

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes

Ana María Goetschel, Gioconda Herrera y Mercedes Prieto, coordinadoras

© 2020 FLACSO Ecuador
Mayo de 2020

Cuidado de la edición: Editorial FLACSO Ecuador

ISBN FLACSO: 978-9978-67-531-1 (pdf)

ISBN Abya-Yala: 978-9942-09-686-9 (pdf)

doi: <https://doi.org/10.46546/20201savia>

FLACSO Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro, Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 294 6800 Fax: (593-2) 294 6803

www.flacso.edu.ec

Ediciones Abya-Yala

Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson, bloque A UPS,

Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 396 2800 Fax: (593-2) 250 6267

editorial@abyayala.org.ec

www.abyayala.org

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador : disputas
y cuentas pendientes / coordinado por Ana María Goetschel,
Gioconda Herrera y Mercedes Prieto. Quito : FLACSO Ecuador :
Abya-Yala, 2020

xvi, 306 páginas : ilustraciones, figuras, gráficos, mapas, tablas

Incluye bibliografía

ISBN (FLACSO): 9789978675311 (pdf)

ISBN (Abya-Yala): 9789942096869 (pdf)

DERECHOS DE LA MUJER ; DERECHOS REPRODUCTIVOS; ABORTO ; POLÍTICA SOCIAL ; CLASES SOCIALES; GÉNERO ; ETNOGRAFÍA ; ADOLESCENCIA ; ECUADOR.
I. GOETSCHEL, ANA MARÍA, COORDINADORA II.
HERRERA, GIOCONDA, COORDINADORA III. PRIETO,
MERCEDES, COORDINADORA

342.0878 - CDD

Índice de contenidos

Agradecimientos	VI
Lista de siglas y acrónimos.	VII
Introducción. Apuntes sobre la disputa por los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador	1
<i>Ana María Goetschel y Gioconda Herrera</i>	

PARTE 1

DERECHOS SEXUALES, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Entre discursos e imaginarios: los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998	22
<i>Lola Valladares</i>	
En torno al aborto: cuerpos y sujetos de la moral político-religiosa	36
<i>Viviana Maldonado</i>	
Políticas de educación en sexualidad entre 1998-2017: sujetos y contextos en el caso ecuatoriano	62
<i>Diego Paz</i>	

PARTE 2
EL ABORTO

Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social	94
<i>Cristina Rosero Quelal</i>	
Las trayectorias de ellas, de nosotras: el biopoder en la sala de legrados	121
<i>María Rosa Cevallos</i>	

PARTE 3
MATERNIDADES EN DISPUTA

Voces y prácticas adolescentes sobre el embarazo	147
<i>Soledad Varea</i>	
Maternidad comunitaria: ¿alternativa para el buen vivir?	173
<i>Ma. Patricia Baeza Cabezas</i>	
Lucha por significados entre parteras, mujeres indígenas y profesionales de la salud	192
<i>Paulina Quisaguano Mora</i>	

PARTE 4
VIOLENCIA SEXUAL, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

“Hasta que cambies”: disciplina y castigo en las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación en Ecuador	223
<i>Annie Wilkinson</i>	
Los casos de incesto: violencia y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes	252
<i>María Fernanda Porras</i>	
Caminos y huellas de las maternidades y sexualidades: hacia una reflexión de la etnografía del hacer	268
<i>Mercedes Prieto</i>	
Autoras y autor	289

Ilustraciones

Figuras

1. “Lugar del parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo	205
2. Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo	207

Gráficos

1. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 10 y 14 años	84
2. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años	85

Mapas

1. Trayecto de las parturientas	279
2. El trayecto del aborto en curso	280

Tabla

1. Políticas, planes y programas de educación sexual Ecuador 1998-2017	71
---	----

Lista de siglas y acrónimos

AA	Alcohólicos Anónimos
AMEU	Aspiración manual endouterina
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
APROFE	Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEE	Conferencia Episcopal Ecuatoriana
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable
CLADEM	Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
CONAMU	Consejo Nacional de la Mujer
CONADE	Consejo Nacional de Desarrollo
CUMIENE	Cuerpo de ministros e Iglesias Evangélicas no Ecuménicas del Ecuador
COIP	Código Orgánico Integral Penal
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENIPLA	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
FCI	Family Care International

FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FMSIDA	Fondo Mundial para la Erradicación del Sida/VIH, la Malaria y la Tuberculosis
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
HGOIA	Hospital Ginecológico Isidro Ayora
HSLO	Hospital San Luis de Otavalo
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud Pública
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales
LMGYAI	Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
NA	Narcóticos Anónimos
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Pastillas de anticoncepción de emergencia
PCA	Parto Culturalmente Adecuado
PLANESA	Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
PNBV	Plan Nacional del Buen Vivir
PRE	Partido Roldosista Ecuatoriano
PRONESA	Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
RSMLAC	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SENRES	Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UCE	Universidad Central del Ecuador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Parte 2
El aborto

Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social

Cristina Rosero Quelal

En el Ecuador el aborto por decisión es ilegal: las mujeres que deciden sobre su cuerpo interrumpiendo el embarazo pueden ser criminalizadas y privadas de su libertad hasta por dos años, según el COIP.¹ La ilegalidad promueve que la mayoría de los abortos se realicen en condiciones clandestinas e inseguras. A pesar de que se reconoce al aborto como una problemática social, no existen políticas públicas puntuales para abordarlo o prevenirlo, es decir, no se protege este ejercicio de la soberanía del cuerpo.

No existen cifras oficiales sobre cuántas interrumpen sus embarazos, pero el aborto resulta una práctica cotidiana paradójicamente invisibilizada. A los servicios estatales de salud llegan mujeres con abortos en curso; ellas no cuentan con recursos económicos o con redes de apoyo que las remitan a otros lugares.² En 2015, al país le costó 2,3 millones de dólares atender las complicaciones por abortos inseguros (Ministerio de Salud Pública et al. 2017, 14), de un total de 472,9 millones de dólares que pertenecen a costos de omisión en salud sexual y reproductiva. Si bien existe una afectación económica cuantificable, las afectaciones que más importan se hallan en los cuerpos de las mujeres, en sus relatos y las situaciones de violencia que enfrentaron.

¹ Código Orgánico Integral Penal, 2014, del 3 de febrero, (Registro Oficial núm. 180, 10 de febrero de 2014).

² Bustamante y Gómez de la Torre (2011, 49) detallan las limitaciones del registro de los datos oficiales.

Aun cuando las evidencias científicas correlacionan legalización del aborto, reducción de las tasas de mortalidad materna y optimización de recursos, en Ecuador se mantiene la implementación de políticas públicas con tintes conservadores. Esto obedece, entre otras razones, al predominio de una estructura patriarcal, “proceso de socialización, basado en estructuras sociales orientadas por un dominio del masculino, [que] ha favorecido por siglos la consolidación de relaciones de poder desiguales, dominantes y discriminantes entre hombres y mujeres” (Escalante 2002, 9). En este contexto, la vivencia de la sexualidad se encuentra normada, regulada, prohibida y censurada (Foucault 1998, 51).

En este artículo, basado en la investigación “Soberanía del cuerpo y clase: trayectorias de aborto de mujeres jóvenes en Quito” (Rosero 2013), se exploran las relaciones entre el aborto, la clase social y la soberanía del cuerpo, considerando las trayectorias que siguen las jóvenes que han decidido interrumpir su embarazo. Las rutas que se examinaron fueron establecidas a partir de 16 testimonios que permitieron entender la clase social desde los capitales (Bourdieu 2001) con que contaban las mujeres, y la soberanía del cuerpo desde la decisión de abortar.

Resulta común que el aborto se relacione con la sexualidad, la concepción y el procedimiento de interrupción, y no con los aspectos que contextualizan la experiencia del ciclo de vida. Frente a esta idea se construyeron historias de vida sexual³ para las cuales fueron necesarios varios encuentros. A través de estas historias de vida sexual se constata que, aunque las condiciones económicas de alguna manera direccionan a las mujeres a tomar determinadas rutas, las trayectorias seguidas hablan de aspectos subjetivos de sus vidas.

Durante las entrevistas en profundidad se indagó sobre la situación socioeconómica, el nivel de instrucción, la toma de decisión, el tipo de servicio al que acudieron, las relaciones o contactos con organizaciones sociales (feministas) de derechos, el conocimiento sobre la temática y su posición frente al aborto. Una vez sistematizados estos datos, se categorizó

³ Es una metodología que se apoya en los testimonios que se presentan como relatos sobre la vida y vivencia de la sexualidad. Las fuentes orales de información permiten conocer y reconocer las percepciones de los sujetos frente a determinadas situaciones, contextos y tiempos.

a las informantes según su clase social, entendida como la acumulación de los capitales económico, cultural y social (Bourdieu 2001) y expresada desde la categoría de las teorías funcionalistas del estrato socioeconómico –también entendido como estrato social–.⁴

Estos testimonios representan “una perspectiva de cómo el relator [en este caso las relatoras] se ha apropiado en su propia memoria del recuerdo de lo que pasó, y además de las otras memorias que conforman su conocimiento del hecho” (Medina 2002, 6). Estos relatos hablan de la configuración de las subjetividades de las mujeres que abortan en el restrictivo contexto ecuatoriano, específicamente en la sociedad quiteña. Mostrar las rutas del aborto en Quito visibiliza una realidad aún vigente, que requiere con urgencia una respuesta estatal y social.

Las rutas del aborto en Quito: decisiones, ilegalidad y oferta

Las rutas del aborto son diversas porque diversas son las circunstancias en las que viven las mujeres: las diferencia su clase social, edad, identidad sexual, etnia, si viven en zonas urbanas o rurales, si pertenecen a redes de mujeres o feministas, o si conocen sobre sus derechos... Estas variables se encuentran profundamente relacionadas en sus vivencias, de ahí que se precisa una mirada interseccional (Gil 2008). En este caso la clase social, una categoría de análisis relacionada con el ejercicio de la soberanía del cuerpo –política del cuerpo–, posibilita exponer las desigualdades y violencias que operan en unas y otras al momento de acceder a los servicios.

En el escenario quiteño se configura una paradoja: se criminaliza el aborto al tiempo que persiste la oferta de los servicios para interrupciones o para atender sus complicaciones. Además, coexisten los servicios estatales con los privados, y ambos coinciden en establecer prácticas que castigan la desobediencia a la maternidad obligatoria (Lavrín 2005); escasas son las opciones basadas en enfoques feministas y de derechos.

⁴ Dado a partir de los ingresos del hogar.

Al indagar sobre la ubicación de los servicios, se tenía la sensación del secreto a voces, pues resultan conocidos los lugares y sectores desde donde operan sitios clandestinos o clínicas. Para acceder a un aborto por decisión, en Quito, por ser la capital, existen variadas ofertas, todas ilegales, privadas y en su mayoría inseguras. Atendiendo a esa variedad, los servicios pueden ser clasificados como privados, consultorios médicos, entrega de información y estatales –donde solo atienden abortos en curso–.

La ilegalidad del aborto decidido afecta la calidad, idoneidad y garantía de los procedimientos y ubica a las mujeres en desventaja y subordinación frente a quienes prestan los servicios. Del mismo modo, configura situaciones de temor y miedo: “A mí no me daba vergüenza entonces yo tenía miedo de que me lleven presa por haber abortado... eso es lo que me daba terror”(entrevista a Denisse, julio de 2012).

Las rutas no se siguen como un acto mecánico, más bien se complejizan en relación con las subjetividades. En los imaginarios que han interiorizado quienes abortan se encuentra la culpa que justifica las violencias y establece ambigüedades entre la práctica y el sentir. De esta manera se interpela la propia toma de decisión: “Verás, yo respeto a las personas que vayan a hacerse un aborto, ellas deben tener sus razones, pero en realidad yo no estoy... yo no lo haría [...] Verás, yo estoy bien como estoy ahora, pero no lo hubiera hecho” (entrevista a Cecy, julio de 2012); se reafirma así el paradigma del arrepentimiento.

A la vez se presentan otras percepciones: “Siempre tuve una filosofía de que mi cuerpo había que cuidarlo, [en el aborto] le estás pidiendo al cuerpo un trabajo que no tiene por qué hacer, entonces no es de mi agrado, la verdad” (entrevista a Mel, julio de 2012). Se mezclan en los relatos las filosofías de vida y la interpretación de la vivencia corporal: “Tu cuerpo está dispuesto, digamos, a procrear, obviamente decides, pero hay una descompensación” (entrevista a Lucy, junio de 2012). Mel y Lucy, lejos de pensar su experiencia desde la moral o la ilegalidad, lo hacen desde la preocupación por su bienestar corporal.

Más allá de la diversidad de circunstancias que caracterizan la experiencia del aborto, la ruta de cada mujer inicia con la confirmación del embarazo y va hasta que haya superado el hecho y cualquier complicación

posterior producto de la interrupción. Para analizar tal diversidad pueden dividirse las rutas en cuatro categorías: la primera es la de los servicios públicos, la segunda corresponde a consultorios privados, la tercera involucra a ONG y una cuarta, la ruta múltiple, que implica a más de un servicio.

La ruta por los servicios estatales

En los servicios estatales no se inducen abortos; se brinda atención médica a mujeres que acuden por emergencias obstétricas. Ese fue el caso de Johana, quien concluyó su primer aborto en un servicio de salud estatal (entrevista, julio de 2012). Esta joven, de estrato social bajo, suspendió sus estudios al finalizar la primaria. Como no conocía de métodos anticonceptivos, no los utilizó, tuvo su primera relación sexual a los 13 años y su primer hijo a la edad de 16. Sus expresiones denotaban tristeza y culpa; ella reproducía el discurso dominante –en la opinión pública–: “Sé que hice mal en abortar, como no es permitido el aborto, todos tenemos derecho a la vida, pero yo tomé esa decisión, me tocó”. Johana relató que fue atendida en la institución médica estatal sin que indagaran sobre las razones por las cuales requería de atención hospitalaria.⁵

Esta particularidad de la atención en los servicios públicos también aparece en el estudio “El temor encarnado: formas de control y castigo a mujeres con aborto en curso en Quito-Ecuador”, de María Rosa Cevallos (2011). La investigadora precisa que las mujeres “eligen [este servicio] porque han tomado el misoprostol con conocimiento de causa y este es un espacio que les permite cierta clandestinidad, hay tantas, que pasan desapercibidas”.⁶ La elección del servicio estatal también ocurre por no contar con los recursos o con la información adecuada. De igual modo, muchas de las que acuden a los servicios de salud pública para terminar con abortos inducidos se han sometido a procedimientos inseguros, mal informados o negligentes.

⁵ En los últimos años se evidencia que en algunos servicios estatales se criminaliza legalmente a las mujeres, lo que no era común durante el tiempo en que se realizó esta investigación.

⁶ Entrevista a la investigadora María Rosa Cevallos, 2012.

Del testimonio de Johana es importante analizar que, en primer lugar, ella no ha tenido acercamiento con ningún tipo de organización que le diera información acertada o que la remitiera a un lugar seguro. Desconocía sus derechos y tomó la decisión de abortar pensando en terceros: su hija en la primera ocasión y su marido en la segunda. La práctica del aborto en estas condiciones obedece más bien a las circunstancias, no a una estrategia para el ejercicio de sus derechos, y mucho menos responde a una manera de ejercer soberanía sobre su propio cuerpo.

Planteamientos deterministas sobre la relación pobreza y aborto sugieren que una mujer pobre tendrá un aborto inseguro. Hacer una lectura a partir de este planteamiento en relación con el estrato social de Johana significaría que su ubicación la sitúa, potencialmente, en una ruta insegura donde su vida está en riesgo. Sin embargo, la paradoja que envuelve al Estado ecuatoriano –sanciona, protege y castiga– hace que detenerse en el servicio estatal le signifique una parada relativamente segura; así, su condición socioeconómica influye en la toma de decisión y en la vivencia de la práctica, mas no es definitoria en la calidad de la ruta.

La ruta por los consultorios privados

Dentro de este grupo existen dos tipos de servicios: los que cuentan con las condiciones idóneas para asegurar la salud física de las mujeres, ofrecen los equipos necesarios, cuentan con el personal médico capacitado y procedimientos modernos; y los inseguros, que no ofrecen condiciones aptas, por ejemplo, no cuentan con los equipos adecuados (camilla ginecológica con pierneras, mesa auxiliar, taburete, entre otros).

Denisse, de estrato medio y 26 años, quien vivía en unión libre con su pareja, siguió una ruta de aborto seguro en un consultorio privado (entrevista, julio de 2012). Sus interrupciones se dieron mientras cursaba sus estudios de danza y arquitectura. Denisse empezó la ruta acudiendo a una organización feminista. Su primer paso fue una llamada a la Línea de Aborto Seguro. Al escuchar la contestadora automática que le indicaba dejar el mensaje, no prosiguió este camino: “Tenías que dejar el mensaje y te

devolvían la llamada, me pareció la cosa más impersonal del mundo entonces no, no funcionó”. Luego un conocido le dio el contacto de un doctor y Denisse acudió; el servicio le parecía seguro. “Era un consultorio con un doctor y tenía todas las cosas necesarias, digamos eso me daba como seguridad, por ejemplo, lo de las pastillas no me daba mucha seguridad porque si algo salía mal no tenía a quien llamar, no es legal, no hubiese podido ir a un hospital”.

Denisse desconocía que todos los centros de salud pública o privada estaban en la obligación de atenderla en caso de una emergencia. Se realizó dos interrupciones en este consultorio, cada una le costó 220 dólares y no tuvo complicaciones.

Otra de las informantes que también acudió al mismo consultorio privado fue María, de estrato alto, soltera, sin hijos, vivía sola, trabajaba en el sector público y sus ingresos mensuales eran de 4500 dólares aproximadamente (entrevista, julio de 2012). Interrumpió un embarazo a los 31 años usando misoprostol. En un primer momento le resultó difícil encontrar el contacto de un servicio: “Sabía que no era una cosa legal, pero no pensé que era una cosa tan prohibida en el Ecuador, porque es un tema tabú, nadie habla”. Se contactó con la Línea de Aborto Seguro, le dieron la información, pero no pudo encontrar una farmacia donde le vendieran el medicamento. Se contactó con una amiga y ella le refirió al consultorio.

A diferencia de Denisse, no le gustó del todo el sitio: “Era una clínica común, un lugar un poco antiguo, un poco descuidado”. Si bien no tuvo complicaciones, su estrato le daba una percepción distinta a la de Denisse. Según sus cálculos, María gastó unos 100 dólares incluyendo ecos posteriores. Denisse y María, mujeres de distintos estratos –por sus ingresos–, siguieron rutas parecidas, se sometieron a distintos procedimientos, no tuvieron complicaciones en su salud física ni emocional, ni vivieron situaciones de violencia o maltrato durante sus interrupciones.

Entre los consultorios privados también se ubican instalaciones que no ofrecen condiciones aptas para interrumpir embarazos. A estos espacios se puede llegar con mayor rapidez, tienen letreros que no dicen aborto, pero “mencionan frases como ‘obstetriz’, ‘pruebas de embarazo’ o ‘se devuelve la menstruación’. Son lugares conocidos” (diario de campo, 2012).

La atención es rápida si se cuenta con el dinero. Tres de las informantes siguieron rutas que las llevaron a este tipo de servicios: Alegría, Cecy y Diana. A las tres les practicaron legrados; ellas recuerdan sus interrupciones como experiencias difíciles, dolorosas y violentas.

Alegría tenía 33 años, no integraba ningún tipo de organización (ni política ni religiosa) se desempeñaba como docente universitaria e investigadora, ganaba alrededor de 2000 dólares al mes (entrevista, junio de 2012). Relató un intento de aborto y dos experiencias de interrupciones con servicios médicos. En su primer embarazo se sometió a un procedimiento con una sonda; su madre se la colocó, no funcionó.⁷ El segundo se dio diez años después de haber tenido a su hijo, estaba utilizando la píldora anticonceptiva y le falló. Alegría conocía de un consultorio porque había acompañado a una amiga. “Tú pasabas y te ponía anestesia general, sin haberte hecho ningún examen, ninguna prueba, nada. Vos no sabes si te vas a despertar o no; y está la hija de él jugando ahí afuera, que es como una cosa así muy dura de procesar, esto es muy bizarro, casi subreal”.

Un año y medio más tarde, Alegría nuevamente se quedó embarazada. “Esa sí fue de bien gil, con el mismo, encima, [...] ahí fue como ‘chuta ni pensarlo dos veces’. Él es la única persona que supo, ahora sabes tú”. Aunque el médico era amable, a Alegría le parecía que “él utilizaba una retórica de ayuda, de ‘yo le voy a ayudar mijita’, era como que tú sabías que lo estaba haciendo por la plata”. Cada interrupción le costó 300 dólares.

Cecy, de 29 años, era docente de primaria y los ingresos de su hogar correspondían a 600 dólares, por lo que se ubica en un estrato social bajo (entrevista, julio de 2012). Toda su educación la cursó en establecimientos fiscales, y en la adolescencia fue parte de una organización religiosa. Inició su vida sexual a los 17 años; el método anticonceptivo que conocía y usaba era el del ritmo. A esta edad vivió su interrupción, transitando por la ruta de los consultorios privados negligentes: no se le hizo ninguna evaluación médica previa, la anestesia fue aplicada sin un examen, no le explicaron el procedimiento ni de los medicamentos aplicados. “Te acuestan... me sedaron, pero de la cintura para abajo, el resto yo estaba consciente de lo

⁷ Al momento de la investigación el hijo de la entrevistada tenía 14 años.

que te hacían [...]. Ellos no te dicen nada con tal de que tú les pagues... La doctora dijo: ‘usted de aquí tiene que hacer como que aquí no ha pasado nada’ [...]. Es algo feo, yo sentía como me iba sacando”.

A Cecy le practicaron un legrado, recuerda que fue un proceso extremadamente doloroso y sintió toda la manipulación de las curetas. Por la interrupción le cobraron 600 dólares. A lo largo de la entrevista, mencionó, varias ocasiones, que se sentía arrepentida, tenía miedo de que su familia se entere y le dolía que su pareja la recriminara por su decisión.

Diana, de 26 años, estaba cursando el quinto año de secundaria, vivía sola y sus ingresos eran de 300 dólares mensuales; pertenecía al estrato social pobre (entrevista, junio de 2012). No recibió información sobre relaciones sexuales o métodos anticonceptivos. Se ha realizado cuatro interrupciones. En la primera y segunda le hicieron legrados en distintos consultorios privados, la tercera fue con el uso de pastillas (misoprostol), y en su última experiencia, acudió a un consultorio: “me dijo que con eso de las inyecciones era como más fácil, yo quería estar como más segura, como más confiada de que no me iba a pasar nada”.

Diana comenta que, durante el procedimiento que le costó 320 dólares, no le explicaron cuál era la medicación que se le iba a aplicar. Si bien no tuvo complicaciones clínicas, la forma en que le trataron incidió en su ánimo. “La doctora me dijo: que lo piense, que por qué no me había cuidado, me dijo, ‘no quiero que venga solamente para hacerse eso, sino también para ayudarle con un método anticonceptivo’”. Diana se sintió juzgada, le dieron consejos que no solicitó, ni siquiera volvió al chequeo que le correspondía. Tanto las experiencias de Diana como las de Alegría y Cecy muestran que algunos consultorios médicos privados no cumplían con las condiciones para asegurar ni la salud física ni la emocional de las mujeres que acudían a abortar.

Las rutas por los servicios vinculados a ONG

En la ciudad de Quito existen servicios que se encuentran vinculados con organizaciones no gubernamentales, que promueven el ejercicio de los derechos sexuales y los reproductivos y que están de acuerdo con la legalización

y despenalización del aborto. A través de estos se puede acceder a procedimientos médicos o a información para autoinducirse un aborto. No fue posible acceder a información o contactar directamente con las usuarias, pues es una política de este espacio no contar con registros, se guarda confidencialidad (entrevista a Marcela, junio de 2012). Lucy, Negra y Salomé accedieron a un consultorio vinculado a una ONG. Las tres concuerdan en que allí se les brindó, además de la atención médica, el acompañamiento que requerían.

Lucy de 28 años, quien se autoidentificó como feminista, trabajaba como docente universitaria y consultora (entrevista, junio de 2012). Sus ingresos mensuales ascendían a 600 dólares mensuales. El estrato social al que pertenecía era bajo, aun cuando tenía estudios de cuarto nivel, un postgrado en España y una maestría recién concluida en Ecuador. Siempre estuvo a favor del aborto. Se hacía sus chequeos en un consultorio vinculado a una ONG feminista, sitio donde algunas amigas abortaron. A los 26 años se sometió a una interrupción.

En la época de su embarazo no deseado ya estaba cercana a colectivos feministas, así que no dudó y acudió a este espacio. Su ruta duró dos días: en la mañana se enteró, en la tarde tomó las pastillas y al día siguiente le realizaron el procedimiento –aspiración–. Su experiencia correspondió a un aborto seguro. En este consultorio, antes de realizar el aborto, le informaron sobre las posibles reacciones de su cuerpo ante las pastillas para dilatar el útero (misoprostol) y la aspiración. No preguntó mucho porque ya conocía el procedimiento. Recuerda que sí le dolió un poco, pero “no más que ‘sacarse las muelas del juicio’; [...] duró 10 minutos... como estas manes también son feministas, te dan como apoyo moral [...] te van explicando... no es esta carnicería brutal que hay en otros espacios... no es una clínica hermosa... pero es bastante decente”.

Lucy descansó un par de días y volvió a sus actividades habituales. El procedimiento le costó 250 dólares; vale aclarar que en el lugar no existe un precio fijo u obligatorio: cada mujer paga lo que puede, hay algunas que no pueden pagar, otras aportan el valor máximo: 250 dólares. También explicó que en los espacios feministas se habla abiertamente del aborto, por lo que tenía la información y estaba decidida: “sin duda el feminismo me

dio una fuerza especial y una autoconciencia de lo que me estaba pasando y es importante para que no sea tan traumático digamos más allá de lo emocional y de lo biológico”. Para Lucy, desde el feminismo es necesario seguir trabajando este tema del aborto porque “...una maternidad obligatoria es la forma más hijueputa del patriarcado para sostenernos ahí, [...], chucha, hay un montón de mujeres que les duele [...], llevan una marca dura que les hace sufrir”.

Negra tenía 33 años, era soltera, sus estudios secundarios y universitarios los cursó en establecimientos privados y también tenía un posgrado. Es consultora y sus ingresos van de 600 a 900 dólares, dependiendo del mes. Ella se ubica en el estrato medio bajo. Estuvo conectada con organizaciones juveniles que trataban temas relacionados con el género y el feminismo.

Llegó al consultorio donde interrumpió sus embarazos gracias a una amiga que trabajaba en género. Ella le contó que había una red feminista que hacía abortos seguros y accesibles. En la primera ocasión le fue difícil acceder directamente porque, a pesar de tener el contacto, existía la presión de tratarse de algo que no se podía hacer abiertamente. En su primer aborto ingirió pastillas (misoprostol) y en el segundo le hicieron una aspiración. La primera vez pagó 150 dólares y la segunda, un poco más, 200 dólares. El acompañamiento emocional fue uno de los aspectos más importantes. La trayectoria que siguió fue segura, solo tuvo una parada, sin complicaciones.

Salomé es otra de las mujeres que siguió la ruta por este servicio cuando tenía 16 años. Se ubica en el estrato socioeconómico de pobreza: no tenía trabajo remunerado y su pareja percibía 300 dólares mensuales. Como se trataba de una pareja estable, en un primer momento ambos querían continuar con el embarazo, sin embargo, cuando la mamá de Salomé se enteró, no estuvo de acuerdo. Aunque Salomé no había sido parte de ninguna organización social o política, su madre era activista por los derechos LGBTI, por eso expresaba su frustración ante la situación, creía que su hija tuvo toda la información para evitar un embarazo.

En el hogar de Salomé conversaron y después de analizar la situación se decidieron por la interrupción. Cien dólares fue el valor que la madre

de Salomé pudo pagar. Durante el aborto le resonaban los discursos que había escuchado sobre el inicio de la vida. A los 19 años y cursando su último año de bachillerato en un colegio fiscal, sentía que había tomado una buena decisión y que la interrupción no afectó a su vida.

Otro servicio vinculado a un colectivo feminista juvenil y apoyado por organizaciones no gubernamentales es la Línea de Información sobre Aborto Seguro que, aunque no interrumpe embarazos, informa sobre la manera de autoinducirse un aborto seguro con medicamentos (dar información es legal en el Ecuador). Cuatro de las informantes interrumpieron sus embarazos a partir de la información proporcionada por la Línea: Adriana, Sarahí, Vero y Mel. Las tres primeras son activistas feministas y Mel ha sido parte de organizaciones de izquierda. Lo que tienen en común es que conocen sus derechos y son conscientes de lo que significa la soberanía de sus cuerpos.

En el caso de Adriana, la decisión por el aborto fue rápida, desde que se enteró supo que no quería ni tenía que seguir con ese embarazo (entrevista, junio de 2012). Sus estudios los cursó en establecimientos de educación pública, concluyó su formación superior en turismo. Trabaja en una agencia de viajes y es parte del Colectivo Salud Mujeres. Su estrato socioeconómico es bajo.

La mayor parte de información relacionada con los derechos de las mujeres, la sexualidad y el aborto la ha conseguido a partir de su militancia activista. Inició su vida sexual a los 18 años y en esa primera ocasión utilizó un método anticonceptivo. Tenía 22 años cuando interrumpió su embarazo, “sabía que estaba en mis días fértiles pero creí que no iba a pasar nada”. Ella sabía que estaba embarazada por los cambios que se iban dando en su cuerpo: “Me vi desnuda al espejo, me vi que mis senos eran inmensamente grandes, que tenía una talla más, que los pezones eran muy negros”; y desde que empezó a sospechar decidió que iba a abortar.

Mi informante optó por utilizar misoprostol vía intravaginal, considera que así es más efectivo; ella tenía la información sobre el procedimiento y lo había transmitido a muchas mujeres. A pesar de estar en el activismo feminista y tener los contactos, fue su novio quien buscó una receta y compró el medicamento, le costó 12 dólares porque la receta tenía otros medica-

mentos. “Él me ayudó a colocarme las pastillas. El sangrado comenzó a la sexta hora, me dio escalofríos y fue todo el síntoma que me dio. No me dolía nada, no tenía nada más, mi sangrado era normal... yo sentí como a la hora ocho la expulsión del saco gestacional”, relata Adriana.

Adriana rescata que estuvo acompañada durante el proceso, en permanente contacto con sus amigas y junto a su pareja. El procedimiento resultó bien, todo estaba planificado, no hubo complicaciones ni riesgos. Su posición política feminista sería la razón principal para tener una trayectoria rápida y pensada. Dijo sentirse muy tranquila con su decisión.

Por su parte, Sarahí tiene 21 años, está cursado sexto semestre de gestión ambiental en la Universidad Técnica Particular de Loja, trabaja en la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género. Su salario es de 400 dólares y los ingresos totales de su familia son de 3300 dólares, aproximadamente. Su estrato socioeconómico es medio alto/alto.

Sarahí ha tenido tres interrupciones: la primera a los 15, cuando le hicieron un legrado; la segunda, cuando tenía 17 años, cuando tuvo un embarazo ectópico; y, la última interrupción, fue cuando tenía 20 años, usó el misoprostol que le regalaron unas compañeras (entrevista a Sarahí, junio de 2012). En esta última ocasión, Sarahí recuerda que aplazaba su interrupción porque se encontraba preparando algunas actividades relacionadas con la lucha por la despenalización del aborto, lo cual le resultaba irónico. A las siete semanas interrumpió su embarazo, los síntomas le duraron algunos días. “Yo no acabé todo mi procedimiento en una sola jornada, sino que después de algunos días seguía evacuando unos coágulos, por ejemplo, entonces no me asusté porque yo sabía todo el procedimiento, estaba tranquila, pero fue un poco molesto porque nunca paré”.

Lo que en realidad le conflictuaba a Sarahí no era el aborto en sí. Ella se cuestionaba el hecho de que, teniendo toda la información, estuviera en esas circunstancias: “Era como una nueva culpa de las activistas que recae como la responsabilidad sobre nuestro ejemplo o algo así, ahora ya lo entiendo mejor y digo ya, o sea, qué importa, o sea, no me voy a echar una nueva culpa, modernizar la culpa cristiana en mi activismo laico”.

A partir de su trabajo con la Línea y de las experiencias en sus interrupciones, Sarahí recomienda que, para un aborto seguro, hay que tomar en

cuenta ciertos aspectos. Recalca que la interrupción “sea tranquila, armoniosa y más rápido, lo antes posible, porque de todas formas es algo que le está pasando a nuestros cuerpos y que lo sentimos”.

La última trayectoria de aborto que siguió Sarahí fue segura, ella es una mujer posicionada sobre lo que significa ejercer sus derechos sexuales y reproductivos; tiene contactos y acceso a otros espacios para llegar a interrupciones seguras. En este escenario ella decidió usar misoprostol: “El misoprostol es justamente el mecanismo para mí ideal que nos permite saltarnos la violencia, violencia médica que es horrible... si están solas con un médico se está triplemente sola y violentada, aunque estés con un médico que se supone es el que garantiza tu vida”.

Otra de las informantes, que también está a favor del uso del misoprostol, es Vero, activista feminista, exvocera del Colectivo Salud Mujeres y participa en la Línea, informando sobre la manera segura de usar misoprostol (entrevista, junio de 2012). Tiene 23 años, es egresada de comunicación social, trabaja en la Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género. Sus ingresos van desde los 600 a 900 dólares mensuales, se ubica en el estrato socioeconómico medio bajo. Su vinculación a temas relacionados con los derechos y la sexualidad inició en su familia, su hermana mayor también es activista feminista.

Vero inició su vida sexual a los 18 años y se ha interrumpido dos embarazos. En las dos ocasiones se encontraba en una relación estable. En la primera, les falló el preservativo, y en la segunda no funcionó el parche (método anticonceptivo). El factor que mayormente ha influenciado en las decisiones de Vero es la edad: se consideraba muy joven para ser madre. En su primera interrupción había planificado hacerse una aspiración, inició el procedimiento con misoprostol vía sublingual, al día siguiente iría al consultorio, en la marcha vio que el sangrado comenzó y decidió completar la dosis del misoprostol. Comenta que pagó 12 dólares por las pastillas y fue difícil encontrarlas. Para su segundo aborto no dudó en usar misoprostol, lo ingirió vía sublingual pero no funcionó, tuvo que repetir el procedimiento por vía vaginal. Aunque no tuvo complicaciones, en esta última ocasión sí sintió malestar. “Como no me funcionó repetí y ya me iba de viaje... entonces ahí sí me cogió fuerte, estar sola en otro lugar, creo que

tuve un sangrado súper fuerte, tenía miedo de no saber a dónde ir en otro país, pero igual siempre estuve en contacto con mi novio”.

Mi informante destaca que después de las interrupciones sentía que “fue súper tranquilo, yo me sentí relajada luego de hacerlo, *full* alivio”. Vero considera que el aborto debería ser admitido en todos los casos, y agrega que es cada mujer la que debe decidir, por eso cree que cuando otras mujeres le preguntan sobre aborto, solamente debe dar la información: “Siempre nos han querido decir qué hacer con nuestros cuerpos y nosotras como mujeres, a la otra, decirle qué es lo mejor que tiene que hacer es horrible”.

En opinión de Vero las mujeres que piensan en el aborto como un asesinato, abortar les significa vivir trayectorias más duras; para otras el procedimiento no es lo duro, difícil o doloroso, y a otras lo que les afecta son las circunstancias. Añade que conocer sobre estos temas le ha sido trascendental puesto que le ha permitido vivir su sexualidad de manera abierta, sin tabúes, de manera más placentera, y le ha enseñado a saber cuándo quiere o no alguna situación.

Otra de las informantes que siguió la ruta de la interrupción con el misoprostol es Mel (entrevista, julio de 2012). Ella no es ecuatoriana, y se encontraba cursando una maestría en el país. Ha militado en organizaciones de izquierda y tiene amistades feministas. Sus ingresos mensuales son de aproximadamente 500 dólares, su estrato socioeconómico es bajo. Mel se ha sometido a una interrupción, espera que ni una más, tenía 29 años y acababa de llegar a Quito. Su médica le recomendó dejar las pastillas por tres meses, fue en ese período que se embarazó. La decisión de abortar la tomó con su pareja.

Se contactó con la Línea de Aborto Seguro, Mel decidió usar misoprostol por vía sublingual y no le funcionó, esto fue muy frustrante: “No sé si se le pudiese evitar a la mujer pasar por esa situación de decidirlo, de hacerlo y de que no te funcione porque es algo de lo más horrible que puede haber”. Tuvo que esperar un par de semanas para repetir el procedimiento, “ahí claro, sí sucedió, cuando sentí el dolor me di cuenta que eso no había pasado la vez anterior, que ahora sí estaba funcionando”.

Durante su aborto, tenía miedo de que en caso de una emergencia no supiera dónde ir, en su país conocía la trayectoria. En lo que se refiere a

conseguir el medicamento, ella explica que tenía un contacto y le dieron el medicamento. En el segundo intento, un amigo compró las pastillas en una farmacia. A lo largo de su testimonio, Mel deja ver que conoce sobre el tema de la soberanía del cuerpo, reconoce que en su caso sentía que existía una presión social por su edad, estaba en edad de ser madre. A la vez, prevaleció en ella la decisión de cumplir con su proyecto de vida. Piensa que hay que legalizar la práctica para que sea posible investigar sobre el mejor uso del medicamento, a fin de que otras mujeres no tengan que repetir el procedimiento.

En Quito, la utilización de misoprostol configura una ruta. Virginia Gómez de la Torre, a partir de su experiencia, explica que la ruta o trayectoria con el uso del misoprostol puede describirse de la siguiente forma.

Virginia. La ruta es desde que la mujer sabe que está embarazada y ya lo asume, [...] toman el miso y sangran y luego van viendo cómo les va yendo, van a la maternidad, esa es otra parada para que les terminen el proceso, en la gente pobre que no tiene mucha información, porque aquí la oferta de interrupción es grande hay cientos de profesionales y de gente no profesional que entrega misoprostol [...] llaman a la Línea, les dieron la información, pero obviamente igual tienen que conseguirse el medicamento. El punto crucial para llegar a abortar efectivamente es que les den la información correcta y que consigan rápidamente el medicamento.

En el caso del Ecuador, el misoprostol apareció en el mercado hace unos diez años⁸ y según los testimonios es solo hace cinco que se conoce más de su existencia. Se deduce que las rutas de aborto con el uso del misoprostol son relativamente nuevas.

Así, existen dos rutas que tienen que ver con servicios vinculados a las ONG: la primera es la ruta por el consultorio y la segunda es la ruta del aborto autoinducido con misoprostol. En ambas, el acceso a la información correcta y al medicamento son fundamentales.

⁸ Entrevista a Virginia Gómez de la Torre, médica feminista, 2012.

Las rutas múltiples

En algunos casos, las mujeres que abortan recorren rutas múltiples, asisten a diferentes servicios, van a un primero y, por atención negligente o no apropiada, les resulta necesario acudir a un segundo. Jessy, Janeth y Laly coinciden en que su primera parada fue un consultorio privado, sin condiciones sanitarias, técnicas y profesionales adecuadas. Luego cada una de las mujeres hizo una ruta diferente por otro tipo de servicio debido a las complicaciones.

Jessy, de 33 años, por los ingresos del hogar se ubica en un estrato pobre (entrevista, 2012). Su cuñada le dio la información de un consultorio donde le ofrecían interrumpir el embarazo. Aun cuando Jessy conocía que a su cuñada no le fue muy bien, decidió ir al mismo lugar y pagó 300 dólares: "...tomé la decisión de ponerme esta inyección, la cual me hizo abortar el bebé". Tuvo complicaciones, pasó 15 días en cama y perdió mucha sangre. A Jessy no le informaron cuál fue el medicamento que le aplicaron y también le pusieron un óvulo y dos pastillas.

Su segunda interrupción constituye una ruta múltiple. Jessy volvió al mismo lugar de la primera vez, la atención no fue diferente, también tuvo complicaciones y en esta ocasión tuvo que ser trasladada de emergencia a un servicio público, donde completó su aborto, le hicieron un legrado: "Llamé a una ambulancia y los señores paramédicos me llevaron, no me acuerdo de nada porque me desperté en una sala de recuperación en el Hospital del Sur".

Después de estas dos interrupciones, Jessy volvió a embarazarse, menciona que en esta ocasión decidió tener a su hija: "Ahí sí no pude, el papá de mi hijo como que me insistía que yo lo haga". Enfatiza que ya no iba a sacarse otro niño, se sentía mal porque sus embarazos se dieron por descuido. Aunque dice que su hermana le ha mencionado que el aborto es un derecho, ella cree que "ya son dos veces y la tercera capaz que ya me va mal, en realidad puedo morirme".

De igual modo, Janeth siguió una ruta múltiple (entrevista, 2012). A sus 36 años de edad, estaba casada y con dos hijos y era docente, todos sus estudios los cursó en establecimientos públicos. No ha sido parte de

ningún tipo de organización. Su estrato socioeconómico era medio bajo. Cuando se embarazó por tercera vez decidió interrumpir este embarazo: “Fue una decisión que tomé rápidamente, porque si dejaba pasar el tiempo ya no había nada que hacer”. La hermana de Janeth hizo averiguaciones, una amiga le comentó que su hermana había interrumpido dos embarazos en un consultorio, coincidentemente se trataba de Jessy. A pesar de las malas experiencias, Jessy recomendó el consultorio. A Janeth el aborto le costó 200 dólares y le significó una experiencia terrible y dolorosa: fue amenazada, le quitaron su cédula y le hicieron firmar una hoja en blanco.

La salud de Janeth se complicó después de siete meses, un dolor abdominal que tuvo luego del aborto aumentó y fue necesario que se hiciera una serie de exámenes. Cuando le hicieron un eco, le dijeron que se veían restos y que era necesario practicarle un legrado. Este procedimiento se lo hicieron en APROFE, una ONG. Ella recuerda que sintió un dolor intenso. Tan pronto se sintió mejor se hizo una ligadura. A pesar de vivir una trayectoria múltiple debido a las complicaciones, Janeth cree que su aborto fue una experiencia favorable: “No fue mucho tiempo, no fue muy complicado, no fue una experiencia que marcó mi vida, cierto es que después un poquito de remordimiento, después pienso en mí y tomé la decisión adecuada, tengo dos hijos a los que amo, son los que estaban en mis planes”.

En el caso de las mujeres que hicieron una ruta múltiple, encontrar un espacio seguro no fue la principal preocupación; lo que realmente sucedió es que su toma de decisión estuvo marcada por la premura y la desinformación, lo que las llevó a espacios inseguros y luego, a otros servicios. En contraste, hay mujeres que por tener información y contactos accedieron al espacio adecuado, tuvieron un procedimiento rápido y con garantías para su salud física.

Factores de decisión

En la ruta que siguen las mujeres para abortar existen ciertos puntos o paradas donde se concentra la atención. Si bien cada mujer vive su propia experiencia, para todas, la toma de decisión significa un momento clave.

Abortar se constituye en una decisión importante y compleja cuando el aborto es ilegal y está sujeto a una fuerte sanción moral.⁹ Las razones para decidir por un aborto son distintas y más que profundizar en ellas, lo que se pretende es evidenciar, a través de los testimonios, cómo incide el hecho de contar con conocimiento e información previa relacionada con los derechos sexuales y reproductivos y el feminismo, la manera en que se configura la toma la decisión, la forma en la que se accede –lo que he denominado la ruta–, y la percepción futura con respecto a la decisión.

Del testimonio de Adriana (entrevista, 2012) se extrae que cuando se dio cuenta de su embarazo, ella sabía qué hacer y qué camino seguir: “La decisión estaba tomada, antes ya lo había pensado”. Ella es una activista feminista, no le resultó complejo tomar la decisión de abortar. Ahora, después de dos años, cuando se le pregunta sobre su aborto, explica: “El derecho a decidir está en nosotras... Lo que sí creo es que fui una mujer afortunada por el hecho de tener la información y eso es fundamental, eso es lo que les falta a las mujeres, empoderarnos de la decisión, estar informadas, no más”.

Es importante destacar que las mujeres, que han sido parte de colectivos u organizaciones, y se autodefinen como feministas, identifican que el hecho de abortar corresponde a una decisión y opción legítima, a un derecho. Esta apropiación las lleva a vivir trayectorias menos culposas y con menos dolores. “Estaba ya cercana al feminismo y a algunos colectivos... pero sí creo que me ayudó en realidad eso, a afrontar, entender y no tener temor” (entrevista a Lucy, 2012).

Escenarios similares se repiten en los testimonios de Vero, Sarahí, María, Negra, Lucy, Salomé, Mel y Denisse. Ellas no cuestionan su decisión de abortar; independientemente de la realidad de cada una, plantean que fue la mejor decisión para sus vidas. Su postura respecto al aborto es distinta a la de quienes no contaban con información o contactos.

⁹ En el informe provisional presentado por Anand Grover, relator especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al más alto disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, se mencionan las complejidades y los riesgos que acarrea decidir un aborto en países donde se lo penaliza. La salud integral de las mujeres se pone en riesgo cuando el aborto es ilegal (Naciones Unidas 2011).

Uno de los más importantes preceptos de la teoría feminista es el empoderamiento.¹⁰ Según Magdalena León (1997, 3) “empoderarse significa que las personas adquieran el control de sus vidas, logren la habilidad de hacer cosas y de definir sus propias agendas”. La soberanía del cuerpo y el ejercicio de derechos tienen relación con el empoderamiento que se configura a partir de la autonomía de las mujeres (Lagarde 1997). Las mujeres que han llegado a la toma de decisiones autónomas configuran el suceso de manera positiva, independientemente de la experiencia en sí, del procedimiento usado o del servicio.

Por el contrario, los testimonios de mujeres como Cecy, Jessy, Diana y Johana, que no contaron con ninguna información sobre derechos sexuales y reproductivos o feminismo, que no son parte de organizaciones de ningún tipo, dejan ver que la decisión de abortar fue pensada a partir del bienestar de terceros. Si bien ellas lo decidieron, se puede advertir que su bienestar personal, al momento de decidir, no fue la prioridad.

Existe otra coincidencia con respecto a este último grupo de mujeres, las cuatro identifican sus experiencias de aborto como decisiones equivocadas. Esta idea prevalece, incluso cuando reconocen que el aborto significó que pudieran cumplir con otras metas en su vida. El imaginario del aborto y los discursos de los grupos antiderechos resuenan en las trayectorias de estas mujeres y en la lectura que hacen de su decisión.

Una vez que la decisión de abortar es concebida y sentida como un derecho, los dolores físicos y emocionales, cuando los hay, son superables, se piensan como una experiencia más de vida. Por el contrario, cuando en el contexto de vida de las mujeres predomina un imaginario moralista y culposo sobre el aborto, las secuelas emocionales persisten. En este escenario, para la doctora Virginia Gómez de la Torre, cuando la decisión de abortar ha sido tomada por la mujer, eso influye para que el aborto se constituya en un proceso que termina siendo terapéutico. “Se aguantan esos dolores y el aborto sigue siendo terapéutico, sigue siendo un alivio,

¹⁰ El concepto de empoderamiento ha sido tratado por Naila Kabeer, Margaret Schuler, Magdalena León, Stephanie Riger, Nelly Stromquist, Kate Young, Saskia Wieringa, Srilatha Batliwala, entre otras autoras.

porque el momento en que la mujer deja de sentir el dolor y sabe que ya no está embarazada, esa sensación de libertad, esa sensación de alivio que sienten es incomparable”.¹¹

Juego de capitales y las trayectorias hacia el aborto

En la vida práctica de las personas entran en juego condiciones que determinan que las personas seamos ubicadas en una u otra posición o clasificación dentro de la sociedad. Estas condiciones tienen que ver con lo que Bourdieu define como capitales. En las trayectorias que siguen las mujeres para llegar a un aborto operan capitales. Estos entran en el juego social, y es así que tener un capital o no tenerlo, contar con todos o no contar con ninguno, ubica a las mujeres en determinadas posiciones. La forma en la que juegan estos capitales influye, directamente, en la toma de decisión de las mujeres que abortan y cómo, en lo posterior, perciben o configuran la decisión tomada. Para analizar el juego de capitales se armó una matriz que sistematiza la información de los testimonios de las informantes.

Según Bourdieu (2001, 131), hay cuatro capitales que entran en juego en las relaciones sociales y de poder: económico, cultural, social y simbólico. El capital es un valor que se acumula, y esta acumulación puede ser objetiva o interiorizada; es objetiva cuando está materializada en la realidad de las cosas. Por ejemplo, la forma objetivada del capital económico es el dinero; la forma objetivada del capital cultural son evidencias materiales de la posesión de la información (títulos académicos); y en el caso del capital social, su forma materializada son los recursos que se tienen a partir de la pertenencia a un grupo¹² —contactos, redes, relaciones—. Cuando se interioriza el valor del capital, se reconoce su importancia y se usa en beneficio propio, los capitales se transforman en capital simbólico.

¹¹ Entrevista a Virginia Gómez de la Torre, médica feminista, 2012.

¹² El capital social está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales, asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos (Bourdieu 2001, 148).

En esta investigación, los capitales se entienden de la siguiente forma: capital económico como los ingresos del hogar; capital cultural como la posesión de información específica sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y feminismo; capital social como las relaciones sociales que generan contactos y oportunidades de acceso a trayectorias para el aborto. Juntos el capital cultural y el capital social, considerando nociones de la teoría feminista, generan un capital político. Esto se da cuando estos dos capitales están reconocidos, interiorizados y puestos al beneficio del sujeto mujeres, se transforman en un tipo de posicionamiento político relacionado con una manera específica de reapropiación y reconfiguración del cuerpo.

La transformación de los capitales influye en la toma de decisiones y en la manera de asumir la vida. Por tanto, la concepción sobre el cuerpo se vuelve política, y cuando esto sucede, se posee un capital político. El ejercicio real de la soberanía del cuerpo correspondería a la objetivación –materialización– del capital político.

Se dividieron los testimonios en tres subgrupos: el primero corresponde a las mujeres que poseen capital cultural y social, es decir, conocimiento y reconocimiento de la importancia de la información, relacionada con el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos –soberanía del cuerpo–. El segundo agrupa a aquellas que cuentan con el capital cultural –conocen sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos–, pero no lo tienen interiorizado, y no ha sido determinante para sus abortos. Este grupo de mujeres no cuenta con un capital social fuerte. El tercer grupo aglutina a mujeres que no cuentan con el capital cultural ni el social.

En el primer grupo, de ocho mujeres, siete recorrieron rutas que las llevaron a un aborto seguro e hicieron uso de su capital cultural y social. Tomaron la decisión de abortar con base en su capital cultural y accedieron al servicio a través de su capital social (contactos). Las circunstancias de ellas, a pesar de tener información y contactos, las obligaron a seguir una ruta por un consultorio privado que no le garantizó el bienestar físico ni emocional y tuvo secuelas posteriores. Todas reconocen en el aborto un derecho y una estrategia para el ejercicio de la soberanía del cuerpo; reivindican que su decisión fue la más acertada.

Las mujeres ubicadas en el segundo grupo –que únicamente conocen sobre derechos sexuales y reproductivos, pero que no estaban conscientes de la importancia de contar con esta información– son cinco. Dos recorrieron rutas en las que no complicaron su bienestar, pues ambas estaban preocupadas por su seguridad; tres, que contaban con capital cultural, no lo potenciaron en su beneficio, no poseían contactos. Ellas llegaron a servicios privados inseguros, con prestadores de servicios sin criterios ni sensibilidad.

En el tercer grupo de mujeres se ubican quienes no cuentan con información ni contactos relacionados con temas de derechos sexuales y reproductivos; es decir, no cuentan con capital cultural ni social. Las interrupciones les significaron poner en riesgo sus vidas y tener secuelas emocionales.

En los dos primeros grupos se puede ver una forma determinada de apropiación del capital cultural (Bourdieu 2001, 146). Las mujeres del tercer grupo no cuentan con un capital cultural –información específica sobre el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y feminismo– por tanto, no obtienen beneficios, no tienen capital cultural para poner en juego.

Otro de los aspectos dentro de la configuración del capital cultural es la educación formal, puesto que esta representa un valor acumulado con el que cuentan, o no, las mujeres. Esta inclusión permite analizar un tema específico: la relación de la educación formal con una ruta de aborto seguro. De este análisis se destaca que 11 de las 16 informantes se encontraban cursando o habían concluido sus estudios superiores cuando se realizaron sus abortos. Dos estaban culminando la secundaria y tres concluyeron únicamente la primaria.

Una de las premisas de los colectivos feministas plantea que la educación, en general, es un factor que reduce las posibilidades de un embarazo no deseado y de situaciones de riesgo, por ejemplo, un aborto inseguro. En este estudio se puede ver que las mujeres han llegado a un embarazo no deseado y a un aborto decidido, independientemente de su nivel de educación. Lo que sí ha pesado es la vinculación a espacios desde donde pudieron haber acumulado capital cultural y social –grupos feministas, organizaciones políticas y de derechos–.

La educación formal no representa una variable definitoria cuando se habla de buscar abortos seguros; es, más bien, la educación sexual y la información con enfoque de derechos, relacionada con el feminismo, la que empodera a las mujeres, les da autonomía, les permite ejercer su soberanía del cuerpo; establece una diferencia al momento de acceder y recorrer rutas seguras.

Conclusión: capitales, soberanía del cuerpo y aborto seguro

En un primer momento se hace referencia al capital cultural y social, y cómo su transformación lleva a la configuración de un capital político. Para definir la trayectoria hacia el aborto seguro, el capital cultural incorporado y que se usa en beneficio propio es fundamental. Es así que aquellas mujeres poseedoras de un capital cultural (conocimiento sobre sus derechos) y lo han interiorizado, ejercen soberanía sobre su cuerpo y configuran su “cuerpo político”. Esta interiorización no se da de manera mecánica, involucra un proceso que requiere recursos que no son necesariamente económicos.

Del grupo de informantes, son las mujeres activistas feministas las que convirtieron su capital cultural y social en un capital político. Cuando el valor de los capitales es reconocido por las mujeres –agentes–, estos se transforman en un capital político, lo que las lleva a configurar sus cuerpos políticos y a tener otras posturas diferentes a las tradicionales patriarcales.

Hablar de un cuerpo político desde el feminismo significa apropiarse del cuerpo y representa deconstruir la forma de presentarse y representarse en el mundo. La construcción del cuerpo político se concreta de manera individual y colectiva, pues todas las activistas, de una u otra manera, siguieron una trayectoria para el aborto seguro. En un contexto adverso, donde se penaliza el aborto, son el capital cultural y social, convertidos en capital político, los que entran en el juego social y definen una posición política de resistencia de las mujeres frente al contexto. Paradójicamente, las mujeres juzgadas por su posición política (en un sistema patriarcal) se

ubican en una situación privilegiada¹³ en comparación con quienes no han llegado a conformar su cuerpo político y se han expuesto a seguir trayectorias inseguras.

¿Cuál es la importancia de la transformación del capital cultural y social en un capital político? Bourdieu no habla de un capital político, menciona al capital simbólico y lo constituye como un poder simbólico, es capaz de transformar la visión que se tiene del mundo y consecuentemente, la acción sobre el mundo. Al establecer que el capital político reemplaza al capital simbólico, se identifica que este poder –simbólico– se enmarca dentro del accionar político configurado por el feminismo. En esa medida el capital político puede transformar el mundo, en este caso el mundo patriarcal.

En lo que se refiere al capital económico, el análisis da como resultado la siguiente conclusión: el capital económico (tener dinero) no corresponde a una variable definitoria para llegar a un aborto seguro. Es el capital cultural –información y formación en derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos– junto al capital social –contactos– lo que ha determinado que las mujeres accedan a abortos seguros. En este escenario, la relación determinista pobreza-aborto inseguro se trastoca y reconfigura. Los ingresos o el capital económico no aseguran la calidad del aborto; influyen sí, pero no lo determinan.

Si se plantea una relación entre la clase/estrato dado por ingresos y con posibilidades de recibir educación, a simple vista parecería que el estrato socioeconómico y el nivel de educación, sí podrían haber determinado que estas mujeres accedieran a servicios de aborto seguro. Sin embargo, los testimonios y la construcción de la historia de vida sexual dan cuenta de que el mayor peso al momento de buscar, decidir y acceder a una ruta de aborto seguro tiene que ver con el capital cultural, entendido para esta investigación como la información específica sobre derechos sexuales y reproductivos, feminismo y el capital social, que son los contactos con organizaciones, las redes feministas y personas relacionadas con espacios de ONG feministas.

¹³ Quien dispone de una competencia cultural determinada, por ejemplo, saber leer en un mundo de personas analfabetas, obtiene, debido a su posición en la estructura de distribución del capital cultural, un valor de escasez que puede reportarle beneficios adicionales (Bourdieu 2001, 143).

Pareciera confirmarse que el reconocimiento de los derechos y el ejercicio de la soberanía del cuerpo se constituyen en capitales políticos que, a su vez, representan factores decisivos para marcar la ruta del aborto; es decir, la soberanía del cuerpo aparece como una dimensión clave para elegir un servicio de aborto seguro. Asimismo, el estrato socioeconómico, dado por el nivel de ingresos de las mujeres, no parece ser una variable determinante para acceder a un aborto de calidad.

Referencias

- Cevallos, María Rosa. 2011. “El temor encarnado: Formas de control y castigo a mujeres con aborto en curso en Quito”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador.
- Bourdieu, Pierre. 2001. *Poder, derechos y clases sociales*. Bilbao: Palimpsesto.
- Bustamante, Vanessa, y Virginia Gómez de la Torre. 2011. *Cómo se viven los derechos reproductivos en Ecuador: escenarios, contextos y circunstancias*. Quito: Comisión de Transición hacia el Consejo de las mujeres y la igualdad de Género / Manthra Editores.
- Escalante, Cecilia. 2002. *Incidencia en la gestión de políticas públicas con enfoque de equidad de género en el sector rural de Centroamérica*. San José: Lara Segura & Asociados.
- Foucault, Michel. 1998. *Historia de la sexualidad I, La voluntad de saber*. México: Siglo XXI editores.
- Gil, Franklin. 2008. “Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad”. En *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América latina*, editado por Fernando Urrea Giraldo, Mara Viveros Vigoya, y Peter Wade, 485-512. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia / Universidad del Valle / Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Clam.
- Lagarde, Marcela. 1997. *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Managua: Puntos de Encuentro.
<http://sidoc.puntos.org.ni/publicacionesptos/documentos/claves-feministas.para-el-poderio-y-autonomia.pdf>.

- Lavrin, Asunción. 2005. *Mujeres feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Santiago: Ediciones de la dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.
- León, Magdalena, comp. 1997. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo editores / Fondo de Documentación Mujer y Género de la Universidad Nacional de Colombia.
- Medina, Clara. 2002. *El relato de vida como testimonio: Un ejemplo chileno de memoria histórica*. Santiago: CEME (Centro de Estudios Miguel Enríquez).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, SENPLADES, UNFPA, y SENDAS. 2017. *Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Ecuador*. Quito: Ecuador.
- Naciones Unidas. 2011. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover”.
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe_completo_33.pdf.
- Rosero, Cristina. 2013. “Soberanía del cuerpo y clase: Trayectorias de aborto de mujeres jóvenes en Quito”. Tesis de maestría. FLACSO Ecuador.