

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. GOETSCHER, 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 |

Las trayectorias de ellas, de nosotras: el biopoder en la sala de legrados

María Rosa Cevallos

Un trabajo de 2008 sobre las mujeres jóvenes y el aborto en Ecuador actuó en mí como impulso, me propuso interrogantes y marcó la intención de investigar el fenómeno más allá de la penalización del aborto. En 2012, la Unidad Editorial de FLACSO Ecuador publicó mi estudio *El temor encarnado. Aborto en condiciones de riesgo en Quito*, que presenta las trayectorias de algunas mujeres que comenzaban sus abortos en la clandestinidad, pero terminaban en una institución de salud pública donde sus cuerpos experimentaban las diversas estrategias del biopoder. Este texto forma parte de dicha investigación y pretende visibilizar cómo tales estrategias se encarnan en los cuerpos desde el temor y el disciplinamiento, trascendiendo el espacio/tiempo de la Sala de Legrados y el proceso de aborto en sí.¹

La práctica del aborto en la ciudad de Quito se mueve entre los límites de los derechos sexuales y reproductivos y los castigos sociales, e incluso penales, que confronta la interrupción voluntaria del embarazo. Frente a esta realidad de riesgo de la vida de las mujeres, aparecen las tensiones sobre el tema: las concepciones propias acerca del aborto provocado, el marco legal restrictivo y, a la vez, la obligación de cuidar la vida de las mujeres.

Según la obstetra Ivone Araus —la primera mujer en ser nombrada directora de la Escuela de Obstetricia, en 1984— “hay que salvar la vida de la paciente y esa es la obligación de todos los que hacemos medicina, con mayor razón los hospitales que tienen inclusive el recurso humano y los

¹ Agradezco a Alfonso Espinosa Andrade por la edición y el trabajo en este artículo.

materiales necesarios para favorecer a una paciente en esas circunstancias”.² Esta atención, como veremos, sí se presta, pero con especiales condiciones y complicidades.

Durante mi proceso investigativo, que tuvo lugar en espacios de salud pública de Quito, obtuve varios testimonios de mujeres. Con ellas, además de nutrir la investigación, pude compartir mi experiencia de haber abortado en un país donde el temor, la inseguridad y la culpa atraviesan la decisión de las mujeres de interrumpir un embarazo. Desde la perspectiva del “conocimiento situado” (Haraway 1995) realicé un análisis del aborto apelando a la cercanía con las mujeres que han vivido este proceso, clandestinamente, y en condiciones inseguras.

En las semanas que llevó el trabajo de campo de *El temor encarnado*, los momentos más importantes, en más de un sentido, fueron la oportunidad de tener un contacto directo con las trayectorias de aborto de algunas mujeres que llegaron a la Sala de Legrados. Los diálogos se dieron casi siempre en los momentos previos a los procedimientos clínicos, en las largas esperas anteriores a la intervención médica. Eran tiempos detenidos, atravesados por sentimientos de ansiedad y temor. Tales condiciones marcaron cada una de las historias y, por supuesto, también mi forma de abordarlas.

Estas mujeres estaban en condiciones especiales y nuestras conversaciones también se daban en condiciones poco comunes para una entrevista. Recostadas en las camillas, esperando ser atendidas, o recuperándose de la anestesia para ser dadas de alta, decidían contarme la historia “verdadera”. La mayoría tenía un relato paralelo, enmarcado en la legalidad, que contaban al personal del servicio de salud. Ninguna estaba en una situación cotidiana y tampoco lo estaba yo, vestida con una bata verde, el cabello cubierto, totalmente desinfectada y en un espacio ajeno donde eran intervenidos los cuerpos de las mujeres en su rol de pacientes. Esta situación definitivamente marcó sus testimonios y los sentimientos que fueron volcando en ellos.

Aunque los recorridos que las mujeres deben hacer cuando toman la decisión de abortar parecieran desafiar lo socialmente normado, el poder

² Entrevista a Ivone Araus, obstetra, 2011.

vuelve a revertirse en los cuerpos incluso en la aparente “fuga” que ofrecerían los abortos clandestinos, una vez que estos concluyen a la luz de la institucionalidad pública. “De hecho, la impresión de que el poder se tambalea es falsa, porque puede operar en repliegue, desplazarse, investirse en otra parte... y la batalla continúa” (Foucault 1979, 104).

En este camino las mujeres quedan expuestas al disciplinamiento, al poder que se ejerce sobre los cuerpos que se norman, se controlan, y se vuelven dóciles. De una manera sutil y cotidiana, ese control se encarna en quienes deciden abortar. La implacable disciplina del cuerpo resuena también en otros espacios cotidianos: en las familias y las amistades, en sus propias soledades, en sus creencias religiosas, en sus silencios...

Mi análisis de las trayectorias de quienes llegaron con abortos provocados a la maternidad gira en torno a las estrategias de disciplinamiento basadas en el par silencio-muerte, la maternización y, finalmente, la estrategia de complicidad (en muchos casos condicionada), que terminó con la realización de los legrados³ en la maternidad.

El biopoder encarnado en los cuerpos

Para introducirnos en las trayectorias de aborto es importante retomar algunos conceptos clave. La biopolítica, entendida como el poder que se ejerce directamente sobre la vida de una manera continua y casi imperceptible (Foucault 2007), es fundamental para comprender el análisis sobre las trayectorias de aborto y cómo son procesos en los que el poder se encarna en los cuerpos de las mujeres.

Es necesario señalar que uno de los polos de la biopolítica, la anatomopolítica,⁴ se expresa en diversas estrategias disciplinatorias cotidianas, casi imperceptibles. “A estos métodos que permiten el control

³ Es la forma médica que nombra el proceso de aborto que termina mediante raspado intrauterino.

⁴ “Una ‘anatomía política’, que es igualmente una mecánica del ‘poder’, [que] define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea sino para que operen como se quiere” (Foucault [1976] 2002, 83).

minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se le puede llamar ‘disciplinas’” (Foucault [1976] 2002, 126).

Así, las normas se encarnan en los cuerpos pretendiendo hacerlos dóciles y disciplinados mediante estrategias que se justifican en el afán de encauzar y hacer encajar todos los cuerpos en parámetros que resulten aceptables para el discurso político. La normatividad penetra los cuerpos, los atraviesa para constituirse como un discurso encarnado, es decir, hecho cuerpo en los sujetos que toca y posee (Foucault 1979). Para ello, “las estrategias han consistido en establecer juegos disciplinarios para ordenar estos cuerpos” (Mujica 2007, 79).

Tal propuesta coincide con la “teoría de la práctica” de Bourdieu (2007, 111), quien explica que “la doxa originaria es esa relación de adhesión inmediata que se establece, en la práctica, entre un habitus y el campo al cual está acordado, esta muda experiencia del mundo como algo que se da por sentado”. El sentido práctico es aquella necesidad social convertida en esquemas motrices y automatismos corporales, que se hace práctica y permanece en ella, oscura a los ojos de quienes la producen; es así como todos los órdenes sociales sacan partido de la disposición del cuerpo (Bourdieu 2007). En diálogo con el concepto de performatividad de Butler (2002), las normas se incorporan y reiteran hechas cuerpo en el espacio hospitalario, lugar de disciplina y control, y su incorporación se traduce en una aparente docilidad.

Las vidas de las pacientes del hospital dependen del personal de salud y, en este sentido, las miradas y discursos médicos se convierten en “verdad”. Las usuarias del servicio, necesariamente, les deben confianza y esa confianza implica subjetivar el discurso y la práctica médica. “La mirada del clínico se convierte en el equivalente funcional del juego de las combustiones químicas, por ella la pureza esencial de los fenómenos puede desprenderse, es el agente separador de las verdades” (Foucault 2001, 173). Las relaciones de poder entre los médicos y las pacientes atraviesan estas “verdades”.

Las mujeres que prestaron sus testimonios para esta investigación transgredieron la norma y la ley al interrumpir sus embarazos voluntariamente. Sin embargo, el biopoder se encarnó enseguida en ellas mediante

estrategias de maternización y dolor, que se aplican en sus cuerpos cuando acuden al servicio público en busca de ayuda para terminar sus abortos. Se trata, de algún modo, de un juego disciplinario que las vuelve a la “docilidad” después de haber sido transgresoras. Su quiebre al orden establecido consiste, sobre todo, en hacer resistencia desde el propio cuerpo, ese “lugar donde se disponen las técnicas del poder” (Mujica 2007, 93).

Entre los años 2008 y 2012, cuando realicé esta investigación, había que sumar una especie de complicidad que representaba también una fuga del poder, en la cual, si bien no se ejercía el castigo legal, la disciplina y el control sí eran parte de la atención que las mujeres recibían en la Sala de Legrados; esta complicidad estaba condicionada al sometimiento. Con los cambios en el Código Penal, el riesgo de las mujeres a ser denunciadas y juzgadas por homicidio se ha vuelto más directo y ya ha tenido penosas consecuencias en forma de procesos penales contra mujeres que interrumpieron voluntariamente un embarazo.

Diálogos en la Sala de Legrados

La primera trayectoria que relataré será la de Gabriela, a partir de cuya historia, construyo un diálogo entre las voces de las mujeres (entrevista, diciembre de 2010 y enero de 2011). Era una de mis primeras visitas al centro obstétrico, apenas estaba entrando y un residente me recibió diciéndome que la noche anterior llegó una mujer con un aborto provocado y que, al momento de hacerle el tacto, lo confirmaron porque encontraron en su vagina las “píldoras abortivas”.⁵ Mientras avanzaba por el pasillo, una enfermera se acercó a contarme la misma historia.

El personal estaba alarmado, pero no tanto por enfrentarse a un aborto provocado, ya que en general se presume que muchos de los abortos en curso son provocados, sino porque, en el caso de esta paciente, hallaron

⁵ Las píldoras abortivas se refieren al Cytotec, cuyo principio activo es el misoprostol. Es un medicamento que se prescribe para problemas gástricos y para tratar hemorragias posparto; produce contracciones en el útero por lo que tiene un efecto abortivo en los primeros meses de gestación. Este medicamento es de venta legal, obviamente no con fines abortivos. Sin embargo, en la actualidad es el método más usado por las mujeres que deciden no continuar con un embarazo.

las “píldoras” en su cuerpo. Además, se trataba de una mujer adulta, por lo que el aborto no tenía ninguna justificación ante los ojos de las enfermeras. Todo la señalaba como “culpable”; ella ni siquiera había tenido el cuidado de retirar las píldoras de su cuerpo y cumplir de esta manera con el “rito” de ocultar o, al menos, disimular que el aborto fue provocado. De hecho, Gabriela fue una de las pocas mujeres que nunca negó que su aborto fuera voluntario: era una doble transgresora pues no cumplía con la norma de ocultar y negar su decisión.

Cuando finalmente la encontré estaba en la Sala de Poslegado, compartiendo habitación con mujeres que estaban en posparto, quienes le daban la espalda ya que sabían que Gabriela era “culpable”: Gabriela había abortado.⁶ Me comentó que llevaba varias horas ahí, después de que le habían realizado el legrado y que nadie le había dado demasiada información: “No me dijeron nada, lo único, me durmieron y nada más. De ahí me sacaron a la sala de recuperación, no me explicaron nada hasta que tú llegaste. Después, el doctor me dijo que ya me iba a dar el alta”.

Este silencio o falta de información era, para Gabriela, una forma de castigo y de disciplinamiento. Ella dijo, “a nosotras [las que abortamos] nos tratan así porque creen que somos malas mujeres, malas madres”. Antes de ir a la Maternidad estaba consciente de que podía sufrir maltratos por su decisión. Sin embargo, se decidió a ir por miedo a tener complicaciones graves, como ya había ocurrido con otra amiga que había tenido un aborto: “Ahí [en una clínica clandestina] le habían hecho toda la limpieza [a mi amiga], todo eso, pero hace qué tiempo y después se complicó, por eso yo vine acá. No me importaba nada, yo sé que aquí, a las bravas o lo que sea, me iban a hacer cualquier cosa”.

Gabriela tiene 37 años y dos hijos, uno de 18 años y otro de 9 años. Está divorciada del padre de su hijo menor y desempleada. Cuando la entrevisté por primera vez, hacía exactamente 22 semanas que un conocido del barrio la había violado. Ella no hizo denuncia alguna, porque “ya pasó una situación igual en el barrio donde nosotros; se denunció una violación, pero ahí la gente habla, dice que es por tu culpa, dice que

⁶ Es importante visibilizar que el derecho a la confidencialidad de Gabriela fue totalmente violado.

cuando una mujer ya es mayor, no debe haber sido violación, sino que también ella quiso”.

La trayectoria de Gabriela inició marcada por la violencia y el silencio, al igual que la de otras tantas mujeres en esta ciudad. Silencio al no denunciar la agresión de la que fue víctima, y silencio disciplinado por parte del personal médico que no le informaba sobre su situación. Mediante estos silencios recibe el castigo en un primer momento de su barrio o comunidad que no cree que una mujer adulta pueda ser violada y, en un segundo momento, del personal de salud que la atiende y no le informa sobre su estado, lo que indudablemente aumenta su ansiedad y temor. El silencio aparece como una forma sutil de castigo que resuena en el propio silencio de las mujeres que no comparten su historia por temor a ser juzgadas.

Volviendo a las palabras de Gabriela, después de ser violada, en un principio no pensó que estuviera embarazada y cuando se enteró, casi inmediatamente decidió abortar. Sin embargo, su decisión no tenía que ver con la violación ni con sus planes personales. Al contrario, sus razones se relacionaban con sus dos hijos y la imposibilidad de mantener dignamente a un tercero: “Yo tengo dos hijos, uno de 18 y otro de 9, entonces, yo francamente no quería saber nada de otro más. Por la parte de que no traigo a un niño a que sufra, que venga una niña a esperar qué de esta vida, porque uno no se sabe qué suerte va a pasar. Mi hijo mayor tiene su vida ya hecha, pero mi hijo menor todavía no. Está todavía chiquito, le falta tanto por aprender, tanto por conocer y yo no quiero que pase tantas cosas que hay en esta vida...”

El dolor de Gabriela frente a su situación redonda en el pensamiento acerca de sus hijos y cómo no deberían pasar las dificultades que ella misma atraviesa. Esta conciencia y responsabilidad frente a su maternidad contrasta con las ideas que la mayoría del personal médico tiene sobre las mujeres que abortan (especialmente si son adultas), pues las ven como “malas madres”, lo que en su imaginario equivale a “malas mujeres”, “malas personas”. Las palabras de Gabriela, sin embargo, hablan de una profunda responsabilidad ante sus hijos y, durante el tiempo de espera para el alta médica, la mayor preocupación era que debía retirar a su hijo para que no pasara la noche solo.

En esta historia, es la propia maternidad la que hace renunciar a la maternidad. No obstante, ni esta ni otras razones parecen importar al momento de disciplinar a las mujeres: la disciplina se ejerce mediante el castigo en sus cuerpos, porque al abortar están desafiando el orden establecido. A las mujeres en general, y a Gabriela en particular, no se les pregunta por qué abortan, pero sí se juzgan sus decisiones y se criminalizan sus actos. Al biopoder no le preocupa la historia de cada una, por el contrario, lo que trasciende es el acto en sí y la necesidad de disciplinar esos cuerpos, manteniendo el orden y el control.

Obviamente ese poder suscita, a su vez, resistencias, y aquí se hace necesario visibilizar que la decisión de abortar, en un contexto de ilegalidad y penalización social, es un acto de resistencia. Un gesto que, sin embargo, termina con el disciplinamiento de la Sala de Legrados donde las mujeres, aunque atendidas, son castigadas de maneras sutiles. Como se verá, la misma maternidad aparece como una estrategia de control y disciplina al momento de señalar como culpables a las que no cumplieron con su “deber ser”.

La maternización como castigo

Si bien la maternidad aparece como el rol fundamental para la realización de las mujeres e, incluso, para alcanzar legitimidad social, la maternización, en cambio, funciona como una estrategia para encauzar mediante la disciplina a aquellas que deciden interrumpir un embarazo.

Para Gabriela, como para muchas mujeres, la maternidad previa es una razón para el aborto, sobre todo cuando son cabezas de hogar o madres solteras. Carla, quien había sido madre en la adolescencia, decía sentirse profundamente mal mientras esperaba el proceso de legrado: “[Me siento] mal porque yo soy cabeza de hogar, yo tengo a mi hijo, nadie me apoya, ni mi familia ni nadie. Tener otro hijo sería irresponsable [...] aunque ya fui irresponsable al tener relaciones [sexuales]” (entrevista, 2011).

La maternidad, como afirmaba Carla, conlleva, además del parto, una serie de responsabilidades posteriores. Ella está consciente de sus limitaciones

en relación con la posibilidad de poder criar sola a más hijos o hijas. Esto, sin temor a estar haciendo un juicio de valor, refleja un sentido de responsabilidad profundo, que se contrapone a las percepciones que el personal médico tiene sobre las mujeres que deciden abortar. Además, el testimonio de Carla evidencia un autojuzgamiento por haber tenido relaciones sexuales, es decir, ya no es solamente el aborto lo que causa culpa, sino el ejercicio de la sexualidad. Esto visibiliza el éxito de las estrategias de control sobre los cuerpos de las mujeres que deberían “limitar” sus relaciones sexuales a la reproducción.

La culpa que sienten por la decisión tomada suele convertirse, nuevamente, en silencio. Gabriela, un tiempo después del aborto, me contaba que no había conversado con alguien más sobre el tema, por temor a ser juzgada y, de alguna manera, ese silencio se transformaba en llanto: “Yo no le he contado a nadie, porque la gente juzga. Prefiero callarme, es mío, solamente mío, solamente yo le abrazo a mi hijo y lloro mucho”.

En estas historias existe una importante tensión entre el deber ser madre de hijos o hijas ya paridos y renunciar voluntariamente al embarazo, a fin de cumplir con el rol materno. Como se puede ver en los testimonios de estas dos mujeres, ninguna puede afrontar el cuidado de más hijos. Sin embargo, como dijo Gabriela, son juzgadas constantemente como “malas madres”.

La maternización se convierte entonces en una estrategia de disciplinamiento, en la medida en que se les recuerda a quienes abortan que son “malas mujeres”, porque han renunciado a la maternidad. Es decir, han negado su deber ser y, por tanto, mediante la misma maternidad a la que renuncian se les castiga, ya sea haciéndolas pasar el postaborto junto a las que acaban de parir, o mediante prácticas más explícitas. En este sentido, una de las prácticas comunes de disciplinamiento mediante la maternización es mostrarles el producto del aborto, situación que Gabriela confirmó. “Me dolió en el alma verle, yo le vi porque me lo pusieron aquí, a mi lado, era una niña. Me la puso un doctor a mi lado cuando salió [de mi cuerpo]. Y me decían que cómo voy a cometer esa locura, que cómo voy a asesinar, meterme con un ser inocente, inofensivo, que estoy matando una vida, no le estoy permitiendo vivir”.

Al momento de enseñarle a Gabriela el producto del aborto, este se convirtió en “un ser inofensivo” al que ella no le permitía vivir. En ese momento ella fue criminalizada porque, según quien la atendió, Gabriela estaba asesinando, y en ese momento el feto se convertía en “la niña que Gabriela siempre quiso tener”. El disciplinamiento se encarna cuando ella misma se convence de lo que le hacen ver, de que ha cometido un crimen abortando a la “niña” que ya no podrá tener. Y esto resonó en Gabriela cuando en una conversación posterior afirmó: “Era la niña que siempre quise tener”.

Una mujer soltera, joven y estudiante universitaria, que vivía su segundo aborto, contó algo similar (entrevista a Carolina, 2010). Pero esta vez denotaba también el uso de la tecnología para disciplinar. Cuando empezó a sangrar, producto de las píldoras que había utilizado para abortar, como parte del chequeo la enviaron a hacerse una ecografía.

Carolina. El señor [doctor] me hizo el eco, y me lo mostró y me decía ‘su bebé está feliz’, mire, le está saludando. La verdad me estaba saludando, me hacía así [gesto de saludo] con un bracito chiquitito. Yo lo único que hacía era llorar, pero ya me había olvidado del dolor que sentía. Yo lloraba por el dolor emocional que tenía porque sabía que mi hijo no me está saludando, me estaba diciendo ‘vete, después de lo que me hiciste’. Yo sentía que mi hijo lo único que quería era salir de ahí después de lo que le había hecho, ‘por tu culpa estoy sintiendo todo este dolor, me estoy retorciendo, ya sácame’. Eso sentía yo, yo no sentía que me estaba saludando y mi esposo, bueno, mi novio, sabía eso. Mi novio sabía por qué está retorciéndose de dolor el niño y también se iba en lágrimas.

Este testimonio muestra cómo se utilizó la tecnología para disciplinar. Insistir en que la mujer observe el embrión y dotar sus movimientos de significado se convierte en una estrategia de castigo y culpabilización. Este llamado a la mirada por parte del médico es, además, una forma de convertir en sujeto al embrión. “La visibilidad del embrión gracias a la tecnología del ultrasonido ha modificado su valor subjetivo para la madre, el médico, la familia y la sociedad” (RSMLAC 2010, 62). Los

discursos conservadores han hecho uso de este tipo de imágenes para convertir un atraso menstrual en un crimen: “El movimiento Provida ha comprendido bien el poder de la imagen del embrión en desarrollo y ha usado y abusado de ella, atribuyendo una edad gestacional anterior a los fetos” (RSMLAC 2010, 62).

Carolina, a partir de las palabras del doctor, quien tiene el poder de la “mirada clínica”,⁷ le da una vida y sentimientos propios al feto, quien en ese momento se convierte en su “hijo”, lo que evidencia el éxito de la estrategia disciplinadora. Carolina pasa de ser una mujer que aborta a una madre que incluso le da voz a su hijo y, en ese momento, ella empieza a dudar de su decisión, como producto de la maternización.

Carolina. De ahí salimos, cuántos pasos fueron, unos treinta pasos desde la entrada del hospital hasta el parqueadero. Ya me subí al carro cuando de repente sentí que algo bajó, tenía ganas de orinar y salió un líquido amarillo. Entonces dije ‘eso fue’, y luego sentí algo entre mis piernas, decía ‘hay algo entre mis piernas’, y mi mamá me revisó y me dijo: ‘eso es sangre, ahí hay algo’. Decía en mi interior ‘ya se fue porque ya se fue el dolor’, no sentía nada de dolor. De ahí nos fuimos.

Tanto en el caso de Gabriela como de Carolina, el castigo se expresa en “hacer mirar”, someter la mirada de la mujer ya sea mediante el uso de la tecnología o mostrándole el producto del aborto. La imagen es usada para que se convenzan de cuán culpables son por renunciar a su maternidad. Las estrategias de maternización convierten el acto del aborto en un crimen, subjetivando al embrión. Este tipo de castigos de orden maternizante resuena más allá de los servicios de salud.

La imagen, como ya se dijo en líneas anteriores, es comúnmente usada por los grupos provida, como lo describe el siguiente testimonio. Narcisa, una adolescente que vive en una provincia lejana y trabaja como empleada doméstica, me comentó que cuando decidió abortar solo le contó a una

⁷ “Es el agente separador de las verdades” (Foucault 2001, 173), verdades que están atravesadas por las relaciones de poder entre los médicos y las pacientes.

amiga y ella le dijo: “Piensa bien, ese hijo no tiene la culpa de venir al mundo” (entrevista, 2011) y enseguida le enseñó una serie de videos que compró en el colegio sobre el aborto. Narcisa dijo que estos videos mostraban diferentes formas de aborto y lo que les sucede a los “bebés”. Aquí es importante reflexionar que para ninguna de estas mujeres se trata de un feto. Por el contrario, hablan de bebés o de sus hijos, lo que aumenta la sensación de culpa. Pero este nombrar como bebés a los fetos es, obviamente, parte de la estrategia de maternización que, mediante el lenguaje, otorga vida propia al embrión o feto.

Tatiana, una mujer de 21 años, quien al momento de la entrevista estaba viviendo su segundo aborto, me contó de los videos que vio en YouTube (entrevista, 2011). Esto es una muestra de cómo esta estrategia permea incluso los medios alternativos de comunicación y tiene, además, un efecto perverso, ya que las mujeres no dejan de abortar, pero sí se autocriminalizan. “Puse en YouTube ‘abortos’ y me salieron algunos [...] Como que reaccioné y pensé ‘no, cómo le voy a hacer eso a mi hijo’. Tantas cosas feas que les hacen, ellos están vivitos y les empiezan a sacar, y veía que les sacaban piernitas, se veía tan feo y decidí tenerle”.

A pesar de ese video y de la decisión momentánea, Narcisa abortó y Tatiana también esa primera vez e, incluso, lo hizo una segunda vez, desafiando hasta cierto punto al poder que se instauraba en su cuerpo mediante la maternización. “Desde el momento en que el poder ha producido este efecto, en la línea misma de sus conquistas emerge inevitablemente la reivindicación del cuerpo contra el poder” (Foucault 1979, 104). Sin embargo, y a pesar de esa resistencia, el biopoder busca otras formas de ejercicio sobre los cuerpos, basadas en el temor, las culpas, el castigo divino y, tal vez, estos mismos silencios que acompañan las historias de las mujeres que abortan.

La propia Tatiana comentaba que, cuando abortó la primera vez, se sentía culpable, “porque pensaba que Dios me había castigado porque no lo había querido tener [a su hijo]. Me sentía muy mal, llegué a pensar que me iba a quedar estéril y que ya no iba a poder tener hijos y le pedía perdón a Dios”. Cuando se enteró de su segundo embarazo, lo primero que hizo fue “agradecer a Dios” porque no se había quedado estéril. Todo esto a pesar de que ese embarazo terminaría también en un aborto.

En este testimonio se puede ver cómo las mujeres reinciden en el aborto a pesar de los esfuerzos disciplinatorios del biopoder y de las sanciones sociales. Sin embargo, en la reincidencia la culpa no deja de aparecer. En el caso de Tatiana, es interesante ver cómo el segundo embarazo le sirve para superar el temor a la esterilidad. De alguna manera, ella se está probando a sí misma que no ha sido castigada y, tal vez con más calma, vuelve a abortar.

Esta estrategia de disciplinamiento mediante la maternización tiene dos ejes. Por un lado, hace ver a las mujeres como seres crueles cuando renuncian a la maternidad y, por otro, dota a los fetos de vida propia. Es decir, pasan del estado de embrión o feto a ser bebés, hijos e incluso nietos. Así, la mencionada estrategia resuena incluso en los ámbitos familiares.

Como comentó la misma Tatiana, “se enteraron mis papás, y mi papá dijo: yo le amo [al embrión], él es mi nietito, no puedes hacer eso [abortar], yo te voy a apoyar, yo le voy a dar el apellido, no me importa, yo te voy a apoyar, no le va a faltar nada”. En esta parte de la conversación, Tatiana cuenta cómo incluso su familia empieza a convertir en sujeto al feto. Ya no se trata de la decisión de abortar sino, por el contrario, de asumir al hijo que es a su vez nieto y, por tanto, una persona reconocida por su núcleo familiar.⁸

Como se dijo en líneas anteriores, convertir en persona al feto vuelve más difícil la decisión de abortar, ya que el hecho de expulsar un embrión del cuerpo de la mujer es un crimen contra una persona. Al dotar a estos seres de una vida propia y de un sentido, el crimen, aparentemente, sería obvio. Sin embargo, y a pesar de que se lo quiera equiparar con un homicidio, las mujeres siguen abortando, ya que son conscientes de que estos seres dependerán de ellas y saben que no están en la capacidad de afrontar esa responsabilidad, que va mucho más allá de la gestación o el parto.

Por tanto, el éxito de la estrategia de maternización no radica en que dejen de abortar, sino en hacerlas sentirse como criminales frente a la decisión

⁸ La familia y sus estrategias de control y disciplinamiento de las sexualidades de las mujeres no se estudian a profundidad en esta investigación. Se considera este un tema importante que debe tratarse, ya que parte del éxito de la maternización de las mujeres tiene su base justamente en el núcleo familiar, que a la vez que las cría para ser madres, las castiga cuando el embarazo es fruto de una relación no formalizada.

de abortar y aumentar, así, su dolor. Esto no se limita al momento de la intervención como tal. La estrategia resuena en sus temores de no poder ser madres nunca más. Es decir, de no poder cumplir con el rol que se les ha impuesto. El miedo a la esterilidad o infertilidad, como producto del aborto, era un tema recurrente en ellas y era, en cierto sentido, el castigo que ellas creían que recibían por su decisión, como me explicó Susana: “Me sentía muy mal y llegué a pensar que me iba a quedar estéril y que ya no iba a poder tener hijos. Le pedía perdón a Dios, porque había escuchado que algunas mujeres que se hacen legrados, mujeres que están en problemas, que tienen infecciones pierden al bebé” (entrevista, 2011).

Este temor a la esterilidad muestra cómo las estrategias de maternización resuenan en los cuerpos de las mujeres y las marcan a partir del proceso de aborto. Piensan que como castigo vivirán una especie de muerte social, porque no podrán ejercer el rol de madres para el cual han sido preparadas. Aquí, la estrategia disciplinadora trasciende y se convierte en un temor reiterativo que, probablemente, pueda condicionar el ejercicio de la sexualidad de estas mujeres. “El terror más grande no se dirige, entonces, a la desaparición de la vida biológica, sino a la desaparición de la vida de las personas y a la posibilidad de ser reducidas a meros cuerpos biológicos” (Mujica 2009, 91). En este sentido, el problema no radica tanto en la muerte biológica de las mujeres, sino en no poder ser madres, algo que ellas están seguras de que las aniquilaría socialmente.

Lo anterior sugiere cómo funciona el biopoder, con un ejercicio sutil sobre los cuerpos: los marca, los disciplina de forma silenciosa, los condiciona... No es necesario dejar a las mujeres sin la debida atención médica, menos aún, sancionarlas legalmente. El biopoder atraviesa los cuerpos mediante sus estrategias disciplinadoras que infunden temor. “El poder se ha introducido en el cuerpo, se encuentra expuesto en el cuerpo mismo” (Foucault 1979, 104). De alguna manera, aquí se hace visible el reverso del poder y cómo se ejerce de múltiples maneras. Por un lado, las mujeres son constantemente incitadas a la “planificación familiar”, a que controlen su fertilidad teniendo menos hijos y, por otro lado, cuando deciden no tenerlos, también son culpabilizadas y sancionadas.

Dolor, silencio y muerte

La maternización no es la única estrategia de castigo sobre las mujeres que abortan. El dolor y el temor infundido, además de los silencios, también aparecen como prácticas comunes en la Sala de Legrados. A Gabriela, cuando llegó adolorida a emergencia y encontraron en su cuerpo las “pastillas abortivas”, le dijeron que debía aguantarse el dolor, que las contracciones se debían a la provocación del aborto, y enseguida todo el personal se enteró de su caso.

Pero así como hablaron del aborto provocado, nunca le preguntaron su historia, lo que refleja el poder del personal médico sobre las pacientes. El personal tiene el poder de la palabra, mientras que a las pacientes se las silencia. En ese silenciamiento se expresa el ejercicio del poder: la historia de ellas no importa, lo que prevalece es el discurso médico. Cuando se convive de cerca con la relación cotidiana médico-paciente, en ese juego de poder queda silenciado el lado más débil, el que requiere la ayuda y la atención de quien posee el conocimiento y la destreza.

Gabriela, después del doloroso proceso de expulsión, estuvo varias horas con la vía del suero abierta, pero seca, precisamente hasta que yo llegué. Aparentemente, esto parecía un descuido involuntario producto del exceso de trabajo y de la falta de personal. Sin embargo, cuando le pregunté a ella, me contestó convencida: “No, solo a las que abortamos nos dejan así [desatendidas], porque nos ven como mujeres malas”. Este convencimiento hace que las mujeres, a su vez, no exijan una mejor atención.

Tatiana, cuando fue a hacerse el legrado a la Maternidad, me comentó: “Fue tan horrible, parece que no tienen consideración ahí, me trataron mal, después del tacto ya empecé a sangrar muchísimo, pero no me pudieron hacer nada, tuve que irme a mi casa de regreso”. Ni Gabriela ni Tatiana exigieron que se las tratara mejor; al igual que todas las mujeres que entrevisté, se silenciaron. Tal vez consideraban que era normal ser maltratadas, ya que habían abortado. Durante mi investigación solo una paciente exigió un trato digno. Ella (Nubia⁹) era cubana y, muy probablemente, el hecho

⁹ En notas del diario de campo registré el asombro y el malestar que las exigencias de esta joven cubana despertaron entre el personal médico, quienes además de considerarla una “cubana maleducada”,

de que en su país la “regulación de la regla” sea una práctica totalmente legalizada le daba voz para no sentir culpas ni remordimientos y poder pedir que la atendieran.

Si bien todas las mujeres que llegan al centro obstétrico son atendidas, aquellas que llegan con abortos no son pacientes prioritarias, por lo que la espera para ellas es más larga. Hay menos explicaciones acerca del proceso y esto está justificado en que ellas no son parturientas, se han negado a ser madres y, por tanto, hay que disciplinarlas “para que tomen conciencia” de una forma sutil. Se les muestra que ellas no merecen la misma atención que aquellas que están siendo madres, de una forma mucho más explícita, cuando no se les administran analgésicos para calmar sus dolores.

Carolina tuvo una experiencia diferente en su primer aborto, ella fue a un consultorio clandestino y ahí le hicieron la intervención, pero el precio variaba con o sin anestesia general. Esto visibiliza cómo estos consultorios le ponen un precio al dolor de las mujeres. “Entonces, de ahí, al otro día me fui donde el doctor, le inventé un cuento, le dije que había sido por violación, que por favor me ayude a sacármelo, que se lo rogaba. Y ahí me dijo que me pedía 150 o 130 [dólares]. Hace un año, 130 con anestesia local, y 150 con anestesia general” (entrevista, 2011).

La historia de Giomara también está marcada por el dolor, pero en su caso el dolor se prolongó en la casa de sus padres, quienes también aplicaron una estrategia disciplinadora en su cuerpo (entrevista a Giomara, 2011). Ella tuvo dolores aproximadamente una semana después de tomar pastillas para la gastritis.¹⁰ Luego, tuvo una fuerte caída y, aun así, la dejaron en casa esperando a que alguien pudiera llevarla a un hospital.

Giomara. Me daba miedo que se me haya ido, me quería ir hacer ver, pero mi mamá estaba ocupada, mi papá también, no me hacían caso, mi novio estaba trabajando. Entonces me sentía mal porque era como que no le

se asombraban de que ella hubiera tenido ya tres abortos y no tenía ningún problema en contarlo. Valdría la pena en un estudio posterior comparar las trayectorias marcadas por la ilegalidad y aquellas que se dan en el marco de los derechos.

¹⁰ El misoprostol, o pastilla abortiva como la han llamado las mujeres con las que conversé, tiene entre sus usos el tratamiento de la gastritis. Si bien Giomara afirmó que no había querido abortar, el uso del misoprostol durante la gestación es una señal del deseo de interrumpir el embarazo.

tomaban mucha importancia. De ahí, ahora en la mañana me amaneció doliendo esta parte de aquí, no dormí tampoco bien porque me dio uno como cólico, me vino un cólico muy feo.

Cuando le dije a mi mamá, me dijo ‘ya te voy a llevar para hacerte ver’ porque tenían un programa de un hermanito mío. Entonces me dijeron que venían y me traían acá para hacerme ver o alguna clínica de allá del valle, les dije: ‘qué bueno’. De ahí vino mi novio, le dije que me dolía mucho aquí, me dijo que me quede ahí.

De ahí me vino un dolor muy, muy feo, como que quería hacer popó, pero yo no quería porque ya había visto en anatomía que cuando uno quiere arrojar puja y se le va. Entonces, mejor evité y no me fui al baño, yo quería que lleguen rápido mis papis para ya traerme y hacerme ver. De ahí, ya me bajó [sangrado] otra vez.

Los dolores de Giomara duraron varios días. Finalmente, todo terminó en una expulsión en su propia casa. Cuando habló conmigo ya solo esperaba el legrado. Sus padres, por lo que ella me contó, no estaban de acuerdo con que continuara el embarazo, pero tampoco le dieron opciones claras. Simplemente dejaron que tomara las pastillas, que luego “accidentalmente” se cayera y, finalmente, dejaron que el proceso transcurriera con dolor. La estaban castigando. Esto nos lleva a pensar que a las mujeres se las castiga cuando abortan, pero, también en ciertos casos, se las castiga cuando se embarazan, especialmente cuando son muy jóvenes y dependen de sus padres. Se castiga el ejercicio de su sexualidad previo a tener una relación aceptada por su entorno familiar, lo que refuerza la idea de la sexualidad femenina ligada a la reproducción y no al placer.

Probablemente, esta es una razón por la cual todas las jóvenes que entrevisté me dijeron que uno de sus mayores temores, al momento de darse cuenta de que estaban embarazadas, era que sus padres y madres se enterasen y las maltrataran o las echaran de sus casas. Lo interesante aquí es que el temor a que sus padres supieran del embarazo era tan poderoso como el temor a que se enteraran de que abortaron. Es decir, de una u otra manera estas mujeres eran castigadas y juzgadas por un tema relativo a sus derechos, como es el ejercicio de su sexualidad.

Ana, antes del legrado, me decía que se sentía muy mal, porque en su casa le habían dicho que lo que hizo era malo (entrevista, 2011). Sin embargo, Ana supo, desde que se enteró de que estaba embarazada, que no quería tener ese hijo. Por eso tomó agua de ruda en ayunas durante dos meses, hasta que por fin empezó a sangrar. Aquí es importante señalar que ella, durante ese largo proceso, no se sentía culpable, aunque sí adolorida, solo después de que le dijeron que estaba mal, sintió un “vacío”.

El dolor como forma de disciplinamiento no se limita al ejercicio del poder de otros u otras sobre el cuerpo de las mujeres. Esta estrategia disciplinadora resuena en ellas mismas, cuando en algunos casos dejan que el dolor las invada y se ponen en riesgo, probablemente, porque su sentimiento de culpa frente al aborto las convence de que no merecen atención médica y se postergan a sí mismas en función de otros. Francisca, después de más de dos días de sangrado intenso, se animó a ir a la Maternidad y lo hizo solo cuando ya había cumplido con su rol de madre. “No busqué [atención médica] porque me daba pena de mis hijos. Me daba pena de ellos porque no hay quién les cuide. Como no había la comidita de ellos, me tocó bajar a hacer compras y cocinar y, a eso de la seis de la tarde, que ya estaban todos, les dejé a ellos y me vine para acá” (entrevista, 2011).

El testimonio de Francisca es similar al de varias mujeres que eran madres y sentían que, primero, debían responder ante sus hijos e hijas, luego a sus parejas y, solo después, preocuparse de sí mismas. De hecho, en la Sala de Legrados eran las más ansiosas por salir para poder hacerse cargo de sus familias. Esto puede reflejar una forma de autocastigo y de, al menos, intentar cumplir con el rol maternal que ya habían asumido.

El temor tiene también otro matiz. Muchas veces proviene de la falta de información sobre el procedimiento que se les realiza. En la mayoría de los casos que recogí, nadie les había explicado a las mujeres lo que les harían y este silencio definitivamente despertaba la imaginación. Tatiana, en su testimonio, así lo describe: “Solo me decían que hay que hacerme el tacto y yo me decía ‘para qué van hacerme el tacto si ya me salió’. Me dijeron, bueno, súbanle, me subieron a una cama, ya había pasado el dolor, que era lo más intenso de todo. Me dijeron ‘usted se va a tener que quedar aquí’, y nada más” (entrevista, 2011).

Gabriela, al igual que Tatiana, ante la falta de información por parte del personal médico, recordaba con temor las experiencias que sus amigas le habían contado. “Sí, lo que tenía en la mente cuando llegué era miedo. Es una amiga mía, ella también se había hecho un aborto, ella dijo que no, pero después de lo que tuvo, ella se enfermaba pasando quince días y a mí me asustó eso porque no se había hecho bien el legrado, porque le bajaban pedazos, pedazos del vientre” (entrevista, diciembre de 2010 y enero de 2011).

Narcisa, quien se realizó el aborto en una clínica privada en otra ciudad, contó que cuando terminó la intervención, el médico se fue y no le explicó nada, lo que le produjo temor de no saber qué estaba pasando con su propio cuerpo: “El doctor tuvo que irse y me dejó sola, y me dijo: ‘tienes que recuperarte, ya puedes irte; te tomas esas pastillas’, y yo me tomaba y no sabía. Yo estaba bien asustada, pensé que me iba a dar hemorragia” (entrevista a Narcisa, 2010).

El miedo de Narcisa es general en estos casos. Las mujeres, al no tener información, imaginan lo que les puede suceder. Sus dudas se acrecientan en la medida en que normalmente no hablan con nadie de lo que les está sucediendo. El silencio y la soledad, y la misma clandestinidad, las ponen en una especial situación de vulnerabilidad y riesgo. Tampoco acuden fácilmente a buscar ayuda porque han interiorizado, de diversas maneras, que hicieron algo malo. Finalmente, la falta de información no se limita a los servicios públicos donde terminan el aborto; en las clínicas clandestinas privadas, en las que las mujeres pagan altos precios, tampoco les hablan sobre el procedimiento.

Carolina también dijo sentir miedo del dolor: “Sí, tenía miedo de que me iba a doler, de que iba a hacer algo malo, de que ya no iba a poder tener bebés nunca más, porque sí quiero tenerlos, pero no ahora”. El miedo a ser estéril debido al proceso de aborto es un tema recurrente y da muestras de cómo la maternización se entrelaza con el dolor. Las estrategias no funcionan por separado, al contrario, se vinculan entre sí y se expresan, en última instancia, en los cuerpos de las mujeres donde, sin duda, dejan importantes huellas.

Silvana, una estudiante adolescente, lucía tensa durante su espera en la Sala de Legrados; me repetía que tenía miedo de morir por la anestesia

(entrevista, 2011). Mientras intentaba explicarle algo sobre este acto médico, me comentó: “Es que vino una doctora y dijo que estábamos corriendo el riesgo de morir”. En su caso, el temor proviene de la información ofrecida directamente por el personal médico. Además, la profesional hizo el comentario de tal manera que las otras tres mujeres que en ese momento estaban en la sala pudieron escucharlo. Esta forma de castigo implica que las mujeres entren en estado de ansiedad y, como expresó la propia Silvana, quieran irse del hospital poniéndose en riesgo de infección al no realizar el procedimiento necesario.

Las estrategias de dolor y silencio resuenan en los cuerpos de las mujeres en forma de temor a la muerte, ya sea por una mala práctica, por hemorragia o por los efectos de la anestesia. Ellas lo saben: se busca que mediante el temor a la propia muerte no vuelvan a “desobedecer” el orden establecido abortando. Cuando hablaban del temor a la muerte, en varias ocasiones se referían a la idea de que Dios las podía castigar por lo que hicieron o, como en el caso de Gabriela, ella sabía que algún día debería “saldar cuentas” con Dios. De esta manera, la creencia religiosa viene a completar la acción disciplinaria de la estrategia: el temor no se limita al fin de la vida, sino al castigo que se recibirá incluso después de la muerte. “En este contexto, las creencias religiosas juegan un papel importante tanto en el proceso de selección, juzgamiento y aniquilación de los sospechosos a quienes el arrepentimiento no les libra de la sanción” (Mujica 2009, 86).

Las estrategias de disciplinamiento, basadas en el dolor y en el silencio, expresan el poder que el personal médico tiene sobre las pacientes. Ellas no solamente están poniendo y exponiendo su cuerpo a la atención, sino que le dan el valor de la legitimidad y la verdad al discurso médico. Por ello consideran que es parte del procedimiento sentir dolor, esperar muchas horas para una intervención que no toma más de cuatro horas, incluida la recuperación de la anestesia¹¹ y, peor aún, creen que tal vez podrían morir por la anestesia, sin cuestionarse siquiera que si esto sucediera pudiera ser por una mala práctica médica.

¹¹ La intervención en sí misma no dura más de diez minutos, y se habla de cuatro horas de estancia en la maternidad cuando la paciente está en condiciones estables (entrevista a Belén Nieto, 2010).

Para culminar el análisis sobre el dolor y el silencio, vale señalar que en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (2003) ha establecido que los abortos en curso se traten con técnicas de aspiración manual endouterina (AMEU), menos invasivas y dolorosas que el aborto por legrado. Sin embargo, durante el tiempo del trabajo de campo solo observé dos médicos que aplicaron la técnica, aun cuando esta forma de aborto “libera” camas y ahorra recursos en los servicios públicos de salud (Rance 2003). Parecería que el aborto por aspiración no se aplica porque no se quiere facilitar el proceso ni evitar el dolor de las mujeres. Lo que se busca es, más bien, que tomen conciencia del “crimen” cometido.

De hecho, en el no uso del AMEU resuena el discurso moral médico que se contrapone a los derechos sexuales, en los que se estipula el derecho al acceso a los avances científicos. En este sentido, la resistencia al uso de AMEU por parte del personal de salud responde a sus convicciones personales, que rebasan los derechos de las mujeres.¹² Y que frente a esto asuman que la maternidad, incluso la maternidad forzada,¹³ es una mejor opción, ya que esta no cuestiona el orden establecido, aunque sí la posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre sus cuerpos.

Finalmente, la complicidad

Hasta ahora, he intentado mostrar cómo funcionan las estrategias de disciplinamiento y control al momento en que una mujer llega en proceso de aborto a la maternidad. Como ya se dijo, si bien la mayoría no admite que se haya provocado un aborto, a ojos del personal médico todas son sospechosas y se presume que por lo general los abortos espontáneos son, en realidad, provocados.

¹² Susanne Rance (2003) explica que este tipo de aborto no se institucionaliza porque los médicos lo usan en sus prácticas privadas, por las que cobran. Si en los servicios públicos se ofreciera este servicio, eventualmente, las mujeres irían menos a las clínicas clandestinas.

¹³ “La maternidad forzada es un proceso donde la autonomía de la mujer para decidir sobre la continuidad o interrupción del embarazo estuvo dramáticamente limitada, porque en su decisión tuvieron predominancia razones diferentes al deseo de ser madre en ese momento” (AUPF y RUDA 2008, 167).

Asimismo, hay un conocimiento del personal médico acerca de la ilegalidad del proceso. En general, todo el personal que yo entrevisté, desde médicos tratantes hasta auxiliares, conocía el marco legal restrictivo del país. Esto, en vez de llevarlos a proceder con el orden legal, les da cierto poder de juzgamiento sobre las pacientes. Las atienden, lo cual definitivamente protege sus vidas, pero la atención está cargada de prejuicios morales y miradas juzgadoras, que se expresan en los discursos que rodean a quienes llegan con abortos en curso. Gabriela me comentaba que una de las primeras cosas que escuchó al llegar a emergencias fue: “Eso es ilegal y puedes ir a la cárcel porque estás matando una vida, sea lo que sea, estás matando una vida, porque desde el momento en que tú concibes eso ya va teniendo vida” (entrevista, diciembre de 2010 y enero de 2011).

Según registros del diario de campo, a más de una mujer le hablaron de la ilegalidad del proceso. Sin embargo, cada día se atienden diversos casos “sospechosos”, se completa el proceso de legrado y no se toma ninguna acción legal. La norma aparece solo como parte de una amenaza, parte del castigo y disciplinamiento que aumentan el temor de las mujeres. Aquí, más bien, la estrategia es amenazar, mostrar lo que podría pasar por haber faltado a la ley, una ley que funciona apenas como amenaza, que se asienta en la punición social que las mujeres viven desde el momento en que empieza su trayectoria de aborto y que no culmina, sino que se agudiza cuando acuden a realizarse el legrado.

La caracterización del aborto como conducta delictiva es el fundamento jurídico sobre el cual se desarrolló, a lo largo de décadas, un sistema de restricciones discursivas y prácticas, cuyos principales agentes han sido el sistema político administrativo del Estado, la medicina y los servicios de salud (AUPF y RUDA 2008, 167).

A Carolina le pasó algo parecido cuando llegó a emergencias y una doctora halló aún las pastillas sin disolverse en su cuerpo: “Me habló, me sacó [las pastillas], me dijo: ‘¿Si sabes que por esto te pueden meter presa?’, y de ahí le hizo entrar a mi esposo,¹⁴ —a mi novio—, y le dije que él no sabía nada”.

¹⁴ Es importante señalar que él no es su esposo, pero como siempre se pregunta acerca del estado

Sin embargo, ella pidió que su novio pasara y, en ese momento, el temor por la amenaza legal de la doctora puso en mayor riesgo a Carolina, pues decidió irse de ese hospital sin recibir la atención y, más aún, lo que empezó como un aborto terminó en asesinato: “Entonces, ahí ya pedí que pase [a mi novio], dije ‘yo no me quedo aquí’ y él entró y me dijo ‘de aquí no te van a dejar salir, esa señora te puede meter presa por eso’”.

A pesar del despliegue constante de estrategias disciplinatorias, al momento en que las mujeres ingresan a la maternidad, con mayor o menor espera, son atendidas, lo que sin lugar a dudas es beneficioso para ellas, ya que de otra manera muchas estarían expuestas a la muerte. Es aquí cuando nace una complicidad condicionada; ellas son atendidas, aun a sabiendas de que el procedimiento por el que acuden rebasa la legalidad. Sin embargo, en el proceso de atención, ellas son objeto de un despliegue enorme de estrategias de disciplina y control.

Entonces, el aborto voluntario que, en un principio, es una forma de resistencia al poder expresado en las maternidades forzadas, culmina en un proceso en el que las normas se encarnan en los cuerpos de las mujeres, volviéndolas aparentemente dóciles mediante la culpa que se subjetiviza a partir del discurso de maternización, el dolor y esta complicidad condicionada, en que ellas “aceptan” los tratos que reciben porque está en juego su vida.

Este espacio de fuga de la legalidad no es un espacio real de escape del poder, ya que, como se ha visto a lo largo de este recorrido, sobre los cuerpos de las mujeres se despliegan una serie de dispositivos de castigo y disciplinamiento. La estrategia, incluso, parecería ser más efectiva ya que al acudir al servicio público por necesidad, urgencia o voluntad, de alguna manera ellas mismas están retornando al espacio normado, al espacio del control, en el que reciben la sanción social correspondiente a su momentánea fuga.

El poder y el control sobre sus cuerpos se restituyen a sí mismos en la fuga de la legalidad, precisamente en el espacio en que ellas van a terminar

civil de la paciente, Tatiana, para no sentirse aún más amenazada y juzgada, inventa que su novio es su esposo, y así legitima a ojos de la doctora el haber tenido relaciones sexuales. El punto que se juzga, sin embargo, parece ser siempre el hecho de que esas relaciones no tengan fines reproductivos.

sus abortos y donde buscan atención en el marco de la legalidad. Esta complicidad condicionada funciona, justamente, como la estrategia mediante la cual el poder se vuelve a ejercer sobre los cuerpos de las mujeres, ya que, aunque se resisten a la norma de la maternidad mediante el aborto, deben volver al espacio institucional para ser atendidas.

Referencias

- AUPF (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar) y RUDA (Red Uruguaya de Autonomías). 2008. *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: RUDA / AUPF / IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) / RHO.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Barcelona, España: Siglo XXI
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, Michael. (1976) 2002. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Traducido por Aurelio Garzón del Camino. Madrid: Siglo XXI Editores.
- 1979. "Poder-Cuerpo". En *Microfísica del poder*, editado y traducido por Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría, 103-110. Madrid: La Piqueta.
- 2001. "Ver, saber". En *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, 154-176. 20.^a ed. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- 2007. *Nacimiento de la biopolítica: curso en el College de France. 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Haraway, Donna. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Ministerio de Salud Pública. 2003. *Normalización técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU) como tratamiento de aborto incompleto*. Quito: MSP.
- Mujica, Jaris. 2007. *Economía política del cuerpo. La reconstrucción de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: Centro de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

- Mujica, Jaris. 2009. *Microscopio. De la bioética a la biopolítica*. Lima: Centro de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Rance, Susanne. 2003. *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings. Disertación de tesis: A Thesis in two Volumes, Vol. I y II*. Dublin: University of Dublin Trinity College.
- RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe). 2010. *Campaña 28 de septiembre para la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe*. RSMLAC / Cladem.