

Presentación sintética de los principales contenidos del libro

## **Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir<sup>1</sup>**

Red Uruguaya de Autonomías (RUDA) en convenio con Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF)

Estamos presentando los principales hallazgos de una investigación que tuvo por objeto reconocer y hacer visibles las barreras que enfrentan las mujeres uruguayas cuando se les presenta la necesidad de abortar. Partimos de un grupo de “barreras provisionarias”, asumidas como hipótesis, que fueron contrastadas con las situaciones indagadas dentro de un universo de mujeres adultas usuarias de servicios de salud estatal y mujeres adolescentes usuarias de servicios de salud estatal e instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC). Esas barreras provisionarias fueron: a) de índole jurídica, incluyendo la normativa legal y administrativa, la interpretación que se hace de las leyes, y la puesta en práctica de las normativas sanitarias; b) barreras provenientes de los servicios de salud y de la práctica asistencial, la accesibilidad a los servicios, las prácticas de los proveedores de salud, con énfasis en sus respuestas a las demandas de las usuarias; c) barreras del contexto sociocultural, incluyendo los planos materiales y simbólicos.

El trabajo que presentamos es el resultado de un esfuerzo por indagar al interior del proceso social mediante el cual abortar es un acto que expone a las mujeres a ser perseguidas por la ley y las descalifica moralmente, manteniéndose simultáneamente la práctica del aborto como una estrategia socialmente legitimada para la regulación de la fecundidad.

Es relevante que la investigación fue contemporánea con el desarrollo de dos fenómenos con directa incidencia en los procesos de aborto. El primero es la difusión del conocimiento acerca del Misoprostol como fármaco abortivo y las acciones emprendidas desde el Estado para limitar el acceso de las mujeres a ese recurso para abortar. El segundo, y contradictorio con el anterior, es el desarrollo de un “nuevo discurso” desde la medicina y el Estado hacia las mujeres que abortan, contenido en la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública, de agosto de 2004. Ese nuevo discurso promueve una estrategia de “reducción de riesgos y daños” por causa de abortos de riesgo. La investigación da cuenta de las limitaciones de esta política estatal e intenta aportar algunas claves para interpretarlas.

---

<sup>1</sup> **Rafael Sanseviero**, dirección de la investigación; elaboración y redacción del informe final; **Susana Rostagnol**, colaboración en la elaboración teórica-metodológica; trabajo de campo, análisis e interpretación de los resultados y revisión final; **Serrana Mesa**, trabajo de campo y análisis de los aspectos médicos-legales; **Valeria Grabino**, trabajo de campo y análisis cualitativo; **Carla Sacchi Cerruti**, trabajo de campo y sistematización de la información cuantitativa; **Mónica Guchin**, análisis e interpretación de la información cuantitativa y revisión del informe final; **Clara Olmedo**, desgrabación de entrevistas y digitación de datos.

## ¿Qué derecho es el derecho al aborto voluntario?

(Presentación breve de las principales categorías de análisis)

**Mujer en situación de aborto y maternidad no viable.** La “situación de aborto” es el proceso que atraviesa cualquier mujer que enfrenta una maternidad no viable. Todas las mujeres en edad fértil pueden enfrentar una situación de aborto, y la intención de abortar expresa la inviabilidad de la maternidad potencialmente implícita en el embarazo que cursa. No es relevante si el embarazo sobrevino en forma planificada o accidental, sino la incompatibilidad de la potencial maternidad con planos cruciales de la vida de la mujer en cuestión. La situación de aborto concluye cuando el conflicto se dirime, ya sea porque la mujer aborta, o porque acepta la continuidad del embarazo.

**Maternidad voluntaria y maternidad forzada.** La maternidad es voluntaria cuando la decisión de llevar a término un embarazo es adoptada por la mujer como consecuencia del deseo de ser madre en ese momento. Lo relevante en esta situación son los niveles de autonomía con que se procesa la decisión de la mujer de continuar o interrumpir ese embarazo. Cuando la continuación de un embarazo obedece a razones diferentes al deseo de ser madre se está ante una limitación dramática al derecho a decidir; en ese caso la maternidad es forzada.

**El derecho al aborto integra el derecho a la maternidad voluntaria.** El reconocimiento del aborto voluntario como un derecho encuentra justificación en que no es posible ejercer el derecho a la maternidad voluntaria si están restringidas las posibilidades de evitar la maternidad forzada. La maternidad solo puede ser voluntaria si existen condiciones materiales y simbólicas socialmente legitimadas para evitar las maternidades forzadas.

**Aborto indigno.** Analizar el aborto voluntario desde una perspectiva de derechos demanda situarse en la intersección de las prácticas sociales donde se produce la necesidad de abortos, y los planos discursivos, las categorías políticas y las normas del derecho internacional de los derechos humanos. Los derechos humanos constituyen un corpus político jurídico “indicativo de lo esencial para una vida humana digna”. La dignidad en que se producen los abortos voluntarios es una dimensión clave para evaluar las condiciones de realización del ejercicio del derecho a decidir.

## PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

### Limitaciones y fracasos de los medios autorizados para la regulación de la fecundidad.

**Voluntad de regular la fecundidad mediante medios autorizados** Entre las mujeres adolescentes y pobres captadas en los diferentes centros de atención de salud, 98% son sexualmente activas<sup>2</sup> y 81,5% de ellas dicen utilizar “estrategias autorizadas” para regular su fecundidad (principalmente diferentes Métodos Anti Conceptivos –MAC). Es relevante que 80.6% de ellas manejan información adecuada y refieren usar los MAC correctamente, y 15,3% maneja la información adecuada pero no informa de un uso correcto del MAC.

**Limitaciones y segmentación social de la oferta de recursos legalmente autorizados para regular la fecundidad** Las entrevistas a profesionales ginecólogos revelaron la existencia de una significativa segmentación en la oferta de recursos legales para regular la fecundidad. Se destacan dos cortes extraordinariamente relevantes: la diferencia entre la oferta según la atención se brinde en el ámbito estatal o privado, y la declinación en la oferta de los diferentes medios para regular la fecundidad a medida que estos son más efectivos y radicales (DIU y esterilización quirúrgica). Así es que 100% dice asesorar en el uso de MAC (anticonceptivos orales, condones), pero solo 68% de ellos lo hace en la órbita estatal y privada. Respecto a la Anticoncepción de Emergencia, dicen asesorar 96%, pero solo 64% lo hace en los dos ámbitos de actividad. En relación al DIU 84% dice colocarlo pero solo 48% lo hace en ambos ámbitos. La esterilización quirúrgica es realizada por 60% de los entrevistados pero solo 24% la practica en la esfera estatal y en la privada. En todos los casos la oferta de cualquiera de estos recursos es ampliamente superior en el ámbito privado que en el estatal.

Cuadro comparativo de disposición de profesionales a brindar diferentes recursos legales para la regulación de la fecundidad							
ASESORA O REALIZA							
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA		COLOCA DIU		AE		ASESORA SOBRE MAC	
SI	No	SI	NO	SI	NO	SI	
60%	40%	84%	16%	96%	4%	100%	
DISTRIBCIÓN POR AMBITO DE ACTIVIDAD							
Solo en servicios estatales	Solo en servicios privados	Solo en servicios estatales	Solo en servicios privados	Solo en servicios estatales	Solo en servicios privados	Solo en servicios estatales	Solo en servicios privados
12%	24%	8%	28%	12%	20%	12%	20%
EN SECTOR PRIVADO Y TAMBIEN ESTATAL							
24%		48%		64%		68%	

<sup>2</sup> Asumiendo en un sentido restringido como sexualmente activas aquellas que mantienen relaciones coitales y heterosexuales.

**La jerarquía de género, clase y saber en el espacio médico-usuaria** Las entrevistas a profesionales de la salud y a las mujeres revelaron que el *sistema de jerarquías* en la interacción médico@-usuaria representa una restricción a la capacidad de las mujeres de apropiarse de los recursos legales disponibles para regular la fecundidad. Se trata de un sistema basado en la triple subordinación femenina por género, clase y saber, que opera con independencia de la voluntad de las y los participantes (médico@ y usuaria). Está determinado por un *habitus asistencial* (Bourdieu) que otorga a unos la suma del poder-saber y a las otras la condición de sujeto pasivo que debe asumir “conductas saludables y responsables” a partir de estrategias basadas en la “evidencia científica” de la biomedicina, independientemente de los contextos sociales e individuales de cada sujeta.

**Fallos y fracasos de los medios autorizados para regular la fecundidad** Entre las mujeres que usan MAC, aquellas que tuvieron todos o algunos de sus embarazos no planificados se ubican en un rango de 45% a 66%, mientras que aquellas que no se cuidaban con ningún MAC y refieren que todos o algunos embarazos accidentales son entre 40% y 80%. Dentro de las mujeres que continuaron embarazos no planificados, 43% manejaban información adecuada y usaban correctamente MAC, y 21,6% no revelaban usarlos correctamente, pese a manejar información adecuada.

**Maternidades voluntarias, maternidades forzadas, y abortos voluntarios** La estimación de las mujeres que fueron madres voluntarias dentro de nuestra muestra asciende a 57,2%, las que fueron madres forzadas alcanzan a 29,3%; y las que habrían abortado son 13,5% del total de mujeres que estuvieron embarazadas. Ello implica que las posibilidades de ser madre forzada casi triplican las de poder abortar en forma voluntaria. El rango de embarazos concluidos en abortos voluntarios es entre 10% y 26%. Este último valor es absolutamente consistente con otras investigaciones<sup>3</sup>.

**No hay acceso a “buenos abortos”** Los dispositivos legales y administrativos que habilitarían interrumpir embarazos en forma menos indigna (abortos “calificados”, Ordenanza 369 del Ministerio de Salud pública, uso de Misoprostol), constituyen un universo discursivo ajeno a las prácticas de las mujeres objeto de nuestra investigación, y también ignoradas o boicoteadas por una proporción significativa de proveedores de salud entrevistados.

## CONCLUSIONES

Las “barreras al derecho a decidir” integran un sistema denso de restricciones al ejercicio de derechos de las mujeres que se hacen operativas para cada mujer que enfrenta una “situación de aborto”. Esa “situación” se configura cuando la maternidad implícita en un embarazo entra en conflicto con algún plano de la vida presente o futura de la gestante. Aunque las consecuencias de una *situación de aborto* se sitúan en el futuro, la *decisión* de interrumpir o continuar el embarazo debe ser tomada por la mujer en forma perentoria e inapelable.

La continuidad de un embarazo conflictivo puede dar lugar tanto a una maternidad voluntaria como a una maternidad forzada. La maternidad forzada es el resultado de un proceso donde la autonomía de la mujer para decidir sobre la continuidad o interrupción del embarazo estuvo dramáticamente limitada porque tuvieron preeminencia razones diferentes al deseo de ser madre en ese momento. Resulta evidente que las “consecuencias humanas” de *las barreras al derecho a decidir* no solo se expresan en la cantidad de abortos voluntarios realizados en condiciones indignas, sino también y muy especialmente, en el altísimo porcentaje de situaciones de aborto que concluyen en maternidades forzadas.

---

<sup>3</sup> Sanseviero, 2003.

**Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir**

---

El análisis del material empírico reveló que las madres forzadas duplican a quienes abortaron en condiciones indignas, y la suma de ambos grupos representa un valor muy próximo al de las madres voluntarias.

Considerando la maternidad voluntaria como *variable principal de realización del derecho a decidir*, el número de mujeres que no pudieron ejercer sus derechos es casi igual al de aquellas que sí pudieron ejercerlos.

Respecto a los abortos realizados en condiciones indignas, se estimó que cada cuatro embarazos uno habría concluido en aborto voluntario entre las mujeres de nuestra muestra, valor consistente con otras investigaciones recientes<sup>4</sup>.

Es paradójico que para ejercer el derecho a no ser madre forzada, la mujer gestante deba “renunciar” a dignidades básicas reconocidas en el derecho internacional de los derechos humanos: entre ellos a la vida y la sobrevivencia, a la salud, a la privacidad y la libertad de conciencia, a beneficiarse del progreso científico, a un recurso efectivo, entre otros.

La caracterización del aborto como conducta delictiva es el fundamento jurídico sobre el cual se desarrolló a lo largo de décadas un sistema de restricciones discursivas y prácticas, cuyos principales agentes han sido el sistema político-administrativo del estado, la medicina y los servicios de salud.

Además de la restricción al ejercicio de derechos que impone la reducción simbólica del aborto a su dimensión jurídica (un delito), las relaciones sociales que se establecen alrededor de una mujer en situación de aborto están atravesadas por las representaciones sociales de la reproducción y la sexualidad femenina.

Esas representaciones intervienen, dando sentido a los discursos y prácticas de las propias mujeres y, especialmente, de las agencias que implementan el programa estatal de políticas públicas relacionadas con la regulación de la fecundidad.

La descalificación de la sexualidad no reproductiva y el mandato imperativo de la maternidad ocupan un lugar central entre las representaciones que restringen el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos; son productoras de coerciones cuyos resultados son abortos indignos o maternidades forzadas.

El programa estatal relacionado con los derechos sexuales y reproductivos, considerado en conjunto y medido a través de sus resultados, refleja, amplifica y reproduce las representaciones y prácticas sociales que inhabilitan o restringen el ejercicio de derechos para las mujeres en situación de aborto, y para todas aquellas que necesitan regular su fecundidad.

Tanto en sus acciones como en sus omisiones, el programa del Estado está dominado por la perspectiva que impone el carácter delictivo del aborto voluntario, las representaciones hegemónicas de la reproducción y la sexualidad femenina y las relaciones jerárquicas de género, clase y edad.

Las intervenciones orientadas a *remover barreras al ejercicio a decidir* deben partir de la premisa que en la sociedad, considerada como un colectivo, la necesidad de abortos se produce en forma imprevisible, espasmódica, azarosa, en tanto es resultado del ejercicio de la sexualidad por parte de las individuos. Por ello no es posible prever cuándo ni dónde se producirá una situación de aborto, ni tampoco establecer de antemano cuales serán las barreras al derecho a decidir que operarán sobre cada mujer que enfrente esa situación en algún momento de su vida.

El éxito de las estrategias orientadas a aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer una autónoma regulación de la fecundidad, incluyendo el derecho al aborto practicado en condiciones dignas, implica en primer lugar la modificación de un orden simbólico de subordinación de las mujeres en el campo de la

---

<sup>4</sup> Según estimación de Sanseviero 2003: 33000 abortos para el año 2000.

sexualidad y la reproducción. Ese orden se manifiesta tanto en los niveles macro de discursos legítimos, leyes y normas, como también en los niveles micro de las relaciones interpersonales.

La variable crucial para la consagración del derecho a la maternidad voluntaria implica otorgar legitimidad social y jurídica, y políticas estatales para evitar la maternidad forzada.

## PRESENTACIÓN SINÓPTICA DE BARRERAS AL DERECHO A DECIDIR

La identificación y remoción de las barreras al ejercicio de derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción supone reconocer las maneras en que se organizan y entrelazan las subordinaciones por género, clase y edad, tanto a nivel de las representaciones discursivas predominantes, así como las maneras en que se reproducen y actualizan en las prácticas del sistema jurídico, médico, educativo, y en particular en los sistemas asistenciales de la salud.

El “derecho a decidir” sobre el que se interponen las barreras que indagamos surge del conflicto entre maternidad voluntaria y maternidad forzada. La investigación develó que las barreras no “funcionan” en forma aislada sino superpuesta, sobreimpresas, a veces contradictoriamente. Con una exclusiva finalidad analítica, considerando la “situación de aborto” como un recorrido vital dentro del cual identificamos barreras, las hemos clasificado como barreras indirectas y barreras directas. Las barreras indirectas son aquellas que dan sentido a las acciones de los colectivos y las personas. Las barreras directas se expresan mediante acciones y prácticas que interfieren directamente en la decisión y concreción del derecho a decidir. La distinción entre unas y otras barreras tiene como única finalidad facilitar el reconocimiento del campo de las restricciones al ejercicio de los derechos, con la finalidad de facilitar intervenciones para removerlas.

### Barreras indirectas

Relaciones jerárquicas de género, clase y edad Estas barreras operan desde las representaciones hegemónicas acerca de la mujer, la mujer pobre y la adolescente. Se trata de (des)calificaciones establecidas mediante sistemas de jerarquías que son aceptadas por los agentes sociales casi sin discusión ni reflexión. De acuerdo a esas (des)calificaciones las mujeres pobres y las mujeres adolescentes carecen de las competencias necesarias para adoptar conductas responsables en el campo de la sexualidad y la reproducción. De esa conceptualización se hace derivar la necesidad que las mujeres sean “tuteladas” por parte de agentes socialmente más calificados (padres, esposos, autoridades políticas, médic@s, entre los más significativos).

Esta barrera circula como un sistema de señales en el contexto cultural dominante, y el material empírico revela diferentes maneras en que esas señales son asumidas por agentes relevantes (personal de salud, educadores) y también por las propias mujeres. Su campo de incidencia son las representaciones y prácticas sexuales y reproductivas, provocando una restricción (inhabilitación) para ejercer un control autónomo de su sexualidad y reproducción.

Representaciones dominantes de la sexualidad femenina Se trata de una barrera directamente vinculada con la anterior pero cuya incidencia en el campo que nos ocupa es suficientemente gravitante como para justificar su desglose. En particular resulta muy significativa la manera en que los sentidos que adquiere la sexualidad femenina en el contexto cultural son actualizados en sus prácticas por las propias mujeres, adultas y adolescentes, así como por l@s profesionales de la salud. Como resultado de estas actualizaciones se evidencian coerciones que producen tanto abortos provocados en condiciones indignas así como maternidades forzadas.

Mandato de la maternidad La homologación mujer-madre instituye el mandato imperativo de la maternidad. Es una de las barreras principales en la inhibición del derecho a decidir en materia

**Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir**

---

reproductiva. La decisión coloca a la maternidad fuera del campo del mandato para radicarla en una esfera donde la mujer adquiere un status de sujeto moral: la voluntad. En tanto barrera, la homologación mujer-madre, circula también mediante señales indelebles en el contexto cultural dominante y encuentra en las instituciones de la educación, en las familias, en los agentes proveedores de salud y en las propias mujeres sus principales reproductores. Impacta directamente en las decisiones reproductivas, especialmente en la concreción o no del aborto voluntario y en la aceptación de la maternidad forzada.

Sentidos dominantes acerca del aborto voluntario El sentido que adquiere el aborto voluntario proviene en primer lugar de las agencias que históricamente han tomado la palabra para referirse a él (iglesia, medicina, campo jurídico). A partir de los sentidos que esas agencias le otorgan al aborto se ha configurado un *campo de fuerza moral-intelectual* en el cual no tiene cabida la peripecia de la mujer en situación de aborto; el aborto siempre es un “mal moral”, una “fuente de riesgos”, y singularmente un “acto delictivo”. En el discurso de la medicina, predominante entre los ginecólogos, el aborto sigue siendo un acto que descalifica a la mujer. Esta (des)calificación opera desde la cultura dominante pero se articula muy especialmente dentro del discurso y la práctica de los agentes del campo médico. En tanto allí se negocian, eventualmente, las posibilidades de concreción de los abortos, los sentidos dominantes en el discurso médico acerca del aborto voluntario resultan especialmente gravitantes como barrera al ejercicio de derechos en las esferas de la sexualidad y la reproducción.

Resignificación de la legislación y las normas administrativas La legislación uruguaya en relación al aborto es al mismo tiempo radicalmente restrictiva y ambigua. Ello ha generado un campo fértil para que en los discursos y las prácticas sociales se produjeran resignificaciones (interpretaciones) entre las que predominan las de aquellos actores sociales con mayor poder. Como expresión de esas resignificaciones se destaca una copiosa producción en el área de la salud pública articulada a partir del carácter delictivo del aborto. Ello ha dado lugar a un estatuto pseudo legal *de facto*, donde históricamente los profesionales de la salud encontraron el fundamento para *omitirse* como agentes de salud, asumiendo un rol disciplinador frente a la mujer en situación de aborto. Los efectos de estas barreras se evidencian también en las magnitudes de maternidades forzadas y abortos realizados en condiciones indignas.

**Barreras directas**

**La legislación penal sobre aborto y sus resignificaciones** Desde el punto de vista de los discursos y las prácticas sociales, la criminalización representa la principal barrera al ejercicio de derechos, en la medida que todas las restricciones se fundamentan en primer lugar por el carácter delictivo del aborto. En la legislación uruguaya el aborto es materia penal, y califica todo aborto como delito aunque habilita al Poder Judicial a dejar sin castigo abortos provocados en determinadas circunstancias, plazos y condiciones. Esta peculiaridad no ha obstado a que desde el Estado y la medicina predomine una reducción del aborto voluntario a su condición de acto ilícito, lo cual restringe la posibilidad de intervenciones no penales.

**Omisiones, fracasos y boicot a estrategias legales para regular la fecundidad** La incidencia del campo programático en la producción de barreras es central ya que en el programa estatal se define, orienta, habilita y asigna recursos, para las políticas estatales y la intervención de terceros:

Las omisiones derivan de: a) la ausencia de estrategias adecuadas pertinentes y oportunas para los diferentes tipos de poblaciones a las que están dirigidas; b) la manera en que los servicios de salud segmentan la oferta de medios legales para regular la fecundidad, siendo especialmente restringida la oferta de aquellos medios más seguros y radicales; c) la ausencia de una oferta abierta y accesible a “abortos calificados”, fármacos abortivos, y también a la restricción en la oferta de atención “pre y post aborto” reglamentada por la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública en 2004.

Los fracasos derivan en gran medida de la concepción sociocéntrica con que las políticas son elaboradas, implementadas y evaluadas, y del predominio de intervenciones basadas en la transferencia de información y el cambio de actitudes como principal estrategia.

El boicot se manifiesta mediante negativas abiertas y encubiertas, o como descalificaciones por parte de médic@s y personal administrativo de la salud a algunas ofertas legales de regulación de la fecundidad y a intervenciones para la reducción de riesgos y daños (como la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública).

Este conjunto de características de las intervenciones estatales constituyen una barrera de la mayor significación porque contribuyen a la producción de la necesidad de abortos y a la ocurrencia de maternidades forzadas.

**Prácticas, rutinas y costumbres en servicios de salud** Las prácticas de las burocracias en los servicios de salud se integran con rutinas administrativas y también con prácticas donde predominan sesgos discriminatorios por género, clase y edad, que impactan sobre los grupos más desempoderados, limitando las posibilidades de ejercer derechos. Esas prácticas, en forma directa y mediante resignificaciones que circulan en las redes sociales, limitan severamente las capacidades para que las mujeres puedan apoderarse de los recursos legales para regular su fecundidad que están disponibles en los servicios de salud.

**Asimetrías de poder de género, clase, edad y saber en la consulta médica** Las relaciones de poder presentes en las consultas de las mujeres a los servicios de atención médica representan una severa limitante a la posibilidad que aquellas ejerzan algunos derechos que les son discursivamente reconocidos. Las condiciones en que se produce la consulta médica constituyen una limitante severa al ejercicio de derechos respecto al aborto voluntario y la maternidad forzada, ya que los sentidos dominantes y los límites de “lo posible” están determinados por la cultura dominante y las diferencia de poder real entre l@s médic@ y las mujeres.

**Disputas al interior del espacio profesional y académico de la medicina** La disputa por el prestigio profesional y académico en el ámbito de la medicina quedó identificada también como una barrera a la prestación de servicios adecuados, pertinentes y oportunos a mujeres en situación de aborto. Ello se evidencia especialmente en las resistencias al nuevo discurso de la medicina y el Estado hacia la mujer en situación de aborto (Ordenanza 368 del Ministerio de Salud Pública. Es posible suponer que la carga de sentidos negativos que acompaña la reivindicación de derechos en relación al aborto voluntario se transfiere simbólicamente de las mujeres a los profesionales o grupos de profesionales que intentan modificar las respuestas tradicionales de la medicina en este plano.

**ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS SEGUIDAS PARA LA INVESTIGACIÓN***Análisis de documentos jurídicos y administrativos.*

Relevamiento, abordaje hermenéutico y comparativo de textos jurídicos y análisis realizados por especialistas; contraste del análisis e interpretación con los discursos provenientes de los proveedores de salud.

*Entrevistas a mujeres y proveedores de salud.*

Entrevista colectiva semi-estructurada a un grupo de 12 mujeres cuyo criterio de inclusión fue que se asistieran en dependencias de Salud Pública. Todas mayores de 19 años.

Entrevista en profundidad a mujeres, algunas de las cuales habían vivido la experiencia de realizarse un aborto recientemente y otras con anterioridad. Contrastando los resultados de esas entrevistas individuales y colectiva con las provenientes de investigaciones anteriores (Sanseviero, 2003; Rostagnol y Viera, 2006), permitieron determinar el nivel de saturación.

Entrevistas a ginecólog@s en Montevideo como en el interior. L@s ginecólog@s entrevistados trabajan tanto en el primer como en el tercer nivel de atención o en ambos. Las distintas inserciones profesionales ampliaron el rango de respuestas sobre “resignificaciones” de la ley, la influencia de sus opiniones en relación al aborto voluntario.

Entrevistas a otros efectores de salud, (parteras, directores de Hospital de interior y dos directores de ASSE interior) para indagar otras miradas sobre nuestro tema de estudio desde diversos ámbitos de trabajo y poderes de decisión.

*Entrevistas a operadores del Poder Judicial.*

Entrevistas en profundidad a jueces y juezas penales

*Encuestas y cuestionarios a mujeres y proveedores de salud.*

Encuestas a usuarias adultas, proveedores de salud y a adolescentes en un universo constituido por todas las mujeres de 14 años y más que durante el período de tiempo del relevamiento se encontrasen en Sala de Espera para la consulta ginecológica, en Policlínicas del Sub sector Público – Intendencia Municipal de Montevideo y Salud Pública<sup>5</sup>- y en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

Encuesta dirigida a ginecólog@s en un universo comprendido por todos los/as ginecólogos que en la actualidad se encuentren en ejercicio de su profesión en la Ciudad de Montevideo, cualquiera fuese su ámbito de trabajo - público, mutual y/o privado.

Cuestionario individual, anónimo, abierto, a adolescentes (entre 14 a 19 años) previamente a la realización de una Jornada de Capacitación en Sexualidad de AUPF en una ciudad del interior del país.

Cuestionario a estudiantes del último año del residentado de ginecología (Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Hospital Policial y Hospital Militar).

Cuestionario auto administrado a parteras.

<sup>5</sup> En Salud Pública se atienden los sectores socioeconómicos más empobrecidos de la población, teniendo presentar como requisito para que se efective la misma un Carné de Asistencia.