

PROFESIONALES DE LA SALUD Y ABORTO: TRANSICIONES Y DISPUTAS EN URUGUAY (2000-2012)¹

HEALTH PROFESSIONALS AND ABORTION: TRANSITIONS AND DISPUTES IN URUGUAY (2000-2012)

Alejandra López Gómez

Universidad de la República; alopez@psico.edu.uy

Resumen

Palabras clave

Aborto
Profesionales de la salud
Uruguay

El aborto ilegal e inseguro es un asunto crítico en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos a nivel internacional, regional y nacional no ha estado exento de controversias. El caso uruguayo ofrece importantes evidencias a este respecto. La tesis aborda el análisis de los esquemas de percepción y apreciaciones de los/as profesionales sobre sus prácticas de atención a mujeres en situación de aborto, en un contexto que consideraba el aborto como delito, entre los años 2000-2012 en Uruguay. Los resultados permiten comprender la compleja relación entre los distintos niveles del proceso de la política, con foco en el análisis de las prácticas profesionales, las cuales son consideradas un analizador de los pactos y conflictos que se registran en el campo social.

Abstract

Keywords

Abortion
Health Professionals
Uruguay

Unsafe and illegal abortion is a critical issue in most countries at Latin America and the Caribbean region. The recognition of sexual and reproductive rights as human rights that is observed in the international, regional and national levels has not been exempt from conflicts. The Uruguayan case provides important evidence in this regard. The thesis examines health professionals' perceptions and perspectives related to their care practices with women and abortion in a legal context that considered abortion as a crime, between 2000 and 2012 in Uruguay. The results allow us to understand the complex relationship between the different levels involved in the policy process. Health professionals' practices are an analyzer of the covenants and conflicts that are recorded in the social field.

López Gómez, Alejandra (2016). Profesionales de la salud y aborto: transiciones y disputas en Uruguay (2000-2012). *Athenea Digital*, 16(1), 337-364. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1697>

Introducción

En la tesis analizo las tensiones que produce, en el nivel de las prácticas de profesionales de la salud, la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en Uruguay, en un contexto legal restrictivo sobre aborto al mismo tiempo que inaugural en el desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva basadas en derechos, durante el período 2000-2012. Se trató de un tiempo histórico marcado por importantes transiciones en el campo de la definición e implementación de políticas, en particular respecto a la prevención del aborto inseguro y su atención institucional. Estas transiciones se iniciaron como derivación del sostenido trabajo de incidencia so-

¹ Tesis doctoral de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires con la dirección de la Dra. Susana Checa. Fecha de defensa: 29/05/2015

cial y política del movimiento de mujeres y feminista que colocó la agenda de salud, derechos sexuales y derechos reproductivos y aborto legal en la discusión pública.

La salud y los derechos sexuales y los reproductivos son un campo en disputa moral, ideológica, política, religiosa, simbólica y económica y a la vez de creciente legitimación y reconocimiento a nivel social. El aborto voluntario como componente de la salud sexual y reproductiva permite analizar una constelación de asuntos vinculados a la sexualidad, la (no) reproducción, el amor y la libre disposición y control del cuerpo de las mujeres —las principales involucradas—, cuestiones que remiten, en definitiva, a los conflictos entre lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, lo laico y lo confesional, la subordinación y la dominación, que se expresan en la atención de los servicios de salud y en el contrato entre profesionales y mujeres usuarias.

El modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984) caracterizado por el biologicismo, la neutralidad, el centro en la enfermedad y en lo curativo-asistencial, la ahistoricidad, el paternalismo y la concentración del saber-poder en la figura del profesional —en el marco de una cultura patriarcal y los condicionamientos de género que construyen/reproducen las prácticas profesionales— ha sido base fundamental para el surgimiento y desarrollo del paradigma materno-infantil. Este modelo opera de manera eficiente no sólo en la organización de los servicios y sus prestaciones tradicionales sino en las prácticas profesionales, en sus posicionamientos subjetivos y en su formación técnico-profesional. El paradigma materno-infantil basado en este modelo y sostenido en la ecuación mujer = madre (y en el binomio madre-hijo) ha regido históricamente la definición de las políticas, los programas y la organización de los servicios de salud hacia las mujeres en Uruguay (López Gómez, Benia, Contera y Guida, 2003). La postulación de otro enfoque, el de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos —que coloca a las personas en el centro de la atención de la salud— interpela, entre otros niveles, al de las prácticas profesionales.

Se pueden identificar tres planos interrelacionados en el campo de la atención sanitaria: el de la definición de la política pública, el de la planificación y gestión en los servicios de salud y el de las prácticas profesionales. Estos planos, según Lilia B. Schraiber (2010) deberían articularse de manera virtuosa para cumplir con el propósito de la atención integral cuando lo que se busca es garantizar derechos. Una política pública puede reconocer los derechos sexuales y los reproductivos de las mujeres, pero si ésta no se traduce en modos de gestión y organización de los servicios de salud y si los derechos no son incorporados en las prácticas profesionales, no se habrán generado las condiciones para su efectiva protección. Este modelo figurado como un triángulo puede ser cuestionado por su “carácter endogámico” o “intrasistémico”, si se

considera que los sistemas de salud se tensan especialmente al ser colocados frente a las demandas ciudadanas y su exigibilidad de derechos.

Para analizar el objeto de estudio realicé, en un primer momento, un relevamiento documental para el tratamiento del surgimiento y desarrollo de la política pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en el país, con especial foco en la respuesta institucional del sector salud frente a la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto. Estos resultados los presento en la primera sección de la tesis, en clave de escenario sociohistórico y contextual en el cual se han producido y desarrollan las prácticas profesionales. En la segunda sección, presento los resultados del estudio empírico basado en una metodología cualitativa, para conocer cómo se organizan las prácticas profesionales de médicos/as, enfermeras, parteras y psicólogos/as, cuando se desempeñan en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en un contexto legal y jurídico restrictivo en materia de aborto pero que reconoce —parcialmente— los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Se trata de un escenario normativo que tipifica el aborto como delito en toda circunstancia y establece causales atenuantes y eximentes de la pena a través de la ley n° 9763 del año 1938. Al mismo tiempo, mediante la ley n° 18426 del año 2008, establece la responsabilidad del Estado uruguayo de proteger, promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población en tanto los reconoce como derechos humanos, aunque lo hace de manera limitada.

En términos de posicionamiento teórico nos basamos, por un lado, en los aportes generados desde la teoría feminista aplicada al campo de la salud. Se toma especialmente el *corpus* conceptual y empírico de la articulación entre género y práctica/saber médico, de notable relevancia para comprender nuestro objeto de estudio, así como las conceptualizaciones sobre género, cuerpo y derechos reproductivos que provienen de perspectivas disciplinarias diversas dentro de las ciencias sociales y humanas. Por otro lado, nos basamos en los desarrollos que, desde la sociología de la salud, aportan al análisis de la relación entre técnica y moral en la práctica profesional, los procesos de medicalización de los cuerpos y de la reproducción.

La delimitación temporal del período 2000-2012 que aborda esta tesis, se justifica ampliamente. En ese tiempo se concentran en el país los avances más significativos en la visibilidad y tratamiento público del aborto clandestino e inseguro y sus efectos sociales, sanitarios y políticos. A su vez, se avanzó en la definición e implementación de políticas y servicios en salud sexual y reproductiva, producto de la profundización del debate social y político sobre la despenalización/legalización del aborto que finalmente culminó con la ley n° 18987 de interrupción voluntaria del embarazo aprobada a fines del año 2012. Se tomó en cuenta en el período de estudio, el escenario de cambios nor-

mativos y la coexistencia de marcos jurídicos contradictorios, las transformaciones que comenzó a transitar el sistema nacional de salud en términos del modelo de atención² y los procesos de cambio sociocultural relacionados con un creciente reconocimiento social de las mujeres como sujetos con derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

En Uruguay, desde 1938 y hasta el año 2012, el aborto fue considerado delito en toda circunstancia tipificado por la ley n° 9763. Entre 1934 y 1938, el aborto fue despenalizado en el país, habiendo sido la temprana transición demográfica procesada a comienzos del siglo XX y el reconocimiento de la práctica extendida del aborto como método de planificación familiar, los elementos centrales del telón de fondo que produjo el cambio en la norma durante ese corto período. Según la historiadora uruguaya Graciela Sapriza (1997), un factor que explicaría este acontecimiento fue el impacto a nivel nacional de la presencia de corrientes eugenésicas de fuerte peso en Europa, en especial considerando que el contexto político en el cual tuvo lugar la despenalización fue a inicios de la dictadura militar del general Terra. Hacia 1938, luego de un intenso debate en el Parlamento nacional, se llegó a una “negociación” entre los diversos sectores en pugna y el aborto fue nuevamente considerado delito, resultando un “remiendo católico en un tejido liberal”, como lo calificara —en ese momento— el reconocido médico Augusto Turenne (Bidegain, 2007; Sapriza, 1997; 2011).

La ley n° 9763 definió causas atenuantes y eximentes de la pena del delito mediante intervención de juez, siempre y cuando el aborto hubiera sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, con consentimiento de la mujer y mediando circunstancias especiales. Este marco normativo restrictivo no impidió, sin embargo, que las mujeres acudieran a la práctica del aborto voluntario en la clandestinidad, en condiciones de inseguridad y riesgo. En los años de vigencia de la ley, quedó demostrada su ineficacia jurídica en la medida que el aborto fue una práctica extendida en el país, la condena penal fue escasamente aplicada y la opinión pública uruguaya fue proveyendo una postura favorable a su despenalización (Bottinelli y Bouquet, 2010).

Durante casi medio siglo (1938-1985), un manto de silencio se extendió sobre el tema, poco o nada se decía públicamente, excepto cuando la muerte de una mujer por aborto de riesgo era registrada en alguna crónica policial de los medios de comunicación. Pero en los ámbitos familiares, laborales o comunitarios circulaba información sobre acceso a aborto “seguro”, dónde acudir, costos económicos o sobre prácticas desaconsejadas por riesgosas. El aborto era un asunto que se dirimía en el ámbito de lo

² En diciembre de 2007 se aprobó la creación del Sistema nacional integrado de salud a través de la ley n° 18211, con modificaciones y agregados de las leyes n° 18731 y 18732 del año 2011. El SNIS postuló un cambio en el modelo de gestión, de financiamiento y de atención con prioridad en el primer nivel de atención.

íntimo-privado. Así definido, las mujeres debían resolver el problema en dependencia de sus recursos materiales, cognitivos, afectivos y sociales.

El debate social y político sobre la necesidad de despenalizar el aborto y reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva, estuvo planteado a partir de la recuperación democrática en el año 1985, luego de doce años de dictadura militar (1973-1985). Lo estuvo más intensamente en el inicio del nuevo milenio, en particular debido al incremento de la muerte de mujeres por aborto inseguro, el cual tuvo una repercusión mediática y social sin precedentes. Las feministas y el movimiento amplio de mujeres fueron actores centrales para que —en el marco del nuevo escenario democrático— fuera posible tejer alianzas entre distintos sectores sociales, académicos, profesionales, políticos y sindicales, que permitieran construir una demanda ciudadana robusta sobre la necesidad de despenalizar la práctica, como asunto relevante para la vida democrática, la justicia social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades en el país (Abracinskas y López Gómez, 2007; Briozzo, 2007; Johnson, López Gómez y Schenck, 2011). Desde entonces, en cada legislatura, tuvo lugar la presentación de una iniciativa parlamentaria que buscó resolver el conflicto entre el marco normativo y la práctica social del aborto. Finalmente, luego de más de veinte años de debate social y político, en octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la ley n° 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y, posteriormente, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir de enero de 2013. La aprobación reciente de esta nueva ley debe también ubicarse en el proceso más amplio de reconocimiento y legitimación de la salud sexual y reproductiva en el país iniciado hacia mediados de la década de los noventa en el escenario del debate internacional sobre las políticas de población y desarrollo y los derechos de las mujeres. En particular, merece destacarse el impacto en el escenario nacional de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995 (CCMM).

Las políticas en salud sexual y reproductiva basadas en un enfoque de género y derechos humanos adquirieron rango de ley en el año 2008 con la promulgación de la ley n° 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La existencia de esta ley marco como soporte de la política nacional implicó —a pesar de sus limitaciones jurídicas— nuevos retos en las prestaciones de los servicios de salud y para las prácticas de los/as profesionales que en ellos se desempeñaban (López Gómez y Abracinskas, 2009). Sin duda, significó un avance normativo y político muy importante, a pesar de que ese instrumento no logró modificar —en ese momento— el estatuto jurídico del aborto, a razón del veto interpuesto a los capítulos referidos a su despenaliza-

ción, por el entonces presidente Dr. Tabaré Vázquez (Andreoli, 2011; Banfi, Cabrera, Gómez y Hevia, 2010).

A pesar de sus limitaciones, la existencia de este marco normativo permitió ampliar el proceso de apertura del sistema institucional de la salud a la realidad del aborto voluntario con el objetivo de prevenir su práctica insegura mediante dispositivos de asesoramiento e información a mujeres en situación de embarazo no deseado. La ley estableció que los/as profesionales estaban habilitados a intervenir en el antes y en el después del aborto pero no en su realización (no podían prescribir la medicación ni intervenir quirúrgicamente para realizar un aborto voluntario). Esta limitación jurídica generó una serie de tensiones en las prácticas de los/as profesionales de la salud que se han expresado —particularmente, aunque no sólo— en los modos de intervención profesional y en sus prácticas clínicas. Estas tensiones fueron también desencadenadas por el proceso de cambio institucional y cultural que implicaba el cambio de modelo de atención impulsado por la política pública, desde uno de corte materno-infantil hacia otro integral en salud sexual y reproductiva.

La pregunta principal que se buscó responder a través del estudio empírico fue: cuáles son y cómo operan en los servicios de salud, las tensiones que genera el cambio desde un enfoque materno-infantil hacia otro centrado en la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, que postulan las políticas de salud en Uruguay desarrolladas entre los años 2000 y 2012. Para responderla, nos concentramos a nivel micro, en el análisis de las *prácticas de los/as profesionales* que asisten a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Montevideo, Uruguay, en un contexto caracterizado por la penalización del aborto al mismo tiempo que por políticas que reconocen el problema del aborto inseguro y que promueven la inclusión de los derechos sexuales y los reproductivos en el ámbito de la salud. Tuvo como objetivos específicos analizar cómo se expresan las tensiones observadas en el nivel de las políticas públicas en la atención que brindan los/as profesionales a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto voluntario en los servicios de salud; identificar los significados sobre aborto voluntario que construyen los/as profesionales y analizar cómo éstos se ponen en juego en la atención que se brinda; analizar cómo se expresa la relación entre acción técnica y acción moral en las apreciaciones que los/as profesionales tienen sobre su quehacer y analizar la incorporación de un enfoque basado en derechos sexuales y los reproductivos que postula la política pública, en los discursos y prácticas de los/as profesionales.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, exploratoria y analítica basada en una metodología cualitativa por entender que era la más pertinente para el problema

de estudio y los objetivos propuestos. Para la recolección de la información se utilizaron las técnicas de entrevista semiestructurada en profundidad y de grupo focal. Se diseñó una muestra intencional teórica que incluyó a profesionales mujeres y hombres, de distintas disciplinas vinculados a la atención en salud sexual y reproductiva, que se desempeñaban de manera rutinaria y remunerada en servicios de públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Montevideo. Entre 2009 y 2011, se realizaron 28 entrevistas a profesionales de la salud y se organizaron cinco grupos focales por tipo de profesión (enfermeros/as, médicos-ginecólogos/as, obstetras parteras, psicólogos/as), en los cuales asistieron 39 profesionales. En total se contó con la participación de 67 profesionales entre grupos focales y entrevistas. Se realizó un análisis de tipo hermenéutico-dialéctico (Souza Minayo, 2009) para lo cual previamente se elaboró una lista de códigos basada en los instrumentos diseñados. A partir de sucesivas lecturas del material y su codificación, se construyeron categorías operacionales o empíricas que fueron confrontadas con las categorías analíticas previamente definidas.

La tesis aporta nuevo conocimiento al identificar y analizar las bases ontológicas, ideológicas y políticas en las que se sustenta el entrelazamiento de juicios técnicos y juicios morales que los/as profesionales de la salud ponen en juego en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto, a través de los dispositivos de asesoramiento. La coexistencia de marcos normativos contradictorios y el proceso de creciente reconocimiento de estos derechos en la sociedad uruguaya interpelaron las modalidades de intervención de los/as profesionales de la salud de corte fundamentalmente biomédico. Desde esta perspectiva, las prácticas profesionales pueden ser consideradas un analizador de las disputas morales e ideológicas que se registran a nivel social e institucional sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre su (no) reproducción. Por analizador se entiende una *situación* que realiza de manera implícita el análisis. Refiere a aquello que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar. Se trata de un *acting out* institucional que exige la mediación de individuos particulares a los que su situación dentro de la organización lleva a la singularidad de provocadores (Lourau, 1969/1994). Desde esta perspectiva, los/as profesionales enuncian un conflicto social, aquel que refiere a las tensiones que implica atender a mujeres que deciden abortar en escenarios que, al mismo tiempo que penalizan esta práctica, habilitan la intervención profesional en el antes y el después del aborto.

Dado que la estrategia sanitaria basada en la prevención y la reducción de los daños del aborto realizado en condiciones de riesgo (conocida como “atención pre y posaborto”) ha sido impulsada en otros países de América Latina donde el aborto voluntario es ilegal, esta tesis aporta elementos para comprender los nudos críticos implica-

dos en el papel de los/as profesionales así como para, eventualmente, desarrollar acciones que permitan anticipar barreras, resistencias y dificultades en otros contextos.

El aborto en el contexto uruguayo. Proceso histórico y claves socio-políticas para dibujar el presente

Uno de los objetivos que me propuse fue analizar el surgimiento y desarrollo de las políticas en salud sexual y reproductiva en Uruguay, con especial énfasis en el período 2000-2012, reconociendo que su génesis se puede ubicar a mediados de la década de los noventa. Para ello se realizó una exhaustiva revisión documental eligiendo como criterio la inclusión de producciones elaboradas por organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales e informes de investigación sobre monitoreo de política pública. El período relevado fue entre 1996 y 2012, considerando como punto de partida las conferencias internacionales de Naciones Unidas de CIPD (1994) y CCMM (1995), y la búsqueda se realizó tomando como fuentes los portales de información pública, sitios web institucionales y centros de documentación. Se jerarquizaron aquellas producciones que fueron publicadas si bien se revisaron informes no publicados. Mediante el análisis de la información, se buscó construir un mapa que permita situar en clave histórica la complejidad de los procesos sociales y políticos que inciden en la producción de los modos de intervención profesional con mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto. El contexto se transforma en texto productor de modos de pensamiento y acción, de allí su radical importancia para comprender cómo viven, analizan y dan sentido a sus prácticas, los/as profesionales de la salud que atienden a mujeres en situación de aborto en los servicios de salud, en contextos legales restrictivos.

Entre 1996 y 2012, Uruguay avanzó de manera significativa en el reconocimiento social y político de los derechos sexuales y los reproductivos, consagrando en su legislación un marco normativo que los reconoce como derechos humanos universales y que ubica al Estado como su garante. Sin embargo, mantuvo el delito de aborto en toda circunstancia hasta octubre de 2012 cuando tiene lugar la aprobación de la ley n° 18987 de interrupción voluntaria del embarazo.³ En materia programática, se definieron una serie de estrategias para la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva en el SNIS, con base en criterios de integralidad de las prestaciones y equidad en el acceso. En este sentido, adoptó las medidas para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, como estrategia sanitaria de reducción de riesgos y daños en un contexto legal restrictivo. En el proceso de incorporación de la salud se-

³ Cuya implementación se inició en enero de 2013, razón por la cual no fue considerada en el estudio empírico que se presenta en la segunda parte de la tesis, el cual fue realizado durante los años 2010-2011.

xual y reproductiva, incluida la atención pre y posaborto (MSP, 2004), se han identificado una serie de obstáculos fundamentalmente relacionados con barreras funcionales, organizativas, culturales y económicas que dificultan el cambio de modelo de atención, desde uno de corte tradicional materno-infantil hacia otro integral basado en los derechos sexuales y reproductivos (MYSU, 2008, 2009, 2010). Estas barreras son analizadores de los complejos procesos de transformación institucional y cultural que se requieren para reconocer a las mujeres como sujetos de derechos reproductivos, en particular de aquellas que se enfrentan a un embarazo que no esperaban y no desean continuar, a pesar de la ley que las condena penalmente. Las acciones técnicas que desarrollan los/as profesionales de la salud se produjeron en un escenario normativo contradictorio como el que hemos reseñado; en un sistema de salud que buscó instrumentar una estrategia paliativa frente a la ley restrictiva de aborto que regía en el país y en una sociedad involucrada en el debate público y con una posición favorable a su despenalización.

La criminalización del aborto, lejos de prevenir el aborto voluntario, buscó generar un clima de condena afianzado en una doble moral mediante la culpabilización y juzgamiento social de las mujeres que se lo practicaban. Como resultado, condenó a las mujeres al aborto clandestino, con impactos para su salud, bienestar y calidad de vida. La persistencia del problema social de la práctica insegura del aborto con sus consecuencias en riesgos de vida y de salud, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que imponía la clandestinidad, fueron asuntos que progresivamente adquirieron visibilidad y consideración pública. El aborto salió del ámbito privado para colocarse como un asunto relevante de equidad y justicia social, salud pública y derechos humanos.

La génesis de una política pública supone la asunción de un problema social. El proceso de delimitación, definición o construcción del problema es parte del problema en sí mismo. Existen diversas teorías en las ciencias sociales respecto al análisis del proceso de las políticas públicas, es decir desde la definición del problema e instalación en la agenda, formulación de la política, toma de decisiones, implementación y monitoreo y evaluación (Parsons, 2007). Los argumentos que sostuvieron la política de salud sobre aborto en Uruguay y la relación entre la definición de la política, su gestión en los servicios de salud y el nivel de las prácticas profesionales, son asuntos que revisten una enorme complejidad en sus múltiples conexiones y facetas. Es interesante observar de qué manera el aborto en la clandestinidad, definido como un problema social se instala progresivamente en la agenda política como un problema de salud pública. Este discurso (el registro médico/sanitario) tuvo tal pregnancia en los actores que actuaban a favor y en contra de la despenalización del aborto, que colonizó el debate

parlamentario, siendo la línea argumental de mayor peso —y el médico, la principal autoridad— a la hora de desplegar los fundamentos en uno u otro sentido.

Las políticas de salud respecto al aborto definidas desde el Estado e iniciadas hacia el comienzo del nuevo milenio, se fundamentaron en el incremento de la mortalidad materna por aborto inseguro, el aborto como un acto médico ginecológico, los valores y la ética profesional y el derecho a la salud (MSP, 2004). Si se analiza el conjunto de las ordenanzas, normativas y actos administrativos aprobados con la finalidad de regular la relación médico/equipo de salud-usuaria respecto al aborto, se observa un denominador común: una progresiva burocratización de los procedimientos y de las condiciones impuestas a las mujeres. Al mismo tiempo, que estas medidas buscaron la apertura del sistema de salud a la realidad del aborto voluntario tuvieron como móvil restituir al poder médico la regulación de su práctica, desde un discurso que combinaba los elementos tradicionales de la práctica médica y un discurso innovador de reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos. Pero, de derechos limitados a la intervención profesional, encargada de velar porque la decisión adoptada por la mujer fuera aceptable desde la perspectiva técnica. Las normas administrativas que se impulsaron parecieron tener como móvil la disputa por el monopolio del poder sobre la decisión de la mujer (Sanseviero, 2008). Esta disputa se concentró fuertemente entre el poder médico, el poder político y el poder judicial, a los cuales se sumaba el poder de la iglesia Católica, quien a través de acciones concretas buscó obstruir estas iniciativas, en el entendido de que cualquier disposición institucional sobre aborto era inaceptable, porque el propio acto lo era. En este escenario, se buscó descentrar del debate al pensamiento y la acción feminista, quienes habían colocado en el centro del mapa conceptual de la discusión pública, el derecho a decidir de las mujeres como asunto de derechos humanos, de autonomía y autodeterminación reproductiva, de justicia y de convivencia democrática. Sin desconocer el aborto inseguro y su impacto en la salud, el énfasis feminista fue el desarrollo de una estrategia de vindicación de las mujeres, redistributiva en términos de reconocimiento de su capacidad para la toma de decisiones.

El papel que jugó (y juega) la medicina en la construcción del “problema del aborto” no es novedad. Ello se inscribe en un proceso más amplio de medicalización de la sociedad que se inicia en el siglo XVIII y que tiene a la medicina como estrategia biopolítica de primer orden. Micheal Foucault ilustró magistralmente cómo el control social se impuso sobre los cuerpos concebidos como realidad biopolítica a través de la medicina como práctica social y, cómo el proceso de medicalización que se inició con el surgimiento del capitalismo supuso la normalización de la medicina y de los médicos antes que de los pacientes (Foucault, 1963/1983). La historia de los cuerpos no pue-

de escribirse sin dejar de considerar la ubicación de éstos en el campo político. Debemos abandonar, dice el autor, la visión tradicional (e ingenua) que sostiene que el conocimiento se puede desarrollar por fuera de los requerimientos, las demandas y los intereses de poder (Foucault, 1971/1993). Al legado aportado por Foucault sobre el carácter social de la práctica médica se deben sumar, entre otros, los aportes de Georges Canguilhem (1976), Luc Boltanski (1974) e Ivan Illich (1975), quienes cuestionaron la visión tradicional de que la práctica médica se producía en relaciones e intercambios independientes de la vida social y que los desajustes y conflictos verificados en estas prácticas se debían a cuestiones externas de tipo socioeconómico. También ofrecieron herramientas conceptuales para cuestionar el enfoque que reduce la conexión entre medicina y sociedad a la presencia ocasional de problemas sociales en el ámbito de la medicina, como asuntos circunstanciales y marginales en el campo de la formación y la práctica médica. Los seminales estudios sobre la profesión médica de Eliot Freidson (1970a, 1970b), Irving Zola (1972/1999; 1973/1999) y Bryan Turner (1987/1999) son claves para analizar la relación entre medicina y sociedad, a través de cómo se configuran la profesión médica y las prácticas profesionales en salud. Por su parte, desde el pensamiento feminista se han realizado aportes fermentales e ineludibles para un análisis crítico del papel de la medicina en el control y expropiación del cuerpo de las mujeres, en particular, de su autonomía reproductiva y capacidad de goce sexual. Por ejemplo, Anne Oakley (1984) analizó el proceso mediante el cual el embarazo y el parto dejaron de ser una conducta social para transformarse en actos médicos. Progresivamente, estos asuntos fueron definidos como fenómenos biológicos y se los fue despojando de su condición de fenómenos sociológicos y, de esa forma, se crearon las condiciones para justificar el dominio médico en ese campo. Al decir de Barbara K. Rothman (1978), si las situaciones definidas como reales, lo son en sus consecuencias, entonces, aquellos que definen, controlan.

Según el historiador José Pedro Barrán (1992), quien estudió el papel de la medicina en la transformación de la sociedad uruguaya de comienzos del siglo XX —la sociedad del novecientos— analizó cómo determinados asuntos sociales fueron progresivamente considerados como problemas médicos mediante el otorgamiento de cientificidad a una estrategia higienista sobre el cuerpo y los intercambios humanos. De esta forma, la medicina fue una de las principales fuentes ideológicas en la que se sostuvo la nueva sensibilidad civilizada. El poder político y el poder médico se enlazaron estratégicamente para construir una nueva cultura mediante el reconocimiento del monopolio médico sobre curar, medicar y certificar la normalidad mental. Esto implicó complejos procesos de producción de nuevas subjetividades subordinadas al saber-poder médico, con estrategias de clasificación de los/as pacientes en buenos-malos, puerilización y tutelaje. El saber convirtió al médico:

En el único poder capaz de leer el cuerpo y el alma y, también, en el único capaz de legislar sobre la salud física y mental de los hombres, la más alta preocupación de cualquier política en la sociedad del Novecientos (Barrán, 1992, p. 193).

Somos testigos de procesos de transformación de las sociedades hacia nuevas formas de organización social y producción de subjetividades: cambios en los patrones de reproducción biológica y social, en los arreglos familiares, en los lugares socialmente contruidos para mujeres y varones, en el desdibujamiento del significado de lo público-privado moderno, en el surgimiento de nuevos sujetos sociales, de diversas identidades y expresiones de género y étnicas que buscan el reconocimiento cultural y político, al mismo tiempo que observamos la persistencia de desigualdades y exclusión social.

A pesar de la creciente complejidad de la medicina contemporánea así como de la crisis que se puede observar en el contrato entre medicina y sociedad (Schraiber, 1998; 2008), la figura del médico continúa investida de un poder sobre los cuerpos y la vida de las personas, que se puede observar cotidianamente, por ejemplo, en las múltiples maneras que adopta la vulneración y violación de los derechos reproductivos de las mujeres en el ámbito de la salud (Castro, 2013; Chiarotti, García Jurado, Aucía y Amichiardi, 2003). Al decir de Giulia Tamayo (2001), reconocer los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su goce sexual y su capacidad reproductiva, implica “establecer límites a la acción patrimonialista” (Tamayo, 2001, p. 76) o mejor aún cuestionar, denunciar y erradicar cualquier intento de dominación sobre las mujeres que busca despojarlas de la titularidad de derechos.

En este escenario cambiante, los nuevos significados, discursos y posibilidades de ejercicio de las sexualidades cuestionan, disputan y transforman ciertos mandatos y consensos sociales históricamente contruidos. Fisuras en los antiguos vínculos contractuales entre mujeres y varones, así como nuevas prácticas y acuerdos en las prácticas sexuales y (no) reproductivas, son aspectos centrales en este proceso de transformación social, cultural y política.

Las prácticas profesionales frente al aborto voluntario como locus de análisis

Los/as profesionales juegan un rol central en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva desde la responsabilidad social que implica su quehacer profesional. En particular, la comunidad médica suele considerar, desde una racionalidad de cuño biomédico, que su función social se acota al ámbito de la consulta y que sus prácticas se

restringen a la esfera técnica (procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos). De esta manera, la dimensión social, política y ética de su intervención se desdibuja o parecería quedar desligada. Sin embargo, los/as profesionales tienen el encargo institucional de cumplir con la función de mediación entre las necesidades y demandas de atención de la población usuaria y las políticas de salud definidas desde el Estado. Esta dimensión corre el riesgo de invisibilizarse tanto para los/as propios profesionales como para la población usuaria, en la medida que el espacio de la consulta se construye como una caja poco transparente y es percibido como desprovisto de una dimensión política.

Como ya hemos señalado, el país 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. La baja implementación de la normativa sanitaria para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo, desde su promulgación en el año 2004 para ser aplicada en servicios públicos y privados del sistema de salud, abrió una serie de interrogantes. Esta realidad podía responder a diversos factores de tipo institucional, social, ético, cultural y político e incluso a consideraciones jurídicas sobre los límites de ese instrumento. El análisis de esta constatación empírica se puede enfocar considerando las complejidades de multinivel que se identifican en el proceso de definición de una política hasta el acceso efectivo por parte de la población, al derecho que se busca garantizar.

A los efectos del estudio empírico lo que interesó fue analizar el plano de las prácticas profesionales o mejor dicho de los esquemas de percepción y apreciación (Bourdieu, 1980/2007) 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. Los esquemas de percepción y apreciación son, según Pierre Bourdieu, producto del *habitus* definido éste como prácticas y representaciones sociales incorporadas en los sujetos mediante procesos de aprendizaje históricamente situados y que conforman los esquemas cognitivos desde los cuales se produce y reproduce el sentido de la acción, en este caso, de la acción profesional. Estos esquemas constitutivos del *habitus* responden a las divisiones en clases, es decir a un sistema de clasificaciones que es común al conjunto de agentes que intervienen en un campo específico, posibilitando la producción del sentido común. El campo —en nuestro caso el campo profesional de cuño predominantemente biomédico— estructura el *habitus*, haciendo que éste sea significativo, otorgándole valor y sentido. Al decir de Bourdieu (1980/2007): “la representación que los agentes se hacen de su posición en el espacio social (...) es el producto de un sistema de esquemas

de percepción y apreciación (*habitus*)” (p. 187). En su capacidad generativa, el *habitus* funciona dentro de los límites y las posibilidades que ofrece la posición que se ocupa en el espacio social y en el campo específico. Según Bourdieu y Wacquant (1992/2005):

Los agentes sociales determinarán activamente, sobre la base de categorías de percepción y apreciación social e históricamente constituida, la situación que los determina. Se podría decir incluso que los agentes sociales son determinados sólo en la medida que se determinan a sí mismos. Pero las categorías de percepción y apreciación que proporciona el principio de esta (auto) determinación están a su vez ampliamente determinadas por las condiciones sociales y económicas de su constitución (1992/2005, p. 177).

En este sentido, el plano de la acción profesional es un *locus* privilegiado de análisis de las condiciones de posibilidad del campo profesional para hacer del espacio de la salud un escenario real de ejercicio —o no— de la ciudadanía de las mujeres, en particular de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. A este nivel, una de las hipótesis refiere a que la baja implementación de la normativa de atención pre y posaborto podría deberse —aunque no sólo— al conflicto que genera *in-corporar* (en el sentido de hacer cuerpo) un enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en el nivel de las prácticas profesionales. Siguiendo el pensamiento de Bourdieu, podría decirse que el marco ético de los derechos sexuales y los reproductivos interpela el campo profesional trastocando el *habitus* que en éste se genera, habilitando las condiciones de posibilidad de nuevos sentidos.

La inclusión en la muestra intencional de profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y parteras que actúan en los servicios de salud —públicos y privados— buscó favorecer un acercamiento al problema de investigación desde la perspectiva de las distintas profesiones, las que ocupan posiciones diferentes en el espacio social de la salud (y, por tanto, en el campo profesional). Más allá de la centralidad que ocupa la medicina como profesión hegemónica y de mayor autonomía técnica en los servicios de salud, recuperar la palabra de otras profesiones que integran los servicios de salud y que tienen funciones asignadas en la normativa de atención pre y posaborto, permitía un análisis de mayor complejidad acerca del papel que juegan las distintas profesiones en el campo sanitario ante estas situaciones.

Como ya hemos destacado, la definición de una política pública no es suficiente para garantizar el acceso a un derecho. El modelo teórico propuesto por Schraiber (2008; 2010) se puede graficar en la imagen de un triángulo que en uno de los vértices tiene la definición de la política pública de salud, en otro vértice la organización y gestión de los servicios de salud y, en otro vértice, 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 los 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, resultó 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 operó de manera eficiente no sólo en la organización de los servicios y sus prestaciones sino también en los posicionamientos subjetivos, es decir en los esquemas de percepción y apreciación, en los modelos mentales y en la formación de los/as profesionales de la salud —no sólo de los/as médicos—. El paradigma de la salud colectiva que postula la salud-enfermedad-atención como un complejo proceso social atravesado por múltiples niveles de determinación en los niveles macro, meso y micro ha puesto en evidencia el papel decisivo del modelo médico hegemónico no sólo en los procesos de formación médico profesional sino también en el modelo de prestaciones que estructura la respuesta institucional de la salud a las necesidades, requerimientos y demandas específicas en la atención de la salud de mujeres y hombres.

Por su parte, las corrientes feministas han propuesto el análisis del cuerpo de las mujeres como campo donde se anuda y anida el ejercicio de la dominación masculina, en particular cuando se trata de las sexualidades y las 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 deconstrucción del modelo hegemónico institucional materno-infantil, desde el cual se impuso un tipo de oferta de servicios de salud hacia las mujeres, así como ha sido productor de unos modos específicos 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.

Las instituciones y los/as profesionales de la salud han sido —y continúan siendo— actores controvertidos en el debate sobre la despenalización del aborto, debate en el que, sin embargo, como sostienen Ramos, Gogna, Petracci, Romero y Szulic (2001) 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 garan-

tizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva, que redunden 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 insuficiente acumulación de investigación social que permita comprender cómo se procesan las tensiones que genera —en el nivel de las prácticas profesionales—, la incorporación de un enfoque de derechos de las mujeres a decidir sobre la continuación o interrupción de un embarazo, en un contexto legal que lo penaliza al mismo tiempo que promueve intervenir en el “antes y el después” del aborto. Los estudios ofrecen indicios e incluso evidencias empíricas consistentes sobre algunas dimensiones de este problema, sin embargo no se adentran de manera sustantiva en la interpretación de las resistencias que se observan en los/as profesionales de la salud para incorporar el enfoque de derechos reproductivos.

Desde el punto de vista empírico, el tratamiento de este problema permite generar conocimiento de utilidad no sólo para el caso uruguayo⁴ sino para otros países de la región donde han adoptado, por parte de los ministerios de salud y/u otros actores, estrategias similares de reducción de riesgo y daño por aborto inseguro en contextos legales restrictivos. Y más allá de las particularidades locales, los resultados de este estudio pueden alumbrar algunas de las barreras y dificultades que se observan en la implementación de estas medidas en los servicios de salud públicos y privados. Para el campo de las ciencias sociales, el abordaje de este problema tal como se plantea en este estudio, permite generar nuevas categorías de análisis a partir del material empírico, que fortalezcan el diálogo necesario y fecundo entre la perspectiva feminista y los enfoques interpretativos en sociología de la salud para el estudio de la compleja relación entre profesionales de la salud y derechos reproductivos de las mujeres.

Principales resultados

La creciente legitimación social y política de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos que se registra en la arena internacional y en escenarios nacionales, no ha estado ni está exenta de disputas y controversias. El impulso de la agenda de género y derechos sostenida desde esos movimientos, ha permitido avanzar de manera significativa en los últimos años a nivel regional. Sin embargo, es importante consignar que —en la medida que se trata de un campo de luchas sociales, ideológicas, morales, económicas y políticas— esta agenda está expuesta a retrocesos y conflictos. El enlace virtuoso entre conocimiento y acción social es clave para robustecer esta

⁴ Donde actualmente se observan importantes resistencias de los/as profesionales médicos a la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo que se comenzó a instrumentar en enero de 2013 en todo el sistema nacional integrado de salud.

plataforma y para incidir en su incorporación en las políticas públicas. El fortalecimiento de una agenda de investigación que aborde, con rigor y responsabilidad social, el estudio sistemático de las distintas dimensiones implicadas en el problema del aborto inseguro e ilegal y sus efectos en distintos niveles es uno de los desafíos a los que está llamada una academia socialmente comprometida. Este fue uno de los propósitos que guiaron la realización de esta tesis: aportar evidencias e interpretaciones de cuño feminista desde las ciencias sociales, que contribuyan a fortalecer la acciones de incidencia social, con la generación de nuevo conocimiento sobre las tensiones que se observan en la relación entre profesionales de la salud y mujeres que abortan en contextos legales restrictivos, como era el caso uruguayo en el período que nos ocupó —entre los años 2000 y 2012—.

Los testimonios que recogimos en las entrevistas y grupos focales con profesionales médicos/as ginecólogos, parteras, enfermeras y psicólogos/as, muestran que el debate social había tenido efectos en el discurso de los/as profesionales. Sin embargo, si bien éstos conocían la normativa pre y posaborto, la misma quedaba librada a su voluntad individual de implementarla en la medida que ni desde la autoridad sanitaria como tampoco desde los servicios de salud se habían definido claros lineamientos para su instrumentación y difusión en la población usuaria. Conocer los lineamientos normativos y programáticos, es una condición necesaria pero *per se* no garantiza su implementación.

De ser un asunto silenciado dentro y fuera de los consultorios, el aborto voluntario se había transformado —en el marco del debate público— en un asunto para los servicios de salud. Este comenzaba a ser percibido por los/as profesionales como una decisión legítima de las mujeres, si bien el marco legal imponía restricciones importantes a la intervención profesional. Los/as profesionales de la salud, en tanto actores sociales reproducían en el escenario de la atención institucional las tensiones y resistencias que se observaban a nivel de la definición de la política pública. La compleja relación entre la legalidad y la legitimidad se hizo presente en el campo de las prácticas profesionales, ya que la ley definía la actuación profesional en los momentos previos y posteriores al aborto, pero no en su realización. Esta restricción legal se traducía, en la práctica, en una actuación profesional “en el borde”, lo cual generaba tensiones de distinto orden. Este es uno de los puntos críticos que explica la baja implementación de la normativa de atención pre y pos aborto en ese momento.

El cambio del modelo de atención que promovía la política de salud, desde uno de corte materno infantil hacia otro de tipo integral en salud sexual y reproductiva fue analizado a través del estudio de los esquemas de percepción y apreciaciones de los/as profesionales sobre sus prácticas profesionales. Los resultados nos ayudan a

comprender la compleja vinculación, determinación y afectación mutua que tienen los distintos niveles implicados en el proceso de la política: el de la definición, el de implementación y organización en los servicios de salud y el de las propias prácticas profesionales. Es decir, las tensiones existentes en el plano de lo jurídico normativo (aborto-delito, atención pre y pos aborto y reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho) no fueron inocuas en el plano de la organización de los servicios ni, en particular, para las prácticas profesionales. Ello dificultaba la incorporación de un enfoque integral en las prácticas reforzado por una política de baja intensidad sobre la atención pre y pos aborto. La transformación del modelo hegemónico institucional materno-infantil, tan arraigado en la cultura institucional y en las prácticas profesionales, exige señales claras desde la autoridad sanitaria y no mensajes ambivalentes y tímidos como los que tuvieron lugar en ese momento.

Las prácticas profesionales consideradas como prácticas sociales específicas históricamente situadas son un analizador de los pactos, disputas y conflictos que se registran en el campo social. Desde una perspectiva feminista, colocar el foco en los/as profesionales de la salud frente al aborto voluntario permitió evidenciar algunas de las dimensiones implicadas en el proceso de construcción del aborto como objeto de intervención técnico-profesional y de las mujeres que abortan como sujetos de derechos.

Los/as profesionales, a través de un amplio repertorio de significantes, enunciaban la disputa simbólica producto de un tiempo histórico marcado por la transformación social y política respecto al cuerpo, las sexualidades, las mujeres y el aborto. Las percepciones y apreciaciones de estos/as profesionales nos permitieron identificar estrategias de reproducción del orden social que perpetúan desigualdades estructurales de género y que la maquinaria institucional reproduce. Pero también se observaron interpelaciones a estos ordenamientos y sus efectos. Según Bourdieu (1980/2007), la acción supone la complicidad entre el campo —en tanto lo social hecho instituciones— y el habitus —en tanto lo social hecho cuerpo—, como subjetividad socializada que se incorpora en los esquemas mentales de apreciación, percepción y acción. Los/as profesionales incorporan tempranamente un habitus en la formación profesional mediante la adquisición de un lenguaje verbal y paraverbal que los identifica como parte de un *corpus* profesional, el cual recrean a través de sus prácticas (Castro, 2013). Hacer del espacio de la salud un escenario de ejercicio de la ciudadanía para las mujeres requiere, junto con la voluntad política inequívoca de las autoridades, de una sociedad civil activa que demande y exija protección de sus derechos. Será esa sociedad civil activa la que impacte en el proceso de transformación del habitus que produce y reproduce el campo médico. Sin esa transformación, las posibilidades de integrar un enfoque de derechos sexuales y reproductivos en el espacio de la salud serán limitadas.

La hegemonía de la medicina en el campo sanitario es una barrera para el logro de la salud integral, la cooperación, el diálogo interdisciplinario y la complementariedad del trabajo en equipo de salud, que postula el enfoque de la salud sexual y reproductiva. A partir de los testimonios de los/as profesionales pudimos observar que durante décadas, desde el campo médico, el aborto había sido construido como un problema del orden biológico, como una *patología reproductiva* despojada de su dimensión social, psicológica, política y ética. De esta forma, se lo conceptualizaba como un acontecimiento involuntario, una externalidad generada por causas “naturales” que impedía concretar el deseo de maternidad de la mujer. Desde esta construcción del objeto profesional, el aborto no generaba incomodidades ni dilemas éticos en los/as profesionales. También era considerado un problema jurídico, y la manera de evitar tener contacto con esa realidad fue desentenderse del asunto por temor a la sanción penal y el estigma. Esta realidad comenzó a mutar cuando, a partir del nuevo milenio, la muerte de mujeres por aborto inseguro irrumpió en las emergencias obstétricas y el debate social interpeló el campo médico. El aborto comenzó a ser percibido como un problema social y el campo de intervención profesional se trasladó del aborto (como objeto abstracto y asocial) al sujeto que decide abortar, es decir las mujeres y sus circunstancias. En este punto, los relatos de los/as profesionales entrevistados dieron cuenta de denominadores comunes pero también de diferencias y matices en función de las edades, sexo, tipo de profesión y años de ejercicio profesional. Sus discursos variaban en función de los grados de autonomía y autorregulación de las profesiones respecto del poder médico.

El análisis de los discursos —contradictorios y ambivalentes— de los/as profesionales sobre las mujeres que abortan, permite señalar que la propia estructura del orden médico impregna todo el campo sanitario y hace muy difícil el cuestionamiento a ciertas representaciones y estereotipos tradicionales de género, incluso para otras profesiones. Así sucede con el embarazo y la maternidad como hecho “natural” (y el aborto como contracara, hecho antinatural). En este sentido, las mujeres que abortan eran, en alguna medida, responsabilizadas por sus conductas, activándose contra ellas lo que Zola (1973/1999) definió como *batalla moral*. La percepción de las mujeres como frágiles o vulnerables frente al problema del aborto, compelidas a tomar una decisión que —de contar con otras condiciones sociales, familiares o económicas— no hubieran tomado, formó parte del libreto de algunos profesionales, fundamentalmente médicos hombres. La respuesta frente a esta situación era más bien terapéutica, siendo las mujeres consideradas como sujetos pasivos o víctimas de sus circunstancias, por lo cual requerían de una intervención técnica correctiva de la decisión o reparadora del daño emocional. La identificación y empatía con estas mujeres, desde una visión paternalista obstruía la posibilidad de comprender el sentido liberador que podía tener la deci-

sión de abortar para muchas de estas mujeres. La visión del aborto como un acto de autonomía que interpela los mandatos sociales de género, se registró en el discurso de profesionales jóvenes y en las mujeres, aunque en una versión aún precaria y marginal. El hecho de concebir a las mujeres en tanto ciudadanas con derecho a tener derechos, implica cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, en la formación académica, en las prácticas profesionales y en las subjetividades.

Los/as profesionales, en su mayoría, expresaron “respetar” la decisión de la mujer. Esta afirmación puede interpretarse como una manifestación de los cambios en la aceptación social del aborto; como una manera de establecer distancia subjetiva y moral con la decisión (“yo no lo haría pero la respeto”); y/o como una forma de asumir la autonomía de las mujeres para tomar la decisión (“no estoy de acuerdo pero es su decisión”). Cuando se analiza el alcance de este reconocimiento se pudo observar que el derecho a decidir estaba limitado según fueran los motivos para abortar y las condiciones de la toma de la decisión: “hay abortos y abortos”.

El espacio de la consulta, esa “caja poco transparente”, era el escenario discreto donde cada profesional abordaría (o no) la demanda de atención y la herramienta para hacerlo era el asesoramiento pre y pos aborto. Como señala Schraiber (2008; 2010) el profesional ejerce su autonomía técnica en el núcleo duro de su práctica profesional: el juicio clínico y la toma de la decisión asistencial. En este sentido, las prácticas de asesoramiento pueden ser consideradas analizadores de los procesos de cambio social e institucional. Los significados de los/as profesionales asociados al asesoramiento técnico-profesional canalizaban distintas modalidades de “hacer” asesoramiento a las que clasificamos en: a) formal-instrumental, b) médico-normativo, y c) integral-implicado. Estas modalidades se mixturán, se debaten y coexisten en el discurso y prácticas profesionales. La prevalencia de una u otra modalidad varió en función del tipo de profesión y el sexo de los/as profesionales. Mientras que los médicos hombres se perfilaban más hacia la instrumentación de modalidades de tipo formal-instrumental y médico-normativo; el discurso de las mujeres, parteras, enfermeras y los/as psicólogos/as, se inclinaba hacia un tipo de asesoramiento integral-implicado. Esto responde, por lo menos, a dos cuestiones. Por un lado, a las diferencias en la forma de articular la relación persona-rol profesional en la práctica clínica que postula cada profesión. Por otro, a cómo se pone en juego la relación entre acción técnica y acción moral en la práctica profesional.

El estudio de los llamados dispositivos de asesoramiento en el campo de la salud sexual y reproductiva merece especial atención dado que son ampliamente recomendados en las políticas públicas. Por ejemplo, el uso del término *consejería* para designar este tipo de acciones técnico-profesionales, adoptada por organismos y organizaciones

internacionales que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, habilita — desde el propio uso del término— un tipo de intervención que se caracteriza fundamentalmente por su dependencia moral del sistema de valores del/la profesional, quien actúa con base en *consejos* profesionales, no necesariamente ajustados a los lineamientos definidos en la política pública. El estudio que realizamos ofrece evidencias en esta dirección al analizar cómo la acción técnica y la acción moral se entrelazan bajo la cualidad de práctica profesional cuando se trata de asesorar a las mujeres en asuntos relacionados con su vida reproductiva. Los tipos de asesoramiento que hemos identificado permiten analizar el grado de implicación entre técnica y moral, y las derivaciones que esto tiene en las prácticas profesionales. Por ejemplo, la consideración del aborto como un acontecimiento traumático con secuelas emocionales irreversibles o duraderas para las mujeres, que formaba parte del discurso de los/as profesionales, responde más bien a una concepción del aborto como enfermedad o patología y de las mujeres que abortan como irracionales. Esta formulación está lejos de lo que enseñan las evidencias científicas disponibles a nivel internacional así como del alivio que las mujeres relatan de sus experiencias pos aborto y que los/as propios profesionales escuchan en sus prácticas clínicas. Sin embargo, desde ese constructo de aborto=trauma, algunos/as profesionales estructuran un tipo de acción técnico-moral-dependiente que es iatrogénica por los efectos culpabilizadores que genera. En este plano, parecen radicarse las resistencias de los/as profesionales: en el de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente.

Las situaciones que escapan a la nosografía clásica, como por ejemplo el aborto voluntario o la violencia contra las mujeres, son las más de las veces consideradas por los/as médicos/as como asuntos extratécnicos y, al ser ubicadas desde esta concepción, se legitima la puesta en juego de lo que Schraiber (2010) denomina excusa tecnológica. Nuestro estudio permitió evidenciar que la excusa tecnológica se presenta bajo dos modalidades de práctica profesional, con frecuencia referidas por el personal médico: a) la derivación a otro profesional y b) la acción desde lo personal. La derivación a otro profesional se asentaba en valoraciones sobre las propias capacidades y limitaciones técnicas para atender a mujeres en situación de aborto. No se sentían “técnicamente” preparados. Junto con ello, la derivación podía ser considerada un efecto del estigma profesional. A partir de un deslizamiento de sentido que asociaba asesorar y realizar el aborto, en algunos médicos/as se instalaba el temor a ser considerados como esos “médicos aborteros”, descalificados por el colectivo profesional y, cuya identidad y estatus profesional estaba marcada por el estigma. La distancia técnica que se expresa a través de la derivación, se fundaba en el rechazo a quedar ubicados en ese lugar estigmatizado. Por su parte, la acción desde lo personal, es decir la subjetividad implicada en la

intervención técnica fue identificada como un factor clave en las prácticas profesionales. Las reacciones emocionales frente a las mujeres que abortan o frente a los/as colegas que lo practican, los modelos mentales desde los cuales enuncian, sienten, piensan y actúan profesionalmente, las trayectorias biográficas, entre otros aspectos, operan —junto a otras dimensiones— para producir modos específicos de intervención técnico-profesional. Hemos encontrado en los/as profesionales diferentes estrategias para gestionar esta compleja relación entre lo personal y lo profesional, desde la neutralidad afectiva hasta el involucramiento indiscriminado. Se observó que estas estrategias están relacionadas, aunque no sólo, con el tipo de profesión y formación académica. A pesar de su relevancia, sin embargo, las políticas públicas suelen desconocer la dimensión de la subjetividad implicada en los problemas que atiende.

Los cambios que se registraron en la región y en Uruguay en las prácticas de aborto a través del uso de medicamentos marcó un antes y un después en la construcción del aborto como objeto de intervención técnico profesional así como en la relación con las mujeres que deciden abortar. Progresivamente el aborto quirúrgico era desplazado por el aborto con medicamento y se comenzaban a construir nuevas modalidades de gestión del aborto inducido para las mujeres. El profesional médico ocuparía un lugar de menor protagonismo y las mujeres adquirirían mayor autonomía. Para la gran mayoría de los/as médicos, el aborto con medicamento era vivido como un evento menos exigente desde el punto de vista técnico, emocional e incluso moral a diferencia de lo que les sucedía con el aborto quirúrgico. Sin embargo, el aborto con medicamento parecía exigir mayor protagonismo a las otras profesiones, en particular aquellas “feminizadas” relacionadas con los cuidados, a quienes les implicaba mayor exposición afectiva. Este punto es interesante de ser considerado en tanto indicio del proceso de desmedicalización del aborto y de su construcción como campo de intervención para otras profesiones de la salud.

Se pudo constatar que, ante un eventual escenario de legalización del aborto, los/as profesionales manifestaron posiciones ampliamente favorables. Independientemente de su edad, profesión y sexo, los/as profesionales acordaron con la necesidad de disponer de un marco legal menos restrictivo. Los argumentos fueron básicamente similares y se basaron en que la ley n° 18426 si bien era valorada positivamente, no resolvía el problema del acceso al aborto legal y seguro y constreñía las posibilidades de intervención por parte de los servicios de salud. Se reconocía que ésta no resolvía la situación de las mujeres quienes debían recurrir finalmente al circuito clandestino para acceder al aborto. Algunos médicos/as, tuvieron reparos en participar de la prestación de servicios en caso que se legalizara el aborto, condicionando su involucramiento al

tipo de ley que se concretase. Ningún profesional hizo alusión a que haría objeción de conciencia en caso que debiera brindar servicios. Sin embargo, ello no significaba que esa posibilidad se pudiera configurar en el futuro y/o que otras formas de resistencias pudieran ponerse en juego por parte de los/as profesionales. La expresión utilizada por una médica sintetiza el momento en el cual se encontraban los/as profesionales, en un proceso de “transición de conciencia”, de cambio subjetivo ante un eventual escenario de aborto legal que parecía inexorablemente concretarse en el corto plazo y que les interpelaba en su involucramiento profesional. La aprobación en octubre de 2012 de la ley n° 18987 de interrupción voluntaria del embarazo, fue un paso importante en el proceso de consolidación progresiva de la agenda de género y derechos en Uruguay. El nuevo marco legal, aún con sus críticas y limitaciones, en particular por el tutelaje que implica del proceso de decisión de las mujeres, habilita el acceso al aborto legal en los servicios de salud.

Conclusiones

Los resultados que arroja esta tesis respecto a cómo los/as profesionales de la salud se posicionaban ante el aborto voluntario en la antesala de ese cambio legal que finalmente tuvo lugar en el país, contribuyen a comprender las complejidades implicadas en el proceso de incorporación del enfoque de los derechos sexuales y los reproductivos en el campo sanitario. A su vez, aporta al análisis de las resistencias que se observan hoy en la implementación de la nueva ley en el país, en particular en los/as médicos ginecólogos que han objetado conciencia, pero no sólo.

El tratamiento del problema que hemos abordado ofrece evidencias e interpretaciones de utilidad para el caso uruguayo y para otros países de la región donde se han adoptado similares estrategias de reducción de riesgo de aborto inseguro. Contribuye a comprender las complejidades involucradas en la instrumentación de medidas programáticas que reconozcan los derechos (no) reproductivos de las mujeres y que promuevan su atención integral. La definición de acciones programáticas es una condición necesaria para avanzar en la concreción de los derechos pero si estas acciones no se sostienen con una decidida voluntad política y en una sociedad civil activa en la exigencia de sus derechos, habrá fuertes barreras y resistencias para su incorporación en los servicios y prácticas profesionales. La integralidad que promueve el enfoque de la salud sexual y reproductiva, para que se transforme en prácticas en los servicios de salud exige insistir en algunas medidas fundamentales: a) en transformar los dispositivos de formación profesional y las currículas académicas de las distintas profesiones involucradas, no sólo del sector médico; b) en la protocolización de la atención, en particular de los llamados dispositivos de asesoramiento; c) en la reorganización de los servicios

de salud y los modelos de atención mediante el fomento del trabajo en equipos de salud, en tanto espacios que habilitan acordar modalidades de intervención, pensar las prácticas profesionales y rendir cuentas; d) en el desarrollo de acciones de incidencia social dirigidas a fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en el espacio de la salud, entre otras.

Como hemos enfatizado a lo largo de estas páginas, el aborto voluntario como ejercicio de derechos es un objeto de disputa. Su reconocimiento trastoca las relaciones de dominación de género que se producen y reproducen en los distintos ámbitos sociales y que anidan en las subjetividades. Las dinámicas que se pueden observar en el espacio institucional de la salud son un ejemplo de ello.

El diálogo fecundo entre las teorías feministas y los enfoques interpretativos en ciencias sociales se enfrenta a importantes retos en el estudio de la compleja relación entre servicios de salud, profesionales y derechos sexuales y reproductivos, en tiempos de instrumentación de prestaciones en salud sexual y salud reproductiva en los países de la región. De-construir los modelos de calidad de atención de cuño biomédico y tecnocrático que se aplican en el campo sanitario para evaluar su propio desempeño, es uno de los desafíos políticos, teóricos y metodológicos más relevantes en el entendido que, las más de las veces, se definen como problemas de calidad, prácticas que al ser vistas desde otro ángulo pueden ser conceptualizadas como vulneración o violación de derechos de las mujeres.

Finalmente, podemos concluir señalando que la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto —relación mediada por el encuentro con los/as profesionales de la salud— es un locus privilegiado para monitorear y evaluar las posibilidades, dificultades y resistencias que encuentra la agenda de género y derechos en el campo sanitario. Allí radica precisamente una de las dimensiones más importantes donde se juega el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular para el acceso al aborto seguro y legal.

Referencias

- Abracinskas, Lilián & López Gómez, Alejandra (Eds.) (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- Andreoli, Miguel (2011). Las consideraciones éticas del veto contra la despenalización del aborto en Uruguay. En Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Alicia Castro, Graciela Sapriza & Gualberto Arribeltz (Eds.). *(Des)penalización del aborto en Uruguay Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja* (pp. 265-284). Montevideo: CSIC, Universidad de la República.

- Banfi, Analía, Cabrera, Oscar, Gómez, Fanny & Hevia, Martín (2010). El veto del Ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo los argumentos. *Cuadernos Aportes al Debate en Salud, Ciudadanía y Derechos*, 1(1), 13-69. Montevideo: MYSU. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-El-veto-ejecutivo.pdf>
- Barrán, José Pedro (1992). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo 2. La sociedad disciplinada*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bidegáin, German (2007). Fundamentos teóricos de los parlamentarios al legislar sobre aborto. En Lilián Abracinskas & Alejandra López Gómez (Eds.), *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático* (pp. 99-118). Montevideo: MYSU.
- Boltanski, Luc (1974). *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia
- Bottinelli, Eduardo & Bouquet, Daniel (2010). La opinión pública sobre aborto. *Cuadernos de Debate sobre Ciudadanía, Salud y Derechos*, 1(2), 11-31. Montevideo: MYSU. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descargue-aqui-Aborto-en-la-op-pública.pdf>
- Bourdieu, Pierre (1980/2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loic (1992/2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Briozzo, Leonel (Ed.) (2007). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Canguilhem, Georges (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- 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. En Carolina Agoff, Irene Casique & Roberto Castro (Eds.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos* (pp. 145-165). México DF: Porrúa y CRIM-UNAM.
- Chiarotti, Susana, García Jurado, Mariana, Aucía Analía & Amichiardi Susana (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención a salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR, CLADEM.
- Foucault, Micheal (1963/1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI.
- Foucault, Micheal (1971/1993). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta
- 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.
- Illich, Ivan (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1(1), 73-77. doi:10.1136/jme.1.2.73
- Johnson, Niki, López Gómez, Alejandra & Schenck, Marcela (2011). La sociedad civil ante la despenalización del aborto: opinión pública y movimientos sociales. En Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Alicia Castro, Graciela Sapriza & Gualberto Arribeltz (Eds.), (Eds), *(Des)penalización del aborto en Uruguay*

- Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja* (pp. 265-284). Montevideo: CSIC, Universidad de la República.
- Ley N° 9763 de 28 de enero de 1938, Delito de Aborto en el Código Penal. Extraído el 20 de enero de 2014 de <http://www.parlamento.gub.uy/Leyes/Ley09763.htm>
- Ley N° 18.426 de 10 de diciembre de 2008 (Diario Oficial), de Salud Sexual y Reproductiva. Extraído el 20 de noviembre de 2014 de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Ley N° 18.987 de 30 de octubre de 2012 (Diario Oficial), de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Extraído el 20 de noviembre de 2014 de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3>
- Ley N° 18.211 de 13 de diciembre de 2007 (Diario Oficial), de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Extraído el 20 de noviembre de 2014 de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Ley N° 18.731 de 25 de enero de 2011 (Diario Oficial), de Seguro Nacional de Salud. Extraído el 20 de noviembre de 2014 de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18731-2011/4>
- Ley N° 18.732 de 25 de enero de 2011 (Diario Oficial), Seguro Nacional de Salud, FONASA. Incorporación de nuevos afiliados.. Extraído el 20 de noviembre de 2014 de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18732-2011/4>
- López Gómez, Alejandra & Abracinskas, Lilián (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, 7-49. Montevideo: UNFPA. Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/publications/124_file1.pdf
- López Gómez, Alejandra, Benia, Wilson, Contera, Miriam & Guida, Carlos (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.
- Lourau, Renée (1969/1994). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Menéndez, Eduardo (1984). Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto atención en salud. *ARXIU D'Etnografía d Catalunya*, 3, 84-119. Recuperado de <http://antropologia.urv.es/aec/pdf/N3/articulos/modelo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2004). *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, Ordenanza 369/04, Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Mujer y Salud en Uruguay (2008). *Informe 2008. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: Autor. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe-Observatorio-2008.pdf>
- Mujer y Salud en Uruguay (2009). *Informe 2009. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe_Observatorio_2009.pdf

- Mujer y Salud en Uruguay (2010). *Informe 2010. Salud Sexual y Reproductiva y profesionales de la salud Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/Descarga-aqui-Informe_Observatorio_2010.pdf
- Oakley, Anne (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Basil Blackwell.
- Parsons, Wayne (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México DF: FLACSO.
- Ramos Silvina, Gogna, Mónica, Petracci, Mónica, Romero, Mariana. & Szulik Diana (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- Rothman, Barbara K (1978). Childbirth as negotiated reality. *Symbolic Interaction*, 1(2), 124-137. Doi: 10.1525/si.1978.1.2.124
- Sanserviero, Rafael (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres a decidir*. Montevideo: Ruda, IPPF, AUPF.
- Sapriza, Graciela (1997). Mentiras y silencios: el aborto en Uruguay del Novecientos. En José Pedro Barrán, Gerardo Caetano & Teresa Porzecanski, (Eds.), *Historias de la vida privada en Uruguay. Tomo II, El nacimiento de la intimidad (1870-1920)* (pp. 115-142). Montevideo: Santillana.
- Sapriza, Graciela (2011). Historia de la (des)penalización del aborto en Uruguay. 'Aborto libre'. Una corta experiencia uruguaya (1934-1938). En Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Alicia Castro, Graciela Sapriza & Gualberto Arribeltz (Eds.), *(Des)penalización del aborto en Uruguay Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja* (pp. 19-65). Montevideo: CSIC, Universidad de la República.
- Schraiber, Lilia Blima (1998). Medicina tecnológica e práctica profesional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2), 215-216. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100020>
- Schraiber, Lilia Blima (2008). *O médico e sua interações: a crise do vínculo de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, Lilia Blima (2010). Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud. En Roberto Castro & Alejandra López Gómez (Eds.), *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. (pp. 11-26). Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR; CRIM-UNAM.
- Souza Minayo María Cecilia de (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tamayo, Giulia (2001). *Bajo la piel. Derechos sexuales. Derechos reproductivos*. Lima: CMP Flora Tristán.
- Turner, Bryan (1987/1999). Profesiones, conocimiento y poder. En Carmen De la Cuesta Benjumea (Ed.), *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina* (pp. 187-222). Medellín: Universidad de Antioquia.

Zola, Irving (1972/1999). La medicina como institución de control social. En Carmen De la Cuesta Benjumea (Ed.), *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. (pp. 23-46). Medellín: Universidad de Antioquia.

Zola, Irving (1973/1999). Sendas que conducen al médico. Cómo una persona se convierte en paciente. En Carmen De la Cuesta Benjumea (Ed.), *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina* (pp. 162-184). Medellín: Universidad de Antioquia.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)