CUERPO FEMENINO: ¿LIBERACIÓN O NUEVAS FORMAS DE SUJECIÓN?

La regulación del IVE promulgada en la Ley de salud sexual y reproductiva vigente, fue planteada como una herramienta legal que tiende a descriminalizar las prácticas abortivas dando lugar a la decisión autónoma de la mujer sobre su propio cuerpo. Nuestro análisis postula que dentro de este planteo subyace aún una concepción de la mujer como sujeto que necesita de la heteronomía para la resolución de prácticas sobre su cuerpo y su vida, en pocas palabras, un sujeto tutelado. Para defender esta hipótesis el presente trabajo tomará como punto de partida el planteo teórico postulado en el siglo XX por el filósofo francés Michel Foucault y otros teóricos contemporáneos que continúan su línea de investigación a propósito de la estructuración de los sistemas políticos que surgen en la época Moderna. Partiendo fundamentalmente de la noción de bio-poder como categoría de análisis que permite vislumbrar cómo funcionan las relaciones de poder que implica dicha legislación y de los supuestos antropológicos que parte, por tanto, qué tipo de subjetividad femenina concibe y promueve.

Cabe aclarar las implicaciones del término "poder" en este marco teórico. Foucault se enfrenta a toda una tradición filosófica occidental del poder, según él la misma considera el poder en términos *económicos*, esto es, como un "bien". En palabras del autor:

> Este [el poder] es considerado como un derecho que uno posee como un bien y que, por consiguiente, puede transferir o enajenar de una manera total o parcial mediante un acto jurídico o un acto fundador de derecho (...) que sería del orden de la cesión o del contrato (Foucault, 2006:26).

Esta postura es llamada por Foucault "t*eoría política de la soberanía*" y contiene tres características fundamentales, a saber: sujeto, unidad de poder y ley. Este *sujeto* funda un sistema *jurídico* legitimando un *soberano* que contendrá en sí mismo el poder delegado unificándolo. De esta manera, mediante la delegación del poder, dicho sujeto pasa a constituirse como súbdito de un sistema político que reconoce como legítimo. Esta tradición refiere a lo que conocemos como "contractualismo", es decir, una teoría que entiende que el estado jurídico en el cual vivimos es consecuencia de una situación ideal de contrato entre los miembros de una comunidad. Dicha postura ha tenido varias críticas a lo largo de la historia del pensamiento, la más relevante es la marxista. Marx pone en cuestión la legitimidad de dicho contrato, en la medida en que ve en el Estado que el contrato justifica un mecanismo de represión que permite el mantenimiento de relaciones de poder que tienden a oprimir a cierta clase social, de allí se deriva la noción de poder en tanto represión. Sin embargo Foucault considera la crítica marxista insuficiente en la medida en que su punto de partida continúa siendo una concepción economizante del poder, ello significa que tanto para los contractualistas, como para Marx el poder es entendido como un bien sobre el cual se

puede ejercer la posesión. Tal interpretación del poder supone una cosificación del mismo, en el sentido de que este es entendido como un "algo" que se posee, adjudicándole de este modo una naturaleza única, cuya nota esencial sería la capacidad de ser poseído y delegado o bien usurpado.

La propuesta foucaultiana frente a la concepción tradicional del poder se da a partir de un giro en el análisis crítico de la cuestión. Es así que frente al "¿qué es?" del poder, Foucault se sitúa en el "¿cómo?" y esta perspectiva le permite entenderlo desde su ejercicio y no desde una naturaleza fundamental. Tal como lo afirma Foucault (1984): "*'Cómo', no en el sentido de '¿cómo se manifiesta?', sino de '¿por qué medios es ejercido?' y '¿qué sucede cuando los individuos ejercen (como ellos dicen) el poder sobre otros?'*". Esta cita deja entrever la noción de poder como actividad productiva dado que para Foucault el poder no se posee sino que se ejerce y este ejercicio es el que produce determinado tipo de subjetividad en los individuos. Cabe aclarar que el autor no parte de una concepción de un sujeto ya constituído como sí lo hace la versión economizante, sino que este es el fruto de las relaciones de poder que entabla el individuo y de cómo estas relaciones lo constituyen dinámicamente.

Remitámonos al primer tomo de la Historia de la sexualidad (2008), en dicho libro Foucault afirma sobre el poder: "*es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada*" (Foucault, 2008:91) Esta suerte de definición trae las siguientes implicaciones:

- El poder se ejerce. No se adquiere o comparte, se da en relaciones móviles y desiguales.
- El poder es inmanente. No es externo a otros tipos de relaciones. Las relaciones de poder son condiciones internas de las diferencias. Desempeñan un papel productor.
- El poder viene de abajo. No hay una relación binaria entre dominador/dominado. Más bien se dan pluralidad de relaciones de fuerza que se forman y actúan en los distintos espacios sociales.
- Las relaciones de poder son intencionales pero no subjetivas, "*no hay poder que se ejerza sin una serie de miras y objetivos*" (2008:91), sin embargo no hay un sujeto que construya su mecánica, son anónimas.
- Donde hay poder, hay resistencia, pero esta es interna. En la medida en que el poder es inmanente a las relaciones, la resistencia que opone el individuo se da a nivel interno. Las relaciones de poder tienen "*un carácter estrictamente relacional*" (2008:91). Existen en función de ciertos puntos de resistencia, puntos que componen la red de poder, pero que también se le oponen y la desafían. Están distrubuidas de manera irregular, son móviles y transitorias.

Esta concepción del poder se sitúa en un análisis histórico que el autor propone, a saber, que no

existe un diagrama único en el ejercicio de poder, es decir, no podemos definir una forma de organización propia del mismo, sino que, en la historia se han dado distintos sistemas a través de los cuales este es ejercido. A este respecto Foucault distingue en el texto antes mencionado entre dos modos de ejercicio del poder; cada uno caracterizará una época: por un lado el poder soberano en la época clásica y por otro el bio-poder en la época moderna. Para establecer estas distinciones Foucault se basa en el modo en que se ejerce el poder en relación a la vida biológica de los individuos.

En la época clásica nos encontramos con un poder encarnado en la figura del soberano quien posee la legitimidad de disponer de la vida de sus súbditos para defender la propia, en este sentido, la vida del súbdito puede ser expuesta a la muerte si peligra la del rey. Este tipo de organización se expresa bajo el lema "*Hacer morir y dejar vivir*", así el rey ejerce el poder dando muerte o exponiendo a la misma. Como mencionamos anteriormente el comienzo de la época moderna está dado por el cambio en lógica de ejercicio del poder, el nacimiento del Estado Moderno es determinado por la construcción de nuevos mecanismos políticos dirigidos al control de la vida de los individuos. Uno de los factores condicionantes en la formación de este nuevo sistema es la elaboración del concepto de población, una noción que será funcional al ejercicio del bio-poder en sus dos bifurcaciones: la antomopolítica del cuerpo humano y la biopolítica de la población. La primera constituye un mecanismo focalizado en el cuerpo individual cuya finalidad principal es el disciplinamiento, la sujeción de dicho cuerpo a determinadas normas que lo funcionalizan como parte del Estado. La segunda tiene por objetivo el control y la manipulación del cuerpo social entendido como población, para lo cual instalará controles reguladores de la misma.

El nacimiento de la medicina social

La construcción de mecanismos de control no surge de la nada, el Estado Moderno tomará según Foucault, lógicas ya presentes tanto en el ámbito religioso como militar, las que articulará de acuerdo a objetivos específicos y generales vinculados a su existencia. En una conferencia dictada en Río de Janeiro en 1974 Foucault (1996) hará referencia directa por primera vez a la lógica del bio-poder, poniendo sobre la mesa conceptos tales como: biohistoria, medicalización, disciplinamiento, economía de la salud, salubridad. El sentido de este texto es para el autor explicar la formación de la medicina social, oponiéndose a la hipótesis de que la medicina tiene como objeto únicamente el cuerpo patológico e individual. Antes bien, la medicina occidental es una medicina del cuerpo social y no se centra solamente en el conocimiento de lo patológico, sino que involucra intereses preventivos y organizacionales. Para defender su postura Foucault tomará tres ejemplos europeos, los Estados: alemán, francés e inglés en los siglos XVIII al XX. El nacimiento de una

medicina del cuerpo social estuvo motivado principalmente por la necesidad de constitución del Estado nacional, vinculando a ello una idea del control y regulación de la población que éste debe asegurar y fortalecer. Veamos cómo devino este tipo de constitución en su origen:

- Medicina de Estado. En el siglo XVIII y con motivo de la búsqueda de una estabilidad política y estatal, comienza a desarrollarse en Alemania una "ciencia de Estado", cuyo objetivo era el conocimiento y técnica que garantizaran el funcionamiento estatal. Es así que surge una medicina de Estado que burocratizará fuertemente la práctica médica para asegurar el mejoramiento de la salud de la población. Foucault ve en este movimiento el nacimiento de un saber y una técnica cuyo objetivo específico es la "burocratización, colectivización y estatalización" de la medicina para lograr gestionar el fortalecimiento del cuerpo de la población y así producir la fuerza del Estado.
- Medicina urbana. En la segunda mitad del siglo XVIII Francia se ve en la necesidad de unificar el poder urbano por motivos económicos y políticos que obligaron a crear un gobierno unitario que organizara mejor el comercio y la represión de sublevaciones producto de la aparición de la población obrera. La medicina que surgirá en este contexto será una medicina de "las condiciones de vida del medio de existencia" (1996:100), esto quiere decir que se encargará de la proyección de la estructura de la ciudad e implicará un trabajo interdisciplinario, sobre todo con la química a propósito de la circulación del agua y el aire. Se creará la noción de *salubridad* entendiendo por esta el estado del medio ambiente que permite asegurar la salud de los individuos, concepto del cual luego derivará el de "higiene pública".
- Medicina de la fuerza laboral. Esta medicina es llamada "medicina de los pobres" y nacerá en Inglaterra, se creará a partir de que los pobres pasen a ser un problema en la organización urbana. Ello ocurre a causa de su conversión en una masa potencialmente rebelde a partir de la Revolución francesa y la industrial. Cuando la revolución industrial en Inglaterra comienza a cambiar los modos administrativos y logísticos en la ciudad se formará una población pobre desempleada que tenderá al "desorden público" y por tanto el Estado consideró necesario reforzar su control. Así mismo, la peste del cólera que comienza en París en 1832 y se extiende a toda Europa trae consigo la urgencia de administrar de modo más eficiente la población afectada. Se creará en Inglaterra la llamada "Ley de pobres" destinada al control médico de los indigentes, este tipo de asistencia social brindada por el Estado obligaba al usuario a controles médicos a los cuales no podía negarse.

Con estos tres ejemplos Foucault da cuenta de cómo a partir de la época Moderna nacerá un tipo de medicina que, haciéndose del concepto de "población" comenzará a ejercer un dominio sobre el

cuerpo de los ciudadanos y se solidificará en la prestación de servicios de salud de las clases obreras pero también hará uso de la contra-prestación como mecanismo de control funcional a la higiene pública y al cuidado de las clases más privilegiadas. En términos del propio autor, el sistema inglés permitió:

> la asistencia médica del pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así, las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado -y en ello consiste su originalidad- permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía los medios para pagarla (1996:105).

Según el autor, tanto el crecimiento poblacional, como su articulación con la repartición desigual de las ganancias fueron posibles gracias al biopoder. La manipulación de la salud y por tanto, la adecuación de la biología humana a objetivos políticos y económicos resultó ser una conjugación perfecta para la dinámica relacional moderna. "*Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político*" (1996:135). El poder ya no se enfocará en los sujetos jurídicos sino en los cuerpos vivientes. "*Durante milenios, el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente*" (2008:135).

Ahora bien, en la medida que la materia del poder es la vida, necesita de mecanismos disciplinadores y correctivos. La ley funcionará cada vez más como norma y la institución judicial se integrará cada vez más a aparatos reguladores. Todo el derecho posterior al siglo XVII, antes que limitar el poder del soberano vuelven aceptable un poder normalizador y las luchas contra este poder se apoyarán en lo mismo que este invade, es decir, en la vida. El derecho a la vida, al cuerpo, a la salud, etc. En este contexto es que el sexo comienza a tener importancia para la política, en la medida en que resulta un elemento que al funcionalizarlo a las técnicas de disciplinamiento y de regulación de la población, permite la instalación de dispositivos de control sobre el cuerpo. El sexo es acceso a la vida y acceso a la especie, matriz de disciplinamiento y principio de regularización. El sexo une cuerpo y población: "*el poder habla de la sexualidad y a la sexualidad; ésta no es marca o símbolo, es objeto y blanco*" (2008:140).

¿Qué es dispositivo?

A continuación nos remitiremos a explicar brevemente qué significación tiene el término "dispositivo" para Foucault, y cómo entiende el funcionamiento de los dispositivos de sexualidad y

de alianza, tal como los define en el tomo I de su Historia de la sexualidad. Estas nociones serán retomadas al final del trabajo para precisar el análisis crítico que se viene realizando.

De acuerdo a la interpretación de Deleuze en su artículo "*¿Qué es un dispositivo?*" (1988) corresponde a un conjunto multilineal cuyo ejercicio principal consiste en hacer ver y hacer hablar. De modo que, al decir de Deleuze "*cada dispositivo tiene su régimen de luz...al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella*" (1988). Así mismo, los dispositivos están constituídos por regímenes de enunciación del discurso histórico, de modo que los dispositivos "*no son sujetos ni objetos, sino que son regímenes que hay que definir en el caso de lo visible y en el caso de lo enunciable*" (1988). Tales líneas que diagraman el dispositivo están trazadas además por la fuerza que hace del mismo un mecanismo funcional, es decir, visibilizador/invisibilizador y/o enunciador/silenciador, tal fuerza está dada por el poder y el saber. Estas tres líneas incluyen en el espacio interno del dispositivo, distinguiéndose de ellas, pero implicándolas, las líneas de producción de la subjetividad, esto es, líneas de subjetivación: "*El sí-mismo no es ni un saber ni un poder. Es un proceso de individuación que tiene que ver con grupos o personas y que se sustrae a las relaciones de fuerzas establecidas como saberes constituídos: es una especie de plusvalía*" (1988). Si bien Foucault no logró terminar un análisis exhaustivo de la dimensión subjetivante de los dispositivos que identificó en sus distintas investigaciones, nos parece que su análisis de la visibilización y la enunciación implicó en cierto punto, mostrar el modo en el cual tales líneas generaban procesos de subjetivación. Un punto relevante que señala Deleuze sobre los dispositivos es su carácter singular frente al universalismo clásico de la filosofía occidental, sin ánimos de ahondar en la cuestión, resulta interesante ver cómo la sistematización de los dispositivos no implica el establecimento de una estructura férrea e inamovible, antes bien, los diferentes dispositivos se van configurando a través de un dinamismo procesual, las líneas de un dispositivo son variables y discontinuas. Comprender un dispositivo por tanto, implica revisar su condición temporal y dinámica, su pluralidad y su funcionalidad, implica entender al dispositivo en tanto proceso histórico, social y político.

Dispositivos de alianza y sexualidad

Como hemos visto el sexo constituye un foco de atención en el ejercicio del bio-poder, Foucault distinguirá dos dispositivos que tienen como finalidad la producción de determinado tipo de subjetividad y que están centrados en éste. Estos son el dispositivo de alianza y el de sexualidad.

> El dispositivo de alianza se edifica en torno de un sistema de reglas que definen lo permitido y lo prohibido, lo prescrito y lo ilícito; el de sexualidad funciona según técnicas móviles, polimorfas y coyunturales de poder. El dispositivo alianza tiene entre sus principales objetivos el de reproducir el juego de las relaciones y mantener la ley que las rige; el de sexualidad

> engendra en cambio una extensión permanente de los dominios y las formas de control (2008:152).

En términos generales, el dispositivo de alianza está constituido por el matrimonio y la maternidad y paternidad, de modo que incluye dos soportes: marido/mujer y padres/hijos. El mismo establece reglas de funcionamiento que dan lugar a ciertas prohibiciones que regulan el comportamiento de los individuos implicados en él.Tal dispositivo tiene un vínculo privilegiado con el derecho, mientras que el dispositivo de sexualidad penetra los cuerpos para controlar la población de una forma más global. La sexualidad nace de una técnica de poder que encuentra su origen en el dispositivo de alianza y no deja de desarrollarse en relación al mismo haciendo uso de los soportes antes mencionados. Éstos funcionaran como elementos principales en el dispositivo sexualidad, el papel de la familia es el de anclar la sexualidad, funciona como su "soporte permanente".

> La familia es el intercambiador de la sexualidad y de la alianza: transporta la ley y la dimensión de lo jurídico hasta el dispositivo de sexualidad; y transporta la economía del placer y la intensidad de las sensaciones hasta el régimen de alianza (2008:154).

Foucault distingue cuatro mecanismos de funcionamiento de estos dispositivos sobre el sexo: histerización del cuerpo de la mujer, pedagogización del sexo del niño, socialización de conductas procreadoras y psiquiatrización del sexo perverso. A los efectos de este trabajo nos centraremos solamente en aquellos dos que implicarán el cuerpo femenino. En primer lugar Foucault define la histerización del cuerpo de la mujer como un triple proceso que parte del supuesto de que este cuerpo está "saturado de sexualidad" y al que le es propio determinada patología que será objeto de la medicina: la histeria. Así mismo este cuerpo es puesto en vinculación con el cuerpo social, con el espacio familiar y con la crianza de los hijos otorgándosele un rol fundamental en la reproducción poblacional. De este modo se constituye la imagen de madre y "mujer nerviosa" que representa cabalmente la histeria en tanto patología psíquica pero también somática. De acuerdo con esto Foucault afirma:

> El personaje invadido en primer lugar por el dispositivo de sexualidad, uno de los primeros en verse "sexualizados", fue, no hay que olvidarlo, la mujer "ociosa", en los límites de lo "mundano", donde debía figurar siempre como un valor, y de la familia donde se le asignaba un nuevo lote de obligaciones conyugales y maternales: así apareció la mujer "nerviosa", la mujer que sufría de "vapores"; allí encontró su anclaje la histerización de la mujer (2008:116).

En segundo lugar, remitiéndonos a la socialización de conductas procreadoras estas refieren a la elaboración de políticas sociales dirigidas a trabar o incentivar la procreación. En este sentido se tiende a responsabilizar a las parejas del cuerpo social entero y se realizan controles de natalidad. Cabe señalar que tales políticas también tienen como finalidad la constitución de la pureza de la especie, en la medida en que se basa en ciertos parámetros para definir lo "normal" de lo

"patológico", y aquellos rasgos genéticos que merecen ser reproducidos de aquellos que se considera mejor evitar en la especie. Por ello no es extraño, señala Foucault, que este dispositivo se haya focalizado en primera instancia en la burguesía. A este respecto señala el autor que:

> Más que de la represión del sexo de las clases a explotar, se trató en un primer momento del cuerpo, del vigor, de la longevidad, de la progenitura y de la descendencia de las clases dominantes (...) Hay que sospechar en ello la autoafirmación de una clase más que el avasallamiento de otra (2008:118).

La burguesía consideró que su cuerpo necesitaba conservar un valor diferencial, por ello constituirá para sí misma un cuerpo de clase, con salud, higiene, descendencia, raza. Esto responde a una transposición del medio de la sangre utilizado por la aristocracia, la preocupación genealógica se transforma en una preocupación por la herencia.

SEXUALIDAD Y ALIANZA EN EL URUGUAY MODERNO.

Barrán en el segundo tomo de su libro "*Historia de la sensibilidad en el Uruguay*" nos brinda un ejemplo claro del funcionamiento de este dispositivo en nuestra sociedad. En el capítulo titulado "*La mujer dominada*" da cuenta del establecimiento de un imaginario social con respecto a la mujer burguesa y su rol en la sociedad desde la cultura patriarcal y religiosa. Es así que a través de un esquema anecdótico nos muestra cómo la mujer del siglo XIX y principios del XX en nuestro país es vista con una naturaleza ambigua que tiende a presentarla por un lado con una vulnerabilidad casi infantil y por otro como un ser diabólico y peligroso para el hombre. Continuando con el esquema religioso y político de occidente, que ha concebido la racionalidad como una facultad exclusivamente masculina, la mujer es considerada como objeto de tutela, en tal sentido, cuando no se la ubicaba bajo las órdenes del padre, debía de estarlo bajo las del marido. El saber que la mujer debía dominar refería únicamente a la economía doméstica y el cuidado de sus hijos y esposo, de allí que incluso los contenidos escolares y las enseñanzas religiosas se dirigían exclusivamente a fomentar este rol de mujer/esposa/madre. Todo aquello que escapara a tal esquema de crianza de la mujer era considerado un atentado no a la mujer en sí, sino al hombre. En este contexto, la sexualidad femenina es restringida a su capacidad de procreación y con ello su cuerpo constituirá un objeto sexual del hombre, quien dispondrá de él para asegurar su descendencia. La visión del sexo dentro del matrimonio implicaba un lugar pasivo que la mujer debía ocupar; al marido se le reserva el lugar de actividad con goce en la medida que posee "*[una] disposición natural... del goce y el placer*" (356). Llama la atención, como afirma Barrán, que la frigidez no haya sido considerada como un problema dentro de la agenda médica, antes bien, a nivel social constituía una virtud femenina. Acompasando este ideal de pasividad que la mujer debía alcanzar, era relevante que la esposa fuera discreta, obediente y respetuosa con su marido, guardando reserva absoluta de la vida

privada de aquel. Estas características resultan de real relevancia en la medida en que la mujer obtenía en su vida de casada un conocimiento profundo acerca de la intimidad de su marido, cuya exposición podía perjudicar la imagen social de aquél.

SEXUALIDAD, CUERPO Y AUTONOMÍA FEMENINA A LA LUZ DE LA LEGISLACIÓN ACTUAL

Hoy, siglo XXI: ¿Seguimos las mujeres atadas a un ideal de pasividad y sometimiento que sujeta nuestra identidad a los intereses de un padre, un marido, un cura? A primera vista podríamos responder negativamente a esta pregunta. Las mujeres hoy en día hemos dejado de ser vistas meramente como madres, esposas, hijas, pasando a ocupar un lugar productivo y no estrictamente reproductivo en la sociedad. En la medida en que podemos acceder a puestos de trabajo, cargos políticos, estudios en varios niveles y con los mismos contenidos a los que acceden los hombres, e incluso parece que podemos decidir acerca de cómo entablar nuestros vínculos y cómo llevar a cabo un proyecto de vida que no incluya el matrimonio y/o la maternidad. El siglo XX ha funcionado como tiempo bisagra en este sentido, múltiples ganancias a nivel político y jurídico en relación a los derechos de las mujeres han generado un cambio en el estatus social que poseemos, cuando menos en las sociedades occidentales. Incluso las mujeres y hombres occidentalizados vemos con profundo rechazo e indignación el trato que reciben mujeres sometidas a religiones tales como el Islam, escandalizándonos por ejemplo con el uso obligado del velo. Ahora bien, ¿constituyen estos cambios ganancias políticas y culturales reales vinculadas a nuestra autonomía? ¿o por el contrario son mecanismos simbólicos que permiten encubrir una heteronomía vigente aún? Para poder responder este tipo de cuestionamientos es indispensable remitirnos a nuestro marco jurídico vigente. Debido a que el presente trabajo tiene como finalidad pensar y seguir la discusión en torno al cuerpo y la sexualidad femenina, nuestro análisis se focalizará en la actual legislación sobre la "Salud sexual y reproductiva" y la ley de Interrupción voluntaria del embarazo, así como las demás reglamentaciones que se han elaborado en relación a estas leyes en el Uruguay. Esto constituye una novedad y un quiebre en la legislación uruguaya en lo que respecta a cuestiones sobre la sexualidad femenina, ya que a partir de 1938 con la ley 9763 que penaliza la práctica del aborto, todas las leyes y reglamentaciones referentes a cuestiones de la sexualidad femenina se han centrado en la consideración a la mujer como madre exclusivamente. Así pues, recién en 2001 es que han entrado proyectos a discusión al parlamento que entienden que la sexualidad de la mujer no se reduce exclusivamente a la maternidad, lo cual se debió al alto número de muertes por abortos clandestinos realizados en condiciones riesgosas y al movimiento feminista. Un ejemplo de ello, es el debate político que generó una ley que habilite el aborto por la sola voluntad de la mujer, la cual fue vetada por el propio Presidente de la República. Finalmente tras otro período de gobierno, se promulgan: la ordenanza 369/04 en agosto del 2004, más adelante la ley 18.426 (Ley de salud sexual y

reproductiva) en 2008, que luego da lugar a la ley 18.987 en 2012 (Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo), las cuales no derogan la ley 9763 que penaliza el aborto voluntario sino que establecen la despenalización del mismo bajo ciertas condiciones, allí prescriptas.

Consideramos de vital importancia realizar una lectura crítica al marco regulatorio que implica esta ley en la medida en que tiene como principal propósito lograr en la población una sexualidad "sana"; entendido esto como la capacidad de decisión acerca de nuestro sexo, nuestra identidad sexual y nuestra reproducción. Así mismo, esta relevancia deriva de la existencia de un marco de supuestos políticos y antropológicos en los que se sustenta cualquier tipo de legislación, en esta ocasión nos gustaría poder interpretar aquel que se encuentra implícito en esta. También para poder señalar cuáles son las consecuencias que genera en relación al ejercicio de la autonomía de la mujer y a su subjetivación.

Bosquejo histórico sobre la reglamentación del aborto en Uruguay

En 1934 como resultado de la rebelión feminista en pro del aborto y el creciente control de natalidad en la sociedad uruguaya, la dictadura de Gabriel Terra aprueba el código penal Irureta Goyena que despenaliza al aborto con la sola condición del consentimiento de la mujer. Esto tendrá una corta vigencia, ya que en 1935 el propio presidente Terra junto con el Ministerio de Salud Pública (MSP) redactaron un decreto que prohibía la realización del aborto en establecimientos públicos. Finalmente en 1938, dada la presión de diversos grupos de poder, sectores católicos fundamentalmente, se aprueba la ley 9763 que penaliza el aborto, planteando la novedad de eximientes. Recién hacia el año 2001, como ya fue mencionado, el aumento de la mortalidad materna por abortos realizados en condiciones de riesgo y el movimiento feminista, dieron lugar al debate parlamentario sobre proyectos planteados en relación al tema desde la restauración democrática. En 2002 se crea la comisión de salud que elaborará una ley de la Salud reproductiva mientras tanto en el hospital Pereira Rossell, profesionales del área ginecológica, realizan un programa de iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo (ISCAPCR). El programa es implementado en la clínica de asesoramiento del hospital con la finalidad de que toda mujer con embarazo no deseado consulte antes de realizarse un aborto, buscando alternativas o en su defecto para realizarlo de la manera menos riesgosa posible una vez tomada la decisión. El ISCAPCR será tomado como norma de atención sanitaria a nivel nacional por parte del MSP a través de la ordenanza 369/04, la misma dará lugar a la universalización del programa a nivel público y privado en todo el territorio nacional.

¿Qué establece la reglamentación vigente en relación con el aborto?

Al momento hemos visto que la reglamentación en torno al aborto en Uruguay ha tenido a lo largo

del siglo pasado y este un largo proceso con diversas variables en sus disposiciones. Hoy día podemos afirmar que existen cuatro documentos de cabal importancia que establecen el marco legal de este acto en nuestro país. A continuación haremos un informe breve acerca de los dictámenes de cada uno de ellos.

Ley 18.426 (año 2008):

Esta ley establece de forma ambigua la garantización del cumplimiento de los derechos "sexuales y reproductivos", hacemos mención de la ambigüedad ya que no se explicita a qué tipo de derechos está haciendo alusión, ni remite a alguna reglamentación que los defina. En la misma tendencia definirá al Estado como órgano injerente y regulador de la vida sexual y reproductiva de sus ciudadanos y futuros ciudadanos, en este sentido dispone la necesidad de la formación complementaria de los funcionarios docentes en los dos primeros órdenes educativos. Resalta una atención digna y adecuada de los procesos de parto y post-parto. Incluye la salud mental como elemento fundamental en cuestiones de sexualidad. Incluye en la agenda de políticas públicas la violencia de género. Establece vigilancia y control epidemiológico vinculado a la sexualidad. Protocoliza la atención a la infertilidad. Legisla la promoción de información sobre la sexualidad y reproducción. Da vigencia en todo el territorio nacional a la Ordenanza 369/04, a continuación explicitaremos qué establece.

Ordenanza 369/04:

Esta ordenanza fue puesta en vigencia en agosto del 2004 para los casos de embarazo no deseado/no-aceptado. Forma parte de un marco protocolar utilizado por el Hospital Pereira Rossell a propósito de los casos de mujeres que llegaban a asistirse por haberse realizado un aborto clandestino. En la misma se establece el procedimiento pre-aborto y post-aborto que el médico asistente debe de seguir para garantizar la salud de la usuaria del servicio que quisiera realizarse un aborto, evitando de esta forma posibles daños colaterales como pueden serlo infecciones o hemorragias. El principal motor de esta Ordenanza, como en ella se afirma es el registro de: "un incremento marcado de la mortalidad por dicha causa", es decir, el "aborto provocado en condiciones de riesgo". Cabe aclarar, como ya dijimos más arriba, que esta Ordenanza formará parte relevante de la Ley homologada en el año 2008. Más adelante nos centraremos en el análisis de sus supuestos.

Ley 18.987:

Esta Ley, promulgada en el año 2012, tiene como ganancia principal la despenalización de la interrupción voluntaria el embarazo, sin embargo implicará determinados condicionamientos para que tal práctica no sea considerada un acto criminal. Con ello queremos decir que el aborto no dejará de ser un delito determinado por el Código Penal del Uruguay, sino que se establecerán

ciertas condiciones que habiliten a las usuarias del sistema nacional de salud a realizar dicho acto. En consonancia la Ley traerá como consecuencia la protocolización de la atención médica en estos casos a partir del manual y la guía técnica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), como veremos, en los mismos encontraremos resonancias de la Ordenanza 369/04 antes mencionada.

Guía técnica y manual para la interrupción voluntaria del embarazo:
Ambos documentos tienen su fundamento en la Ley antes mencionada e indican los procedimientos a seguir por el médico ginecólogo en caso que una paciente decida abortar. A grandes rasgos, los factores a señalar de los mismos son: el establecimiento de plazos, el método farmacológico definido para la realización de la práctica, la formación de un equipo técnico de apoyo para la usuaria, el establecimiento de un plazo de reflexión de la decisión definitiva de la IVE.

Implicaciones y supuestos en los documentos que regulan la IVE en el Uruguay

En primer lugar cabe resaltar que la Ordenanza 369/04 legitimada en la Ley 18.426 en torno al aborto que establece las características que debe tener la consulta previa a la realización del mismo es encabezada con el objetivo de: “preservar y controlar el embarazo”, es decir, a pesar de que se trata de una disposición que habilitaría la libre elección de la mujer con respecto a su cuerpo y proyecto de vida, parece bastante tendencioso establecer que los mecanismos tengan como objetivo principal la disuasión de la resolución de abortar. Este objetivo constituía la primer finalidad del programa del Pereira Rossell (ISCAPCR), que como lo dice el propio nombre tiene el propósito de evitar el aborto más que el de respetar la voluntad de la usuaria del servicio de salud, en la medida en que dicho acto al momento de elaborarse tal programa aún constituía un crimen. Sin embargo, hoy día, habiéndose despenalizado el aborto, la ley que lo regula sigue manteniendo el mismo programa, por ende, los mismo objetivos. De manera que esto deja en claro que promover o permitir la autonomía de la mujer se ubica en un plano secundario.

El segundo objetivo que establece es: “informar, prevenir y asesorar sobre riesgo y daño”, claro está que se refiere al aborto como práctica contra-conceptiva. Vemos en este tipo de enunciación una forma de ponderación que el discurso y el saber médico hacen respecto de esta práctica, en donde se resaltan los aspectos negativos, tanto así que ni siquiera se mencionan las posibles ventajas que podría llegar a constituir un acto de este tipo para la vida de la mujer tomada en su singularidad. Es decir, la reglamentación en este punto tiende a abstraer y universalizar sus efectos en el cuerpo femenino, partiendo a nuestro entender desde una concepción “naturalizadora” del mismo, es decir, pensándolo como naturalmente dispuesto a la concepción y omitiéndose la significación política que este posee y que lo configura como un campo de lucha de intereses. En relación a esto, cabe destacar, que los anticonceptivos más recomendados por la medicina actual encubren una gran

cantidad de daños y efectos colaterales que raras veces son mencionados por el discurso médico. Por ejemplo, el caso de la pastilla, el anticonceptivo más utilizado, conociéndose la gran cantidad de perjuicios que puede implicar para la mujer su uso, consecuencias que pueden generar hasta el cáncer, la esterilidad, la muerte, por tanto, afectando directa y perjudicialmente su calidad de vida. Esta información o es omitida o trivializada por parte de los centros de poder que se encargan de la distribución y promoción del consumo de las mismas.

El tercer objetivo establece: "analizar las causas que promueven a la usuaria a plantearse la decisión de someterse un aborto provocado". En este objetivo es clara la estrategia biopolítica implicada en la medida en que no es ingenua la intención de relevar información para determinar las causales más comunes que dan lugar a esta práctica. En tanto, a mayor conocimiento, mayor posibilidad de control y normalización de la conducta de la población en relación al primer objetivo establecido, esto es: la preservación del embarazo. En este sentido y en consonancia con la Ley de salud sexual y reproductiva (n° 18.426), como establece en el artículo 4, inciso 3, la institución médica será la encargada de "implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional". Estos objetivos dan cuenta de que la principal finalidad de esta reglamentación parecería ser la preservación de la idea de mujer como madre, en la medida en que su cuerpo le posibilita la concepción, desde esta perspectiva parece contraer con ello una obligación.

Cuando pasamos a las características de la consulta pre-aborto nos encontramos con el reforzamiento de los supuestos involucrados en los objetivos. Se detallan siete características que debe contener la consulta, si bien en todas se destaca la presencia de la idea del aborto como patología a erradicar, los diferentes puntos detallan diversos aspectos a señalar. Los dos primeros señalan explícitamente la intención fundamental de esta consulta que es "desestimular la práctica del aborto", por tanto, aspirando a que la mujer revea o bien modifique la decisión que la ha llevado a esta consulta. Se establece la necesidad de plantear métodos alternativos al aborto, como por ejemplo dar el hijo en adopción. Se destaca esta consulta como informativa y concientizante sobre la situación a la cual se somete la paciente. El tercer y el cuarto punto establece la formación de un equipo multidisciplinario que se encargue de realizar la tarea antes mencionada, en donde se destaca la función que debe tener "ofrecer un apoyo social y un apoyo psicológico a las pacientes", ello con el cometido de que la decisión sea tomada en forma "conciente y responsable", por tanto, dando por supuesto que aquella mujer que se dirigió a dicha consulta no se ha tomado tal trabajo y se encuentra vulnerable. En la medida en que el punto cinco establece "estudiar epidemiológicamente las causas que motivan a la realización del aborto provocado", vemos que esta práctica es considerada como una patología erradicable a partir de, como ya dijimos más arriba, el

relevamiento de datos sobre sus causales. En este punto insistimos en la expresión del mecanismo biopolítico determinado en esta normativa. En primer lugar define una patología propia de la mujer entendida como sujeto vulnerable y poco responsable, en segundo lugar se plantea la finalidad de estudiar la posibilidad de erradicar este tipo de prácticas a través del tratamiento de esta masa poblacional en tanto mecanismo de salubridad nacional. En el punto seis se establece el procedimiento médico-técnico que debe realizarse previamente a la concreción de la práctica para evitar posibles complicaciones vinculadas a las características específicas de la usuaria. En el punto siete se establece las indicaciones que el médico debe dar a la paciente para que esta, en caso de continuar con su decisión, disminuya los riesgos de salud que este puede generar. La institución médica se hace cargo de brindar el antibiótico para la disminución de riesgos, pero no es la encargada de otorgar los elementos necesarios para la práctica abortiva. Una vez más se explicita la intencionalidad de esta consulta: revertir la decisión de la mujer.

Se establece además un mecanismo de consulta post-aborto en el cual se detallan los siguientes objetivos: “detectar precozmente y prevenir las complicaciones”, “rehabilitar a la paciente de manera integral” y por último “desarrollar medidas de anticoncepción inmediata”. En el caso del primer objetivo se determina un seguimiento clínico y paraclínico prescripto en las características de la consulta que debe durar tres meses luego de realizada la práctica abortiva. La rehabilitación refiere a términos tanto físicos como psíquicos, delegando al equipo multidisciplinario la labor de “soporte emocional y psíquico en lo que concierne a la salud mental”. Por un lado, el seguimiento médico se vincula a la necesidad de controlar los efectos nocivos que pueda llegar a dar lugar esta práctica, en la medida en que es una intervención invasiva al cuerpo. Por otro lado, el soporte emocional y psíquico se vincula a la carga afectiva que implica realizarse un aborto en una sociedad como la nuestra, es decir, que culpabiliza esta práctica pudiendo generar contrariedades emocionales en quien lo práctica. En este punto toma especial significación la noción de culpa que debería sentir una mujer que haya abortado, no es menor que se tomen estas disposiciones en la medida en que la Iglesia católica ha jugado un rol muy importante en lo que ha sido la penalización de esta práctica, dando lugar a la sanción social a la que se expone quien decide abortar. De ahí que se considere de vital importancia el apoyo psíquico-emocional, partiendo de la idea de una mujer que ha violentado su naturaleza, ya sea su deseo de ser madre o la posibilidad de serlo más allá del deseo.

Esta Ordenanza regirá dicha práctica desde el año 2004 hasta el 2012, es en 2008 que la misma pasa a formar parte de la Ley de salud sexual y reproductiva, y en el año 2012 se creará una ley específica sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que modificará este protocolo y despenalizará la práctica bajo determinados requisitos. Como hemos visto, el protocolo de la IVE

establece circunstancias, plazos y requisitos para poder llevar a cabo el aborto voluntario.

La diferencia radical que contiene esta ley respecto de la normativa anterior es la despenalización del aborto. En su artículo 2 se afirma:

> La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez.

Vemos entonces que la despenalización es relativa, quedando sujeta a condicionamientos que la misma ley pauta, en principio como se citó, en relación al tiempo, usando como criterio el desarrollo del sistema nervioso del embrión. Salvo en el caso que la mujer haya sido violada, el período es de catorce semanas; o bien si el feto tiene malformaciones que sean incompatibles con la vida extrauterina o bien en caso de riesgo de salud de la mujer, el plazo se extiende a todo el período de gestación. En este sentido, la ley distingue entre situaciones generales que se ajustan al primer caso y las situaciones excepcionales antes mencionadas.

El artículo siguiente se determina que la mujer debe hacer explícitas al médico las causas por las cuales no quiere continuar con el embarazo, las que deben ajustarse a: “situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias”. En este punto se hace evidente la ambigüedad de la Ley, en la medida en que no define la naturaleza de estas situaciones quedando sujetas a la subjetividad del médico tratante. Además constituye una gran limitante en la decisión personal, subjetiva, íntima y libre que suponemos debería de estar garantizada en una legislación que fomentara una real autonomía. Contradiciendo así mismo, las disposiciones presentes en el artículo 2, inciso b de la Ley 18.426, en las que se establece: “la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias”.

Otro requisito en consonancia con la Ordenanza 369/04 es la consulta con un equipo interdisciplinario, pero en esta ocasión se normativiza aún más, disponiendo la necesidad de cuatro consultas y no dos. Así mismo se determina la naturaleza y la función de este equipo, en primer lugar debe contar sí o sí con un profesional del área de salud mental, otro del área social y otro del área ginecológica; en segundo lugar su tarea será:

> informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

Vemos que la tarea de disuasión ya propuesta en la Ordenanza 369/04, ahora es delegada a un

equipo profesional que se supone ha de informar a la mujer respecto de posibilidades alternativas, incluso en el Manual de la IVE se definirán tareas específicas para cada profesional, planteadas como obligaciones. Haremos especial mención a las delegadas al profesional de la salud psíquica y del área social. Al primero se le encomienda la tarea de guiar e informar a la mujer en la toma de su decisión haciendo énfasis en preservar su autonomía en relación a terceros, es decir, que no esté siendo obligada o influenciada por terceras personas. Por otro lado, al profesional del área social, se le encomienda asesorar a la paciente sobre las posibles alternativas a la realización del aborto de acuerdo a las causales que esta puede alegar, haciendo énfasis en planes sociales que el Estado puede proveer en apoyo económico, así como la posibilidad de dar en adopción. Cabe aclarar en este punto que la mujer debe de cumplir con un tiempo de reflexión de cinco días para tomar una decisión final, una vez realizada las entrevista con el equipo interdisciplinario. Este dato no es menor, ya que, como se ha aclarado anteriormente la posibilidad de realizar el aborto está sujeta al tiempo de gestación, de modo que la cantidad de consultas pautadas en un sistema de salud superpoblado como el nuestro puede dar lugar a demoras que perjudiquen la posibilidad de realizar el aborto en tales condiciones. Si bien, ad juris, se establece que se deben de evitar las demoras, es sabido que de hecho es difícil respetar los plazos convenientes en el Sistema de Salud Integrado actual. También queremos llamar la atención sobre una suerte de contradicción entre las funciones de los miembros del equipo; si por un lado, se supone que uno debe de asegurar la toma de decisión autónoma y desinfluenciada, ¿por qué la necesidad de evaluar una decisión ya tomada? Lo que es más, ¿por qué se establece la necesidad de informar acerca de alternativas y apoyo estatal frente la posibilidad de continuación del embarazo? A este respecto resaltamos el lapso obligatorio de reflexión que debe respetar la usuaria previo a la concreción del aborto, lo cual actúa como un requisito para que esta práctica no sea considerada un crimen.

Analogía entre la práctica confesional y los procedimientos de la IVE

Para continuar este trabajo se hace necesario intentar mostrar la hipótesis que ha motivado el mismo, es decir, que el marco regulatorio del aborto en Uruguay no colabora o implica ganancias en el ejercicio de la autonomía de la mujer, sino que implica mecanismos de sujeción que constituyen o suponen determinada concepción de la mujer como sujeto tutelado, esta vez, por profesionales del área de la salud y lo social. A la vez que establece un mecanismo análogo al de la confesión tal como la define Foucault en su conferencia de 1981 en Lovaina, titulada "*Obrar mal, decir la verdad*" (2014).

En dicha conferencia, el autor define la confesión como una declaración a partir de la cual, el sujeto que la emite, reconoce haber dicho o hecho algo. No constituye una mera declaración, en la medida

en que su valor de confesión implica cierto “costo enunciación”, es decir, el no decir tiene cierta importancia para el que lo emite, por lo que la enunciación implica cierto riesgo. La confesión no implica sólo decir algo de sí mismo sino que a su vez compromete hacer lo que se afirma, implica una obligación en la medida en que lo que se dice es planteado como verdad. Su costo reside en que se da en una relación de poder tal que quien confiesa refuerza dicho vínculo, ubicándose en una relación de dependencia respecto al otro. A su vez, la confesión califica al sujeto confesante de un modo distinto al que tenía antes de confesar. Como ejemplifica Foucault, el enfermo psiquiátrico que confiesa su enfermedad haciéndose consciente de la misma ha dado el primer paso para su recuperación, de modo que ha cambiado su naturaleza en algún grado.

La confesión constituyó un elemento importante tanto en los procesos judiciales de la Inquisición, como en prácticas religiosas independientes de dicho hecho histórico, más adelante será tomada por la psiquiatría (a partir del S. XIX) y con ello pasará a formar parte del sistema judicial estatal en Europa y los países que tomarán dicho continente como modelo jurídico, siendo un factor de vital importancia en la construcción de la criminología en tanto disciplina jurídico-científica.

Partiendo de este concepto, entendemos que el equipo interdisciplinario al cual se somete la paciente que quiere acceder a la IVE de forma reglamentaria, es decir, evitando su criminalización, forma parte de un proceso análogo al determinado por los juristas y criminólogos del sistema judicial moderno que toma la psiquiatría como herramienta fundamental en sus sentencias.

En primer lugar hemos dicho que la confesión se establece en una relación de poder asimétrica, es decir, quien confiesa se encuentra en un lugar de subordinación respecto al otro; en el caso de la IVE la mujer que se presenta ante el médico y el resto de los profesionales estará subordinada al saber que estos poseen y que no sólo están legitimados institucional y socialmente, sino que también gozan de prestigio, a diferencia de una mujer que quiere abortar. Entendemos que la función de la confesión en este aspecto, está dada fundamentalmente en modificar la relación que la mujer tiene consigo misma en la medida en que el objetivo principal consiste en promover y obligar a una nueva reflexión acerca de las causales que la motivan, esta vez, con nueva información acerca de las alternativas, ello, independientemente de que la mujer ya las conozca y/o haya decidido hacer caso omiso de las mismas. Es decir, se parte de la idea de que, quien recurre al sistema médico en estas circunstancias se encuentra en un estado o bien de vulnerabilidad, o bien de ignorancia y desinformación, o bien desde una decisión acrítica acerca de su vida y las posibilidades que la misma puede contener. De modo que, la enunciación del deseo de aborto frente a los profesionales, parecería conllevar a una revisión necesaria de la postura inicial; tal como lo define Foucault, la confesión implica una transformación, un costo del confesante; en este caso la cuestión del costo va a la par con la finalidad de que esta transformación es hacer de la mujer un sujeto deseante del

embarazo, teniendo en cuenta la noción de “madre abnegada”, por tanto secundando preocupaciones de carácter económico o social que puedan haberla llevado a la decisión de interrumpir su embarazo.

Vale destacar el carácter de la confesión en el sistema inquisitorio, en donde constituía una más de las pruebas a las que se sometía el acusado con la característica de ser una prueba de fuerza; en la medida en que el acusado era sometido a tortura para procurar su declaración, si bien esta no garantizaba la confesión como un acto de verdad, si era ejercida como un mecanismo rápido para llegar a la misma. El sujeto sometido a esta prueba tenía dos posibilidades: -salvar la prueba, por tanto, resistir a la misma, no confesando; -ceder ante esta prueba confesándose, hubiera cometido o no el crimen. En relación al tiempo de reflexión pautado por esta ley, consideramos que funciona de un modo similar, en la medida en que, pasado este tiempo la mujer debe declarar si mantiene o no su postura inicial, superando o no, la prueba exigida para abortar sin ser considerada una criminal. Es en este sentido que sostenemos que esta declaración posee el valor de confesión.

Sumado a esto, la nueva característica que adquiere la confesión en el sistema penal moderno es la de dar sentido o sin-sentido al crimen cometido. La búsqueda de la confesión en los procesos jurídicos iba y va de la mano con la búsqueda de una justificación que el acusado debe de dar acerca del mismo para que el crimen sea inteligible ante el juez. La confesión deja de ser mera prueba y pasa a estar ligada a la verdad, exigiéndose en ella, las razones de su afirmación. Cuando la usuaria se dirige al sistema de salud para realizar la IVE necesariamente se exigen motivos que impulsen dicho acto, como ya se ha dicho, de carácter económico, social, etáreo y/o familiar. Incluso en este punto se puede destacar que el rol del profesional del área social tiene como función informar acerca de las posibles ayudas económicas que el Estado prevee para situaciones de “penuria económica”, tal como lo describe el Manual; en este aspecto aparece una clara referencia a la función de la medicina social en su establecimiento de políticas particulares para pobres. También destacamos que la lucha histórica y política que se ha realizado por grupos feministas con respecto al aborto no ha perdido de vista que la población mayormente perjudicada por la penalización del mismo siempre fue la población de mujeres pobres; si bien, esta reglamentación permite mejorar las condiciones en las cuales dichas mujeres realicen un aborto, no borra las diferencias entre una medicina para pobres y otra para los grupos económicamente privilegiados.

Podemos concluir, dado que aún no ha sido derogada la penalización del aborto por la sola voluntad de la mujer, estableciéndose determinadas condicionantes del acto a los efectos de no ser considerado un crimen, que se sigue criminalizando a quien realice un aborto sin estar bajo la tutela de quien posee el saber legitimado.

A modo de conclusión, retomando la noción de dispositivo ya desarrollada, en la medida en que

entendemos a las Leyes 18.426 y 18.987 como elementos actuales del dispositivo de sexualidad en la sociedad contemporánea del Uruguay, nos preguntamos entonces ¿qué visibilizan y qué invisilizan? ¿qué enuncian y qué callan? ¿en qué tipo de concepción de subjetividad se sustentan? ¿qué subjetividad promueven? ¿qué tipo de relaciones de poder establecen? ¿hacen de la mujer un sujeto soberano sobre sí?

Consideramos que esta regulación del aborto constituye un avance en materia de derechos de la mujer en la medida en que redujo considerablemente el número de muertes por abortos en condiciones de riesgo posibilitando un acceso más universal al sistema de salud integrado para la realización de este acto, por tanto asegura la integridad física de mujeres que bajo otras condiciones jurídicas no podrían acceder gratuitamente a una atención básica para resguardar su salud. De acuerdo a ello la mujer no sólo es considerada dentro el sistema exclusivamente como madre en cuestiones vinculadas a su sexualidad, en la medida en que se garantizan condiciones para llevar a cabo una maternidad programada. Ello da cuenta de avances en una desnaturalización del acto de ser madre, es decir, parece que comienza a considerarse la posibilidad de que un sujeto puede ser mujer y no necesariamente desear tener hijos, o cuando menos poder decidir el momento adecuado para ello. Esta enunciación supone la idea de que el rol de la mujer contemporánea no es reducido por la sociedad a su labor doméstica, como sí se lo hacía en los siglos anteriores, mujer en tanto hija/esposa/madre, ya que se ha comenzado a aceptar que puede tener otras ocupaciones de mayor importancia e incompatibles con la maternidad o el deseo de ésta. Ello no implica que se haya abandonado absolutamente el prejuicio frente a la mujer que decide no ser madre, por el contrario, siguen existiendo presiones sociales en relación a este aspecto, con ello queremos decir que si bien, se acepta que la mujer puede elegir en qué momento ser madre, no se ha abandonado la expectativa de que lo sea.

Frente este aspecto ganancial de las leyes ya nombradas, y siguiendo nuestros cuestionamientos, es que merece la atención qué se calla e invisibiliza en función del contenido y las prácticas que implican. Muchos de estos aspectos ya han sido enunciados en el desarrollo del trabajo, esto es: implícita en estas ganancias sigue persistiendo la idea de una mujer vulnerable, poco reflexiva y necesitada de tutela para llevar a cabo sus decisiones vitales. Más aun, consideramos que bajo la incitación a la reflexión obligatoria se da por supuesta la sobreponderación del ser madre respecto de los otros roles o las otras preocupaciones que puede tener una mujer. Esta es la subjetividad que sustenta y promueve este tipo de legislación. Que por lo demás, bajo el supuesto de la despenalización, pretende acallar las luchas reivindicativas del empoderamiento de la mujer sobre su propio cuerpo y su propia vida.

Por último, la promulgación de la Ley 18.987 se realizó con la finalidad explícita de la ampliación

de derechos, y en tal sentido, con la intención de usar este mecanismo como un modo de resquebrajar los fundamentos machistas de nuestro país, sin embargo, con esta bandera se levanta toda una estructura solidificante de las relaciones de poder en el ámbito medicinal. Con ello queremos decir que interpretarla como un avance político resulta insuficiente, en la medida en que si bien se brinda la posibilidad de acceder legítimamente a la decisión sobre el propio cuerpo, la misma está sujeta a la vigilancia y el control médico. Por ello, en parte puede ser interpretada como una pantalla que recubre las reales asimetrías aún vigentes en el área de la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

Documentos jurídicos:

Ordenanza 369/04 http://www.iniciativas.org.uy/ordenanza-36904-msp/
Ley 9763 http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=09763&Anchor=
Ley 18.426 http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18426.htm
Ley 18.987 http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/joomdocs/leyaborto.pdf
Manual para el procedimiento de manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo http://www.mysu.org.uy/promoviendo-derechos/guia-clinica/guia-clinica-11/
Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo http://www.mysu.org.uy/promoviendo-derechos/guia-clinica/guia-clinica-11/

Bibliografía teórica:

Barrán, *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Ed. Banda Oriental: Montevideo, 2009
_____, *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*, tomo III: Invención del cuerpo. Ed. Banda Oriental: Montevideo, 1995.
Deleuze, "¿Qué es un dispositivo?", en: *Michel Foucault, Filósofo*. Ed. Gedisa: Barcelona, 1999.
Foucault, *Defender la sociedad*. Ed. FCE: Buenos Aires, 2006.
_____, *El sujeto y el poder*, http://www.hojaderuta.org/imagenes/foucault.pdf
_____, *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Ed. Siglo XXI: Buenos Aires, 2008.
_____, *La vida de los hombres infames*. Ed. Caronte: Buenos Aires, 1996.
_____, *Obrar mal, decir la verdad*. Ed. Siglo XXI: Buenos Aires, 2014.
Forrisi, *A un año de la implementación de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo: Un acercamiento a las barreras y las oportunidades de intervención desde el trabajo social.* UR. FCS, 2013.