En la medida que este cambio legal no se produzca y el aborto se siga resolviendo en la clandestinidad, los servicios de salud y los profesionales que en ellos actúan deberán convivir con las tensiones legales que supone atender a mujeres en estas situaciones. La normativa brinda un marco que permite tender un puente hacia las mujeres en situación de aborto. Si bien esta respuesta del sistema es insuficiente, podría contribuir a transformar los criterios que han regido la práctica sanitaria, al colocar en el centro de la atención el derecho de las mujeres a acceder a información técnica para tomar sus decisiones; contribuyendo a desarticular el lugar de “intermediarios de la verdad” en que los profesionales de la salud han quedado ubicados, cuando se trata del aborto y las decisiones reproductivas de las mujeres.

## Referencias

- Abracinskas, L., López Gómez, A. (2008). Social and political debate on abortion in Uruguay. *IDS Bulletin, Unsafe Abortion: a development issue*. London 39 (3).
- Abracinskas, L. (ed.). (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. (2007b). Problemas complejos, intervenciones integrales. Aborto inseguro, mortalidad de mujeres, reducción de riesgos y daños y ejercicio de derechos. En: Briozzo L. (ed). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.
- Abracinskas, L. (2004). *Mortalidad Materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Montevideo: MYSU – DAWN.
- Barran, J.P. (1990). El disciplinamiento. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 2. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Barran, J.P. (1992). El poder de curar. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Barran, J.P. (1995). La invención del cuerpo. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Bottinelli, O. (2010). La opinión pública frente al aborto. En: MYSU *Cuadernos Aportes al Debate sobre Salud, Ciudadanía y Derechos*. Montevideo, 1(2).
- Briozzo, L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción. *Revista Médica del Uruguay* 19, 188-200.
- Briozzo, L. (2007). Los valores de la profesión médica y los equipos de salud en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En: Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.
- Burke, M.A. y Eichler, M. (2007). The Bias Free Framework. *Global Forum for Health Research*, Ginebra.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ed. Trilce.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2009). Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo. *IX Jornadas Internacionales del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. (Versión CD).
- Correa S. y Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights*. Boston.

de Francisco, A., Dixon – Mueller, R. y D'Arcangues, C. (2007). Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. *Global Forum for Health Research, World Health Organization*. Ginebra.

De los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, EEUU: OPS.

Dufau, G. (1989). *Regulación jurídica del aborto en el Uruguay*. Montevideo: Serie documentos GRECMU.

Erviti, J., Castro, R. y Sosa Sanchez I. (2006). Las luchas clasificatorias entorno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos*, México. 24(72), 637-665.

Faundes A., Barzellato, J. (2005). *El drama del aborto. En búsqueda de un consenso*. Bogotá: Ed. TMSA.

Gogna, M., Ramos, S. et al. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.

González, A. I. (1995). Crimen y castigo: el aborto en Argentina. En: González, S. (ed). *Las mujeres y la salud*. México: PIEM/COLMEX.

González de León, D. (1994). Los médicos y el aborto. *Salud Pública De México*, 37(3), 248-55.

González De León, D. y Salinas, A. A. (1995). *Atención del aborto en México, una aproximación a las actitudes de los médicos. Reporte de investigación*. México: UAM – X, DCBS.

López Gómez, A., Benia, W., Contera, M. y Güida, C. (2003). Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. *Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

López Gómez, A. y Abracinskas, L. (2009). El debate social y político sobre el proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Montevideo: *Cuadernos de UNFPA*, 3(3).

Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

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

Moser, C. (1991). La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género. En Guzmán, Portocarrero y Vargas (comp.) *Una nueva lectura: Género en el Desarrollo*. Lima: Ed. Entre Mujeres, Flora Tristan.

MYSU. (2008). Informe 2008 Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. Montevideo.

MYSU. (2009). *Informe 2009 Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*. Montevideo.

Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo.

Rothman A. y Vilaseca G. (2001). Control, supervisión, covisión. Devenires en el análisis de la articulación persona – rol profesional. Madrid: *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 23 (86), 165 – 172.

Rotondo MT. (2007). Análisis ético del aborto provocado en condiciones de riesgo. En Briozzo, L (ed.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.

Sanseviero, R. et al. (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.

Young, K. (1991). Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres. En: Guzmán, Portocarrero y Vargas (comp.). *Una nueva lectura: Género en el Desarrollo*. Lima: Ed. Entre Mujeres, Flora Tristán.