

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y DE LA CULTURA
CONVOCATORIA 2010 - 2012**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**SOBERANÍA DEL CUERPO Y CLASE:
TRAYECTORIAS DE ABORTO DE MUJERES JÓVENES EN QUITO**

OLGA CRISTINA ROSERO QUELAL

MAYO 2013

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y DE LA CULTURA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
SOCIALES CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**SOBERANÍA DEL CUERPO Y CLASE:
TRAYECTORIAS DE ABORTO DE MUJERES JÓVENES EN QUITO**

OLGA CRISTINA ROSERO QUELAL

ASESORA DE TESIS: MERCEDES PRIETO

LECTORES/AS: SOLEDAD VAREA

MÓNICA MAHER

MAYO 2013

DEDICATORIA

A todas las mujeres que luchamos por decidir sobre nosotras, sobre nuestros cuerpos,
sobre nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron para la finalización de este trabajo investigativo. En especial a mis profesoras Mercedes Prieto y Carolina Páez quienes guiaron mi camino y afirmaron mis pasos durante los tramos difíciles.

Un agradecimiento y un fuerte abrazo a la distancia para todas las mujeres valientes que compartieron sus testimonios y alzaron la voz para contar sus historias.

A las mujeres de mi familia (hermana, tía, mis primas) que siempre me han apoyado, sobre todo a mi madre quien me enseñó a luchar para conseguir mis sueños y a Katy mi sobrina que me inspira en la búsqueda de un mundo más humano para las mujeres.

A mis amigas/os queridas/os que me acompañaron a lo largo de la maestría: Mónica Astudillo, Susana Wappenstein, Diana Coral, Paulina Quisaguano, Magaly Benalcazar, Virginia Villamediana, Leonardo García, Ricardo Guerra, Priscila Mancero, Janeth Mina, Mónica Tobar, Ivett Rodríguez y muy especialmente a Carmen Alicia Galárraga Maldonado, mi amiga, mi maestra y coautora de este triunfo, gracias por las largas noches de aprendizaje.

A Víctor Ríos, mi compañero quien en esta última etapa me ha sostenido con su amor.

A todas las organizaciones que me abrieron las puertas y apoyaron mi trabajo: Fundación Desafío, Colectiva Salud Mujeres, Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género, Habitus. A mis compañeras feministas activistas.

Gracias a la FLACSO por esta oportunidad y por propiciar mi encuentro con gente maravillosa.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
RESUMEN.....	8
CAPÍTULO I. ABORTO, SOBERANÍA DEL CUERPO Y CLASE SOCIAL.....	9
Razones para investigar sobre aborto.....	12
El problema.....	17
Metodología.....	18
El recorrido de la investigación.....	23
Apuntes para tratar el tema aborto.....	25
Conceptos.....	30
Enfoques.....	33
Soberanía del cuerpo, política del cuerpo y ejercicio de derechos.....	35
Clase social y aborto.....	41
CAPÍTULO II. DEBATES Y OPINIÓN PÚBLICA SOBRE EL ABORTO.....	51
Agenda feminista latinoamericana.....	52
Legalización y políticas públicas.....	53
Debates y actores.....	56
Desencuentro entre las leyes y las prácticas.....	61
El debate del aborto en Ecuador.....	62
Hitos y actores.....	63
Opinión pública y aborto en Quito.....	68
CAPÍTULO III. NORMATIVA Y SERVICIOS: PARADOJAS EN LA TRAYECTORIA DEL ABORTO.....	78

Aclaraciones	79
Aborto espontáneo y aborto inducido.....	82
Procedimientos para la interrupción de un embarazo.....	85
Servicios y aborto	90
Servicios estatales.....	92
Servicios privados	103
Consultorios médicos	117
Clandestinidad: criminalización, reconocimiento y castigo	122
CAPÍTULO IV. RUTAS DEL ABORTO EN QUITO: POLÍTICA DEL CUERPO Y CLASE SOCIAL	124
La historia de vida sexual	125
Complejidades de la experiencia	126
Las rutas del aborto decidido.....	128
La ruta por los servicios estatales	129
La ruta por los consultorios privados	132
Las rutas por los servicios vinculados a ONG.....	141
Las rutas múltiples.....	154
Factores de decisión.....	159
Juego de capitales y las trayectorias al aborto	163
Educación formal y acceso a un aborto seguro	166
Capitales, soberanía del cuerpo y aborto seguro	167
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	173
Opinión pública, aborto y estrato social	174
Estado y aborto	176
Rutas, decisión y clase social	177
Clase social y aborto.....	178

La decisión y el ejercicio de la soberanía del cuerpo	178
BIBLIOGRAFIA	182
ANEXOS	191

RESUMEN

Esta tesis explora relaciones entre el aborto, la clase social y la soberanía del cuerpo en la ciudad de Quito, en referencia a los debates y opinión pública del conjunto de su población y a las trayectorias que siguen mujeres jóvenes que han decidido interrumpir su embarazo.

Los hallazgos sobre la opinión pública de Quito revelan que existe una correlación positiva entre la aceptación del aborto siempre y cuando se deba a factores que están más allá de las decisiones de las mujeres y el estrato socioeconómico. Sin embargo, esta correlación se diluye en los casos de abortos decididos y abortos por razones de precariedad económica. Prevalece en la opinión pública quiteña un discurso conservador sobre el aborto decidido por la mujer, discurso que se contrapone al reconocimiento del aborto como el ejercicio de autonomía y soberanía del cuerpo de las mujeres. Esta opinión, a la vez, está relacionada con el debate político sobre la legalización y despenalización del aborto, en el cual intervienen grupos pro-aborto, grupos pro-vida y otros actores.

Al mismo tiempo, las trayectorias de las mujeres jóvenes de Quito que han optado por un aborto decidido, muestran que no es el estrato socioeconómico la dimensión clave para transitar por este camino, especialmente para aquellas que buscan un aborto seguro. En estos casos aparece como una dimensión explicativa la de la soberanía del cuerpo. Desde esta constatación se argumenta que la articulación de varios tipos de capitales para definir la clase social, resulta tener una mayor capacidad explicativa de la búsqueda de un aborto seguro, ya que no es el capital económico sino el capital cultural y social, transformados en capital político, lo que llegan a ser decisivo a la hora de transitar por rutas de aborto seguro. Los capitales cultural y social expresados en educación y redes pero sobre todo en prácticas feministas y de ejercicio de derechos, permiten una reapropiación y reconfiguración del cuerpo, una política de la soberanía y cuidado de los cuerpos de las mujeres. Este posicionamiento político da cuenta de un capital político de las mujeres. Cuando existe este capital las mujeres reconfiguran de manera distinta la ruta del aborto, buscan abortos seguros y establecen una mirada saludable frente a la práctica del aborto, la resignifican. El ejercicio de la soberanía del cuerpo entendida como capital político sí se constituye en un factor que incide de manera determinante en la vivencia del aborto.

CAPÍTULO I. ABORTO, SOBERANÍA DEL CUERPO Y CLASE SOCIAL

Tener el derecho al aborto no significa tener la obligación de hacerlo, el derecho al aborto es poder actuar y decidir sobre el propio cuerpo considerando responsablemente los distintos escenarios que rodean a una situación. El aborto [...] no es una decisión que se toma a la ligera, y cuando se toma, es porque se conoce las dificultades personales relacionadas con tener un hijo o hija (Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, s/f).

Investigar sobre el aborto se constituye en un desafío. De hecho para mí lo ha sido. Se trata de un tema sensible, donde confluyen aspectos que conciernen a los sentires, a las emociones y a las vivencias de seres humanos que recorren determinadas trayectorias para llegar a un aborto decidido. Asimismo se involucran elementos del juego social, político, económico, legal, religioso y cultural. Pero sobre todo su estudio representa un desafío, debido al carácter proscrito de esta práctica, tanto en lo legal, como en lo social.

Hablar sobre aborto ha sido un ejercicio para conocer y reconocer que se trata de un tema cotidiano para las mujeres paradójicamente no visibilizado. Aborta la amiga, aborta la vecina, la hermana y la madre, aborto yo. En un momento de nuestras vidas, muchas mujeres podemos transitar por la ruta del aborto. En el Ecuador, el tema convoca a la opinión pública únicamente en momentos coyunturales, relacionados con cuestiones legales. Son escasas las ocasiones en las que este tema sale al espacio público. Cuando así sucede se generan tensiones, debates, sentires encontrados, por eso resulta más cómodo guardar silencio.

Mi posición de activista feminista militante por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres me exige investigar sobre este tema. Me exige sobre todo escuchar la voz de las mujeres que han vivido esta experiencia y reconocer la diversidad de sus cuerpos y sentires; y, las distintas maneras como se vivencia el aborto.

En un primer momento de la investigación planteé incluir la categoría de clase social, pensada desde la generalización que se hace en las ciencias sociales y el sentido común, para explorar y entender en qué medida la clase social representa un factor relevante en los posicionamientos de la opinión pública frente el aborto; y, en qué forma la clase social se relaciona con las distintas rutas de un grupo determinado de mujeres que decidió interrumpir su embarazo. El recorrido de la investigación me llevó a conocer y reconocer que esta primera mirada de la clase social resultaba limitada para

contestar estas dos interrogantes. Por consiguiente, fue necesario replantear conceptual y metodológicamente mis argumentos y el análisis.

Es así que el objetivo principal de la investigación es explorar la relación de la clase social y el ejercicio de la soberanía del cuerpo –política del cuerpo- en las trayectorias de aborto decidido que han seguido un grupo de mujeres jóvenes de Quito. La clase social será entendida en dos formas: por un lado como estrato socioeconómico y por el otro, a partir de la teoría de clase de Pierre Bourdieu, basada en los capitales.

En el curso del estudio me di cuenta de que los alcances de la investigación no dieron para llegar a un análisis profundo con respecto a la relación del aborto con la categoría de clase social, definida desde las ciencias sociales.

En este estudio, como ya lo mencioné, uso dos tipos de comprensión de la clase social. La una a partir de la categoría de estrato socioeconómico, que proviene de las teorías funcionalistas de la clase social –Talcott Parsons- ésta comprensión es usada específicamente al momento de abordar la relación entre aborto, opinión pública y clase social -la encuestadora Habitus¹ emplea una metodología basada en los niveles de estratificación social-; y, también la uso para definir el estrato socioeconómico de las mujeres que participaron de la investigación. La otra, a partir de los planteamientos de Pierre Bourdieu –Teoría sociológica contemporánea- que configura a la clase desde la acumulación de los capitales económico, cultural y social, es profundizada puesto que brinda elementos para analizar la clase social de manera más compleja; la incluyo para el análisis de los testimonios de mis informantes con el fin establecer una relación entre la ubicación de las mujeres, dada por sus capitales, el ejercicio de la soberanía del cuerpo –política del cuerpo- y las trayectorias de aborto.

Existe en este estudio un esfuerzo por analizar y visibilizar que el tema del aborto está matizado por aspectos que tienen que ver con la clase social -entendida como estrato socioeconómico y desde los capitales de Bourdieu-. En la investigación, se utilizan aportes de la teoría feministas, particularmente los que tienen que ver con el feminismo de la diferencia, el feminismo socialista y el feminismo radical.

Concluida la investigación es posible rescatar algunos hallazgos de los cuales unos tienen que ver con la relación entre estrato social, opinión pública y aborto, el

¹ La empresa Habitus aplicó la encuesta de opinión pública formulada para esta investigación.

ejercicio de la soberanía del cuerpo y el aborto decidido; y, otros que más bien corresponden a hallazgos que han salido a propósito del abordaje del tema.

En uno de los hallazgos más importantes se puede ver que sí existe una relación entre el aborto y el estrato socioeconómico. Los estratos de pobreza están a favor del aborto en un porcentaje limitado, conforme el grado de instrucción, el nivel de ingresos y otras variables les ubican en estratos más altos, las personas están más a favor del aborto. Esta tendencia se presenta cuando se averigua sobre la opinión respecto al aborto en caso de riesgo para la salud de la madre –aborto terapéutico-, este caso es admitido por la ley ecuatoriana; también se presenta en los casos de interrupciones por malformaciones genéticas y embarazo causado por violación, estos dos últimos son penalizados.

En todos los estratos, la mayoría de las personas se manifiestan en contra del aborto si es una decisión de la mujer y por situación económica, estos dos casos también están sancionados legalmente en nuestro país. En estos dos casos la relación estrato más alto - mayor apertura se diluye. Estos son los resultados de la encuesta de opinión pública construida para la investigación y aplicada por la encuestadora Habitus.

Se puede ver que existe una marcada inconsistencia entre la opinión pública y lo que se da en la práctica. Mientras las personas de todos los estratos dicen estar en desacuerdo con el aborto por decisión, en la práctica, las mujeres de los distintos estratos deciden interrumpir sus embarazos. Así lo demuestran los testimonios recogidos durante el trabajo de campo, las entrevistas a informantes calificados y algunos datos estadísticos. Hay que rescatar que las prácticas y acciones dicen más de la realidad que los discursos.

Del trabajo de campo se desprende otro hallazgo, las mujeres que conocen y reconocen el feminismo, ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y la soberanía del cuerpo buscan acceder a interrupciones enmarcadas en la seguridad, es decir abortos seguros, entendiendo que un aborto seguro tiene que ver con accesos enmarcados en el ejercicio de derechos, bienestar físico y emocional. La ubicación de las mujeres en un estrato socioeconómico no es determinante, ni guarda una relación directa, al momento de seguir rutas de aborto seguro, el acceso a un aborto seguro no depende explícitamente del estrato socioeconómico dado por los ingresos mensuales, más bien tiene que ver con el ejercicio de la soberanía del cuerpo.

A lo largo de este estudio se exponen algunas razones para afirmar que en Quito hay un contexto que establece que la relación aborto inseguro y estrato medio, medio bajo y pobre no sea determinante como a manera general lo ha denunciado el feminismo. Así, a través de los testimonios de mis informantes, ha sido posible observar que ellas siguieron diversas trayectorias para abortar, que no dependieron exclusivamente de su estrato socioeconómico.

En el aborto existen situaciones paradójicas y ambiguas desde el Estado ecuatoriano, pues se sanciona y castiga la práctica y al mismo tiempo, es permisivo y protege la salud física de las mujeres. Esta paradoja corresponde a un hallazgo no esperado, en la medida que mi estudio no planteaba investigar la relación Estado – aborto; el Estado corresponde a un subtema para llegar a las trayectorias de las mujeres.

El estudio también deja ver que en Quito, la oferta de servicios para interrumpir un embarazo no deseado es amplia y se encuentra naturalizada (se convive con ella). Así mismo, hay oferta pública y privada, no para inducir a un aborto, sino para atender las posibles consecuencias de un aborto mal practicado. En esta parte, es necesario aclarar que mi investigación se refiere principalmente a los servicios privados. No fue posible realizar trabajo de campo en servicios estatales².

La presente investigación sobre aborto tiene como ejes centrales la soberanía del cuerpo, la clase social y el aborto decidido. Se analiza cómo el aborto decidido se constituye en una de las estrategias para el ejercicio de la soberanía del cuerpo de las mujeres.

Razones para investigar sobre aborto

Según el colectivo Salud Mujeres, en el 2010 se estima que son “125 000 las mujeres que abortan cada año en el Ecuador... cada cuatro minutos aborta una mujer” (Salud Mujeres, 2011). Este colectivo dice tomar este dato de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el 2007 la Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género (CPJ) ya indicaba que se realizan, aproximadamente, 95 mil abortos al año (CPJ, 2007:

2 Como parte de la investigación se pretendió recoger información en una casa de salud estatal, en donde, no fue posible, puesto que -según se me explicó- en el sistema de salud pública no existe un registro que de cuenta del estrato socioeconómico de las personas atendidas. Otra de las razones para negar el acceso a la información fue que “la revisión de las historias clínicas de las usuarias requiere su autorización individual” (Linda Arturo, 2012, entrevista).

14). Las cifras anteriores permiten evidenciar que en nuestro país el aborto es una práctica extendida y cotidiana.

El aborto en el Ecuador es considerado un delito (Código Penal, 1970); lo que significa que la mayoría de los abortos decididos son ilegales. La clandestinidad en la que se realizan estas interrupciones de embarazos suele poner en riesgo la vida de las mujeres, “en un estudio realizado en el año 2008, el Ecuador ocupa el tercer lugar entre los países [con altas tasas de mortalidad materna] de la región Bolivariana” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 48). Los índices de mortalidad materna incluyen a las muertes por casos relacionados al aborto³. En el “2003 el aborto se consideró una de las cinco principales causas de mortalidad de las mujeres” (CLADEM, 2003: 19). De allí que el aborto en la ilegalidad se constituye en un problema de salud pública que afecta a la calidad de vida y a la salud integral de las mujeres. Esta es mi primera razón para investigar el tema.

La salud integral de las mujeres, en lo que tiene que ver con el aborto, no solo involucra pensar en los riesgos físicos y secuelas psicológicas, también comprende el ejercicio de los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que ya fueron reconocidos en 1998⁴ por la Constitución del Ecuador (León, 1999: 23).

El concepto de salud reproductiva adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) incluyó como referentes de salud la capacidad de llevar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la libertad para decidir sobre la propia reproducción y el acceso a información, medios y servicios para tener embarazos y partos sin riesgo (Miyares, s/f: 289).

Uno de los derechos sexuales y reproductivos incluidos en la Constitución, se refiere a la capacidad de los sujetos para decidir sobre su reproducción, sobre el número, la forma y el momento de tener o no hijas/os. Basándome en mis reflexiones, si bien hay

³ Hasta la fecha no es posible contar con una cifra oficial sobre la relación aborto/mortalidad materna en el Ecuador; en primer lugar, porque no existe un sistema apropiado para recoger la información, en segundo lugar, porque al ser el aborto decidido una práctica ilegal, la mayoría de los casos salen del sistema de salud pública. Estos y otros aspectos generan la existencia de un subregistro. Ver, El aborto como un problema de salud pública en el texto, *Cómo se viven los derechos reproductivos en Ecuador: escenarios, contextos y circunstancias* (Bustamante y Gómez de la Torre, 2010: 49).

⁴ Esta inclusión de los derechos sexuales y reproductivos se dio gracias a las luchas de los movimientos de mujeres y movimientos LGBTI. Esta conquista reconfiguró algunas ideas sobre el ejercicio de los derechos y la sexualidad. Sin embargo, existieron temas como el aborto y el matrimonio entre personas del mismo sexo que quedaron al margen de este cambio de la ley.

un reconocimiento de estos derechos, por parte del Estado ecuatoriano, no se ha examinado que, al mantener la penalización sobre el aborto decidido, se transgreden precisamente estos derechos y se afecta a la salud integral de las personas, especialmente de las mujeres.

Frente a este escenario, distintos movimientos feministas nacionales e internacionales han denunciado, permanentemente, que esta posición del Estado obedece a un predominio del patriarcado, definido como el “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). Son las feministas pertenecientes al neofeminismo -años setenta- quienes le dan este significado al concepto de patriarcado, una de ellas es Kate Miller, quien enfatiza que el patriarcado es “una política sexual ejercida fundamentalmente por el colectivo de varones sobre el colectivo de mujeres” (Puleo, 2002; 23). El patriarcado, entonces, promueve una vivencia de la sexualidad normada, negativa, regulada, prohibida y censurada (Foucault, 1998: 51) y relaciones de género poco saludables.

A lo largo de la historia, las sociedades patriarcales han configurado mecanismos para coartar el ejercicio saludable de la sexualidad de las mujeres. Por mucho tiempo se pensó, por ejemplo, que nosotras carecíamos de la necesidad de sentir placer (Laqueur, 1994).

Según Ana de Miguel (Miguel, 2002; 236), es en los años setenta que las feministas italianas identificadas con el feminismo de la diferencia hablan de la ‘autoridad femenina’ y defienden causas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad de las mujeres, sacaron al debate público temas como la despenalización del aborto. En esta misma época el feminismo liberal y radical toma como consigna ‘lo personal es político’ y bajo este lema el feminismo contemporáneo reconfigura el paradigma de la vivencia de la sexualidad de las mujeres. En Latinoamérica, en la misma década, las feministas también demandaron con gran fuerza el derecho a la anticoncepción, al aborto y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Felitti, 2010: 794). A la vez, según Gioconda Herrera es, principalmente, el feminismo de los años noventa el que cuestiona la forma cómo se ha construido y conceptualizado a la sexualidad y a otros conceptos como el sexo, género y las prácticas sexuales (Herrera, 1997:189).

Estos cuestionamientos han conducido a que, en los actuales momentos, la sexualidad sea concebida de manera diferente y se considere como una parte inherente al ser humano. Así, por las demandas y la reconceptualización, el ejercicio de una sexualidad saludable se configura como un tema de la agenda feminista.

La prohibición legal que pesa sobre el aborto decidido ha sido una barrera para visibilizar que el aborto ilegal corresponde a una problemática de salud pública y no se trata de un tema moral.

El aborto en malas condiciones es muy frecuente, sigue cobrando un enorme tributo en vidas humanas y en complicaciones, que se extienden a lo largo de la vida de las mujeres. Pero, las repercusiones del problema no se limitan a las mujeres, sus familias y la comunidad médica, sino que se extienden a todos los sectores de la sociedad. Por todo ello, constituye un grave problema de salud pública (Távora, s/f: 250).

Recientemente el Estado ecuatoriano ha puesto en marcha estrategias para enfrentar problemáticas relacionadas con el aborto, esto a partir de un reconocimiento de que el aborto representa un problema de salud pública.

Otra de las razones para investigar sobre este tema del aborto tiene relación con las tensiones que se generan, tanto en el ámbito internacional, como en el nacional, cuando se coloca en el debate y se visibiliza en la opinión pública la posibilidad de admitir esta práctica, desde lo legal.

En los últimos años, países de la región como Colombia, México, Brasil, Argentina y Uruguay debaten con mayor fuerza sobre el aborto (Lamas, 2008: 80). En algunos estados se ha conseguido la despenalización parcial por ejemplo, en Colombia o total como en Uruguay. En todos los estados donde se debate la despenalización del aborto se han presentado tensiones, fuertes debates y encuentros entre grupos de posiciones opuestas.

En el caso del Ecuador el discurso de la legalización y despenalización del aborto también emerge con mayor fuerza en los debates públicos de los últimos diez años. Aparece en la opinión pública en momentos coyunturales, como por ejemplo, en la construcción de las constituciones del año de 1998 y del 2008. Es en estos momentos donde se visibilizan fuertes tensiones en relación al tema. En el XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, realizado en Quito en septiembre 2012, en el Simposio ‘Aborto en el Ecuador: avances médicos, entornos legales, el Estado

ecuatoriano a través del Ministerio de Salud⁷, reconoce que el aborto es un problema de salud pública por lo que actualmente se están implementando Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.

De ahí que, en estos últimos tiempos, el aborto se ha constituido en un tema de opinión pública. En los meses de octubre y noviembre del 2011, por ejemplo, el Ejecutivo presentó una propuesta denominada Código Orgánico Integral Penal⁵, con el objetivo de actualizar y mejorar el Código Penal vigente. El tema del aborto salió a la esfera pública porque en los artículos relacionados, se mantiene la penalización y las sanciones; es decir, ni se actualiza, ni se mejora.

Ante esta situación, el Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos cuestionó el hecho de que mientras en unos campos de la vida social, el discurso del ejecutivo apela al desarrollo social y económico, en otros, como el de la salud sexual y reproductiva (legalización del aborto), conserva una postura reduccionista y transgresora de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, por cierto ya reconocidos en la Constitución de 1998.

Los sectores sociales que defienden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, denuncian y reclaman que en la elaboración de las leyes antes mencionadas, y en otras políticas públicas, se mantengan posturas moralistas y conservadoras.

Los derechos reproductivos suponen libertad e igualdad: libertad para decidir e igualdad de acceso para la educación y a los servicios médicos. Pero para ejercer realmente esta libertad de decisión, se requiere la existencia de un Estado laico que no admita imposiciones religiosas a la decisión ciudadana (Lamas, 2008: 77).

A partir de las denuncias sociales de estos sectores se ha podido evidenciar cómo algunas de las decisiones del gobierno de turno se someten a la influencia y las presiones de grupos relacionados con la jerarquía de la Iglesia Católica, otras iglesias y de partidos políticos de la extrema derecha, opuestos al aborto. Lo antes mencionado deja ver que en nuestro país no se respeta el principio de laicidad que ampara el respeto a la pluralidad de creencias, por esta razón se mantiene la penalización del aborto.

Por último, otra de las razones importantes para tratar al tema y situarlo en la ciudad de Quito, tiene que ver con el surgimiento reciente, en la esfera pública, de

⁵ El debate en relación al Código Penal será tratado en el capítulo II y en el capítulo III de esta investigación.

organizaciones de activistas feministas a favor de la legalización del aborto. Ellas cuestionan las posiciones del Estado y de grupos conservadores frente a la problemática.

Los conservadores se han opuesto directamente a la ampliación y apertura de derechos sexuales y reproductivos en diferentes partes del mundo. Además de denunciar su consumo, han construido argumentos para evitar la promoción y difusión de métodos anticonceptivos [...]. Del mismo modo, se han manifestado en contra de la despenalización del aborto y de la posibilidad de matrimonio entre individuos del mismo sexo (Mujica, 2007: 33).

Estas organizaciones feministas están conformadas particularmente por mujeres jóvenes que defienden los derechos sexuales y reproductivos y particularmente el aborto, se plantean como objetivo final su despenalización total.

El problema

En nuestro país se han realizado algunos trabajos sobre el aborto, en un contexto contemporáneo, en ellos se pueden visualizar ciertas representaciones frente a este hecho social, a la vez, se evidencia una persistencia por denunciar al aborto como un tema que mucho tiene que ver con la clase social. Por ejemplo, Soledad Varea (2008), identifica las distintas representaciones del aborto en diferentes momentos de la historia ecuatoriana; la Fundación Desafío (2011), a través de reflexiones profundas y de testimonios de mujeres que han vivido un aborto desde el ejercicio de derechos, plantea la urgencia de despenalizarlo; por su parte, la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género (2007), presenta las percepciones de mujeres sobre la práctica y la legalidad del aborto. En estos trabajos se puede ver que se establecen nexos entre aborto y mujeres pobres.

Estos y otros trabajos relacionados con los derechos de las mujeres y el aborto, específicamente, significan aportes para la comprensión de la temática; sin embargo, creo necesario profundizar y teorizar sobre cuestiones más específicas referentes a la clase social.

Los trabajos realizados ya visibilizan que la vivencia del aborto está matizada por la clase social o por lo que llamaría Bourdieu, las clases construidas que:

Pueden ser caracterizadas en cierto modo como conjuntos de agentes que, por el hecho de ocupar posiciones similares en el espacio social [...], están sujetos a similares condiciones de existencia y factores condicionantes y, como resultado, están dotados de disposiciones

similares que les llevan a desarrollar prácticas similares. (Bourdieu, 2001: 110).

Según este autor lo que permite establecer la diferenciación entre los sujetos es la forma en la que juegan los distintos capitales; este juego, poseer unos y carecer de otros, hace que los agentes coincidan en condiciones similares de existencia y a partir de esta coincidencia, se clasifiquen, agrupen y desagrupen. A partir de estos planteamientos, cada mujer contaría con determinados capitales que indudablemente entran en juego y se materializan en las relaciones cotidianas y consecuentemente en la experiencia del aborto. Ya desde algunas décadas el feminismo de la llamada tercera ola, un feminismo de la diferencia, ha denunciado que en las sociedades capitalistas contemporáneas existe una diferenciación de los sujetos dada por la condición social, esta ubicación diferente reconfigura las experiencias de unas mujeres en relación a otras “sabemos mejor que nunca que los derechos a la reproducción de las mujeres pobres y las del Tercer mundo están amenazados más seriamente que los de otras mujeres” (Young, 1992).

Si bien, otros trabajos realizados también hacen referencia a la clase social como un factor que hay que considerar al momento de tratar el tema del aborto, al mismo tiempo éstos, estigmatizan al aborto como un tema que involucra en su mayoría a mujeres de pobres (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2004: 148).

Poco se conoce de las particularidades de las trayectorias específicas que siguen las mujeres de otros estratos socioeconómicos al momento de abortar. Parecería que todas quienes abortan lo hacen de la misma manera y en las mismas condiciones. Persiste la lectura de la clase social a partir, únicamente, del capital económico, dejando de lado otros capitales, como el cultural y el social (Bourdieu, 2001). Esta situación representa un problema, pues conduce a lecturas homogéneas de la vivencia del aborto.

Metodología

El estudio realizado se enmarca dentro de una investigación exploratoria de carácter cualitativo, puesto que trabaja con la recolección de datos y el análisis de testimonios, experiencias y entrevistas, intenta conocer sobre los comportamientos, las prácticas y los relacionamientos de un grupo de mujeres que abortaron por decisión propia; y, de carácter cuantitativo; en la medida en que se usan y construyen datos numéricos para

análisis estadísticos, por ejemplo, cuando se relaciona el tema de la opinión pública y el aborto, o para conocer las prestaciones de salud relacionadas al aborto.

Para cumplir con el objetivo de esta investigación utilicé las técnicas de investigación documental y bibliográfica, observación participante, entrevistas a profundidad, encuesta de opinión y registro de diario de campo.

En la investigación documental y bibliográfica recolecté artículos, textos, páginas electrónicas, estadísticas, publicaciones de organizaciones sociales, códigos, leyes, proyectos de ley y tesis, entre otros, relacionados a temas como: aborto, feminismo, derechos humanos, derechos reproductivos y sexuales, legislaciones, acuerdos internacionales, enfoque de género, clase social, soberanía del cuerpo. Toda esta información fue sistematizada y organizada en archivos electrónicos y físicos, de acuerdo a los temas pertinentes a la investigación.

Con relación a las temáticas consultadas puedo decir que existe limitada información sobre aborto. Concretamente para la ciudad de Quito la información se limita solamente a trabajos de tesis de grado y escasas publicaciones de organizaciones no gubernamentales. En cuanto a la información estadística resultó compleja la recolección de información, dado que en el país existe distintos registros y subregistros relacionados al tema. Específicamente en lo que se refiere a aborto decidido, prácticamente no existen registros, por obvias razones, la práctica del aborto decidido es ilegal.

La observación participante también fue una metodología utilizada para la investigación, y se la aplicó durante las visitas a los servicios, específicamente, los servicios privados que interrumpen embarazos.

Desde el inicio se entablaron conversaciones con organizaciones sociales relacionadas a temas de derechos sexuales y reproductivos, particularmente las que defienden la legalización del aborto.

Mi activismo feminista se convirtió en una estrategia para acceder a los espacios de organizaciones que, por lo general, no están muy abiertos al público, también me permitió entablar contactos con informantes calificados y poner en práctica la observación participante en los servicios. Durante el desarrollo de la investigación apoyé en las actividades políticas en las siguientes organizaciones: Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Colectivo Salud Mujeres, Católicas por el Derecho a

Decidir y Fundación Desafío. Todas forman parte del Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos del Ecuador.

La metodología de entrevistas a profundidad fue aplicada a informantes calificados. Para cada uno se construyeron cuestionarios diferenciados. Los y las informantes fueron seleccionados a partir de su conocimiento de la temática y su trabajo en temas que tienen que ver directamente con la legalización del aborto. La mayoría pertenece a organizaciones sociales u ONG. Otro grupo corresponde a las y los médicos de servicios privados donde se realizan abortos decididos. Es importante destacar que el acceso a estos informantes y la consecución de las entrevistas fue difícil debido, obviamente, a las implicaciones legales y la estigmatización que pesa sobre las personas que se dedican a esta práctica.

Para recoger los testimonios de las mujeres que interrumpieron sus embarazos por decisión propia, se aplicó la técnica de bola de nieve, que consiste en socializar los intereses de la investigación e invitar a la participación. A esta convocatoria respondieron 20 mujeres de las cuales 16 se convirtieron en mis informantes pues cumplieron con el perfil necesario, mujeres jóvenes de la ciudad de Quito que, por decisión propia se realizaron un aborto entre las edades de 18 a 30 años, en la última década -2001 al 2011-. Los testimonios recogidos se constituyen en información referencial sobre la vivencia del aborto en esta ciudad.

El objetivo principal de cada entrevista era conocer en detalle la trayectoria que siguió la informante para interrumpir un embarazo no deseado. A la vez, esta investigación también requería hacer otro tipo de indagaciones relacionadas, principalmente, a la clase/estrato dado por ingresos de las mujeres, su nivel de instrucción y aspectos relacionados a la forma de vivir y pensar el ejercicio de su sexualidad. A partir de este objetivo diseñé una entrevista dividida en bloques de preguntas. En el primero recogí datos generales, nombres, seudónimo, edad, residencia, número de hijos/as, condición socioeconómica actual y la de sus familias de origen, en esta parte también incluí preguntas concernientes a educación. El segundo bloque lo destiné para averiguar sobre temas relacionados al ejercicio de la sexualidad, primera relación sexual, conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otros. El tercero, contenía preguntas para conocer a profundidad la forma en la que estas mujeres vivieron la experiencia de una interrupción voluntaria. Se pedía detallar la última interrupción, si

hubiese otras anteriores; recordar el proceso en detalle, desde la toma de decisión, hasta el momento del procedimiento; describir el lugar donde se realizó, la manera en la que accedieron al servicio, los costos, los acompañamientos. Sin duda, esta parte correspondió a la más fuerte de la entrevista, en todos los casos, en este momento se sentía una presión y mucha sensibilidad. El último bloque contenía preguntas que repasaban sus conocimientos sobre temas de derechos sexuales y reproductivos, situación legal del aborto, actualización del nuevo Código Penal y además preguntas sobre su posición frente al aborto y el ejercicio de la soberanía del cuerpo. Con toda la información recogida armé lo que he definido como una corta historia de vida sexual.

Por lo sensible del tema, previa a la recolección de testimonios, hubo una fase de acercamiento en la que se hicieron los acuerdos con respecto al uso de la información, la confidencialidad, las condiciones de la entrevista y principalmente sobre el uso de nombres propios o de seudónimos de ser el caso.

La sistematización de las entrevistas permitió estructurar una corta historia de vida sexual de las mujeres y no solo la experiencia de su aborto. El cuestionario fue similar para todas, lo que permite hacer análisis y comparaciones entre las respuestas.

Cabe señalar que si bien existió una herramienta estructurada, la entrevista se convirtió en una oportunidad para expresar sentires, emociones e inclusive posiciones políticas. En ciertos casos, fue necesario sostener procesos emocionales de las informantes. Se rescata el hecho de que algunas de las mujeres entrevistadas mencionaron que durante la entrevista pudieron relatar aspectos de la experiencia del aborto, nunca antes mencionados.

La encuesta de opinión pública la construí específicamente para la investigación y gracias al apoyo de la encuestadora Habitus fue posible realizarla. La encuesta fue aplicada en Quito y Guayaquil, a un grupo referencial (100 hombres y 100 mujeres) son personas que pertenecen a los distintos estratos socioeconómicos el objetivo era conocer su opinión frente al tema del aborto. Para esta investigación se tomó, únicamente, los resultados de la ciudad de Quito.

La encuesta fue aplicada en agosto del 2011, a una muestra representativa de 200 personas, hombres y mujeres de la ciudad de Quito. Se diseñó con dos preguntas directrices de opción múltiple. 1) ¿En qué casos estarían de acuerdo con el aborto?; y, 2) ¿Cuáles son las razones por las que se debería admitir legalmente un aborto?

El diario de campo, fue otra de las herramientas metodológicas, recoge de manera cronológica y organizada algunos aspectos del trabajo que tienen que ver con descripciones, percepciones, registros de sentires, emociones propias, reflexiones.

En lo que se refiere a la parte conceptual de la investigación, es importante recalcar esta aclaración metodológica, después de un análisis profundo, decidí que para este estudio, como ya lo mencioné, se requiere hacer una doble entrada para la comprensión de la clase social.

La una a partir de la categoría de estrato socioeconómico, en la parte que corresponde a opinión pública hago referencia a la metodología de estrato social de la encuestadora Habitus, en la que para ubicar a una persona en un determinado estrato social, se aplica una encuesta corta que interroga sobre una serie de variables como: vivienda, bienes, servicios, estilo de vida/miembros del hogar, también se valida a partir del ingreso personal y del ingreso por hogar. A través de la respuesta a cada una de las variables es posible saber a qué estrato pertenece una persona, así, se puede conocer la opinión de cada uno de los estratos socioeconómicos (pobres, bajo, medio, medio típico, medio alto/alto) sobre el aborto en Quito⁶. La información y la metodología Habitus, más los resultados de la encuesta de opinión, se constituyeron en insumos para la investigación.

Para establecer una relación entre el estrato socioeconómico de las informantes y las trayectorias que siguieron, se hizo necesario determinar en qué estrato social se ubican estas personas. Con el fin de poder definir el estrato de mis informantes, empíricamente, las clasifiqué únicamente, a partir de la variable de ingresos mensuales del hogar, esto por cuestiones operativas y por los alcances de la investigación.

La otra entrada surge a partir de los planteamientos de Pierre Bourdieu que configura la clase desde la acumulación de los capitales económico, cultural y social. En esta comprensión de la clase se profundiza, pues brinda los elementos para explorar las trayectorias de aborto y la clase social. En esta investigación, para llegar a un análisis e interpretación, fue necesario tomar los planteamientos teóricos de Bourdieu sobre los capitales y adaptarlos para este caso, es así, que concibo al capital económico como los ingresos del hogar; al capital cultural como la posesión de información específica sobre

⁶ Información entregada por Francisco Carrión, director de la encuestadora Habitus, *Modelo para establecer el NSE en la población urbana del país*, (presentación en PP).

derechos sexuales y derechos reproductivos y feminismo –soberanía del cuerpo-; al capital social como las relaciones sociales que generan contactos y oportunidades de acceso a trayectorias seguras para el aborto.

En la investigación, hablo de: estrato socioeconómico –teoría funcionalista-, cuando me refiero al estrato socioeconómico dado únicamente por la variable de ingresos mensuales de hogar, lo menciono específicamente como estrato dado por ingresos; y, me refiero también a clase –entendida desde los capitales de Bourdieu-. Cuando estas dos comprensiones se unen para el análisis y la interpretación uso el término de clase social.

Otra aclaración metodológica con respecto a la conceptualización, tienen que ver con la categoría de soberanía del cuerpo, para esta investigación será entendida como el ejercicio de los derechos, particularmente, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El ejercicio de derechos o de la soberanía del cuerpo, corresponde a una forma para configurar una política del cuerpo.

Todos estos recursos metodológicos permitieron desarrollar la presente investigación. La aplicación de la metodológica siempre integró una mirada desde el enfoque de derechos y el enfoque de género.

El recorrido de la investigación

El inicio de la investigación estuvo marcado por el regreso a mi activismo feminista, donde retomé contactos y reconfiguré el interés y la necesidad de investigar el tema del aborto, desde una mirada que incluya la categoría de la soberanía del cuerpo y la pertenencia a una determinada clase social.

El trabajo inicial contempló un proceso de reflexión, dado a partir de los insumos teóricos, con lo cual llegué a identificar cuatro principales razones para investigar el tema desde esta mirada, que incluye la soberanía del cuerpo y la pertenencia a una clase social.

Una de las razones hace referencia a la alta incidencia de la práctica del aborto en el Ecuador, a tal punto que en los actuales momentos se la ubica como una problemática de salud pública. La otra tiene que ver con las tensiones que se generan cuando el tema se ubica en la opinión pública. La tercera reconoce al aborto decidido como una forma de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por último, y en

la coyuntura de la reformulación del Código Penal ecuatoriano, el tema del aborto se ha puesto en el debate político y legal.

También construyo un estado del arte sobre el tema del aborto en el Ecuador para contextualizar la reflexión teórica. En base al estado del arte reconozco los enfoques prevalecientes, desde donde se construyen los discursos sobre el aborto. En el cierre de esta parte inicial explico cómo para este estudio entiendo a la soberanía del cuerpo y la clase social.

En el capítulo II recorro dos tramos importantes; el primero que tiene que ver con el debate en América Latina en relación a la Agenda Feminista y la legalización del aborto. De este se evidencia que mientras algunos estados despenalizan el aborto, otros restringen sus legislaciones y/o retroceden. El segundo tramo lo transito recorriendo los hitos y ubicando las diferentes posturas de los actores en el debaten alrededor del tema del aborto y su legalización en Ecuador. Concluyo esta parte con el análisis de la opinión de personas de diferentes estratos socioeconómicos que viven en Quito, frente al escenario de una posible ampliación de causales para no penalizar ciertos tipos de aborto.

En el siguiente capítulo, el recorrido se hace a través de la referencia a la normativa vigente que controla y regula el derecho de las mujeres a decidir y los servicios que atienden complicaciones o interrumpen embarazos en Quito. En medio de este recorrido, puedo evidenciar una paradoja que deja ver cómo mientras por un lado el Estado penaliza, castiga y proscrib, por otro, es permisivo cuando garantiza la atención médica a mujeres con consecuencias de prácticas de aborto decidido y cuando tolera la existencia y funcionamiento de los diferentes servicios privados que atienden la demanda de interrupciones voluntarias. Con esto quiero evidenciar cómo, se constituye una suerte de Estado permisivo, pero altamente castigador. En esta misma parte identifiqué los distintos tipos de servicios, sus características, funcionamiento y el posible tipo de usuarias que acude a cada uno.

El capítulo IV lo camino junto a las narraciones de las trayectorias de las mujeres jóvenes de Quito que han optado por un aborto decidido. En base al tipo de servicio, identifiqué trayectorias o rutas para acceder a la interrupción de un embarazo no deseado. En medio de esto, reconozco que las mujeres que cuentan con información específica sobre temas relacionados a los derechos sexuales y reproductivos y

feminismo ejercen su derecho a decidir, es decir, la soberanía de su cuerpo, de una manera saludable. También analizo en qué medida el estrato por ingresos de hogar, de una mujer influye o no para tener un aborto seguro. La mayoría de mis informantes se ubican en un estrato socioeconómico que va del medio, medio bajo, bajo, al pobre; ellas transitaron únicamente por servicios privados. Por esta razón, la ruta seguida para llegar a servicios estatales queda pendiente, aunque ha sido estudiada con otro enfoque en la tesis de María Rosa Cevallos (2011).

En la última parte mencionó las conclusiones que surgieron a partir de la investigación, haciendo hincapié en lo que se refiere a la relación aborto, clase y soberanía del cuerpo.

Apuntes para tratar el tema aborto

Hablar sobre aborto es un tema que entrelaza varios aspectos, de allí lo complicado, en este acápite mencionaré algunas de las tensiones que se generan, principalmente las que giran alrededor de la práctica del aborto y el debate sobre el inicio de la vida. Para dimensionar el grado de complejidad al que me refiero, recojo las palabras de Jaris Mujica quien habla sobre el uso que los grupos conservadores le han dado al discurso sobre el derecho a la vida.

La vida, término provisto de un poderoso aparato de significación que convierte al discurso de los conservadores en una maquinaria sólida, ocupa un lugar preponderante en la democracia moderna y en los derechos humanos y sociales. 'La vida es un derecho primordial de todos los sujetos sociales y, por ende, no se puede (en el discurso) contravenir o ir contra ella' (Mujica, 2007: 66).

Una de las tensiones más fuertes que se presentan al momento de hablar sobre el aborto corresponde al debate sobre ¿cuál es el momento preciso, en el que inicia la vida de los seres humanos? La respuesta a esta interrogante dependerá de las concepciones de cada actor social y la posición o teoría desde donde se esté hablando. Según Gastón Blasi (2009) existen tres teorías sobre el inicio de la vida humana: teoría del proceso de fecundación, teoría del proceso de anidación y teoría de formación del sistema nervioso central. Estas teorías tienen posturas diferentes, incluso se contraponen entre ellas existe un debate teórico.

Las feministas que estamos a favor de los derechos humanos de las mujeres, y particularmente las que formamos parte del colectivo de Católicas por el Derecho a Decidir Ecuador, creemos que la vida humana del feto se define a partir de su capacidad de reflexionar frente a la vida (sentir, pensar y actuar aspectos que nos diferencian de los animales) esta mirada feminista concuerda con la postura de Carl Sagan, quien explica que:

El pensamiento tiene lugar, desde luego, en el cerebro, sobre todo en las capas superiores de la "materia gris" replegada que llamamos corteza cerebral. Cerca de 100.000 millones de neuronas cerebrales constituyen la base material del pensamiento. Las neuronas están unidas entre sí y sus conexiones desempeñan un papel crucial en lo que llamamos pensamiento, pero la conexión a gran escala de las neuronas no empieza hasta el sexto mes de embarazo (Sagan, 1990).

En el sexto mes de gestación se activan las conexiones neuronales que permiten coordinar el pensar, sentir y actuar (Católicas por el Derecho a Decidir Ecuador, 2012), por esta razón antes de este tiempo una interrupción de embarazo se denomina aborto, pasado este mes de gestación, una interrupción ya no es considerada un aborto (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2009: 6) se la considera un parto. Otras feministas plantean que la vida de un ser humano inicia cuando puede vivir fuera del útero de la mujer “Los fetos requieren de las mujeres para desarrollarse y sobrevivir, por lo menos hasta los seis meses, razón por la cual casi ninguna legislación las considera personas con derechos” (Lamas, 2008: 74) ambas posturas feministas se enmarcan en la Teoría de la formación del sistema nervioso central.

Estas visiones feministas son contrarias a la expuesta por la Jerarquía de la Iglesia Católica, para esta institución religiosa la vida comienza en el momento mismo de la concepción –Teoría del proceso de fecundación-. De igual manera como sucede en la ciencia –existe un debate teórico-, también en el ámbito de la opinión pública existe un debate, las feministas abogando por el aborto como un derecho que no violenta el derecho a la vida de un ser humano y la Jerarquía Católica que insiste en que es en la concepción cuando inicia la vida de un ser humano porque es dotado con el alma y por esa razón el aborto no es aceptable.

...condenar a muerte a un inocente, es una monstruosidad tal, que nadie puede considerarlo moral. Ni católico, ni no católico. Pues eso es el aborto. Por eso el Concilio Vaticano II lo llama ‘crimen abominable’. Y la Comisión Permanente de los Obispos Españoles

dice, en el número 11 de su Declaración, ‘que la Ley que justifique el aborto es gravemente injusta’ Los abortistas se escudan en que en los primeros meses del embarazo no se sabe si es o no persona humana. Pero ni en caso de duda puede ser lícito el aborto (Loring, 2012).

A partir de esta teoría se organizan, los argumentos de los grupos pro-vida principalmente los relacionados con la Iglesia Católica. Es a partir del año 2005 aproximadamente, que en América Latina aparecen estos grupos, un ejemplo es Vida Humana Internacional, organización a favor de la vida y la familia con el reconocimiento eclesial más grande en el mundo. “Su misión es crear una oposición eficaz a la cultura de la muerte alrededor del mundo y por lo tanto defender la vida humana y la familia. En la actualidad, la ‘cultura’ de la muerte y sus amenazas se han multiplicado”, así se menciona en su página electrónica (Vida Humana, 2011).

Este tipo de organizaciones mueven grandes cantidades de recursos con el fin de posicionar al aborto como un asesinato, conceptualizan al aborto como una expresión de la llamada cultura de muerte. Se encuentran en muchos países y tienen una fuerte injerencia en la política pública. Cuando estas visiones sobre el inicio de la vida humana se sitúan no solo en lo religioso, sino también en lo político, estamos hablando de fundamentalismos.

Evidentemente existen distintos tipos de fundamentalismo, pero principalmente el de carácter religioso, en nombre de Dios impone ciertas ‘leyes’ que violan los derechos de las mujeres. A su vez este tipo de fundamentalismo se entrelaza con el político, pues se inmiscuye en las distintas políticas de Estado, obstaculizando un verdadero principio de democracia en beneficio de cada uno y cada una de sus ciudadanos y ciudadanas con plena libertad (Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, s/f).

Los grupos religiosos fundamentalistas buscan argumentar sus discursos desde una ciencia médica basada en la teoría del proceso de fecundación, por ejemplo, mencionan que el óvulo fecundado tiene un código genético irrepetible y que esta célula (óvulo fecundado) corresponde ya a una vida humana, una vida distinta a la de la mujer “Se considera al embrión como un ser humano separado desde el momento de la concepción, habida cuenta que los cuarenta y seis cromosomas que determinan la distintiva identidad genética de las personas, están presentes en el huevo fertilizado” (Villanueva, 1996: 203). Estos grupos pretenden convencer, no solo desde lo religioso,

sino también desde argumentos científico utilizados. Estos son interpretados para mantener las estructuras del sistema, especialmente, la patriarcal.

En este sentido, el feminismo plantea que hablar de la ciencia en general no es neutral, que la forma de interpretarla dependerá de los intereses de quien la interprete. En el caso del aborto, los discursos científicos tomados por los pro-vida sobre el inicio de la vida humana no son neutrales. Por esta razón es imprescindible ubicar desde dónde vienen los discursos, desde dónde se habla, es decir, promover un análisis que tome en cuenta el criterio de conocimiento situado (Haraway, 1995: 327).

Los discursos de la ciencia no siempre están al alcance de las mayorías, son grupos privilegiados de personas los que acceden a información científica, en esa medida los avances científicos pueden estar sujetos a interpretaciones. No todas las interpretaciones legitiman intereses colectivos. En los debates sobre el inicio de la vida humana priman dos posturas: discurso pro-vida que ubica al feto como sinónimo de ser humano; y, desde el punto de vista feminista, el embrión corresponde a un proyecto de ser humano, que solo tiene una vida independiente al momento de no depender fisiológicamente de la madre y estar dotado de pensamiento. Ambas posturas se sostienen en argumentos científicos.

Algunos sectores de la sociedad aprueban la postura pro-vida y la consideran como legítima, otros más bien reconoce y legitiman la postura del feminismo, está no concuerda con que se sobreponga el valor del feto, que es un proyecto de vida humana, por sobre la vida humana y los derechos concretos de las mujeres.

Las feministas estamos ganando terreno y consiguiendo cambios en las formas de pensar y legislar. El sociólogo Julio Córdova indica que estos nuevos valores, tienen relación con la equidad, “si los valores y razonamientos de quienes promueven la despenalización del aborto logran incidir en la legislación y en la opinión pública, se habrá dado un paso importante para la construcción de sociedades más equitativas” (Córdova, 2010: 12). La contraposición entre los criterios pro-vida y los feministas, con respecto a la vida, hacen que al hablar del tema de aborto difícilmente se llegue a acuerdos.

Algunas corrientes de la Teología Católica –no de las jerarquías de la Iglesia Católica– y feministas –basadas en la Teología Feminista y la Teología de la Liberación – cuestionan la mirada conservadora de los grupos pro-vida y de la Jerarquía de la

Iglesia Católica, en lo que se refiere al inicio de la vida humana. Estas corrientes plantean que esta mirada limita el ejercicio de los derechos de las mujeres, al respecto Ivone Gebara, monja y teóloga feminista, dice que la “Iglesia Católica mantiene una postura fundamentalista sobre el aborto, sin tomar en cuenta las dinámicas sociales, las relaciones de poder, la desigualdad social, la religión se encargó de reproducir el imaginario del aborto como un acto pecaminoso” (Gebara, 2010: 9), esta idea hace que la práctica del aborto genere sentimientos de culpa.

En los últimos tiempos en el debate público desde la teología feminista se mencionan que hablar del aborto es un tema ético.

La decisión de interrumpir un embarazo es un dilema ético serio. Las mujeres que recurren a esa opción no lo hacen con alegría en sus corazones, lo hacen como último recurso al considerar todas las consecuencias, y toman esa decisión responsablemente, de acuerdo con los dictados de su conciencia. La doctrina católica establece que católicas y católicos deben seguir su conciencia pues no ha habido ninguna declaración oficial de nuestra Iglesia que convierta las enseñanzas morales en dogma (Carvajal, 2009: 222).

Una posición de ética, desde los derechos humanos, legitima que las mujeres decidan o no sobre la práctica del aborto, legitima las distintas ideas sobre el inicio de la vida; convoca para que cambie la conceptualización del aborto como una práctica negativa. Posturas como la de Marcela Askenazi, también apelan a la reconfiguración de los imaginarios sobre aborto. Hay que hacer una mirada del aborto desde lo positivo, esta autora plantea que el aborto se convierte en una forma histórica de las mujeres para cuidar su salud (Aszkenazi, 2007: 75), este argumento coincide con las teólogas feministas que apelan al principio de probabilismo de la Teología Católica –cada mujer puede decidir según su conciencia y su situación personal, incluyendo su salud-, esta autora explica que incluso en relatos bíblicos se identifica al aborto como una forma de evitar males mayores, de ninguna forma en el Antiguo Testamento el aborto se plantea como un problema moral. Aszkenazi recoge posturas desde la filosofía, frente al aborto “Tanto Platón como Aristóteles recomendaban el aborto para limitar la población y regular demografía. Así, Platón consideraba necesario provocar el aborto de toda mujer mayor de cuarenta años” (Aszkenazi, 2007: 78). Los argumentos de Askenazi nos muestran que en varios momentos de la historia, ha existido una aprobación e incluso una presión para la realización de abortos. Entonces, la mirada que se tiene sobre el aborto muchas veces está basada en la ciencia de la época.

Otra tensión con respecto al aborto es la que se da dentro del espacio de los derechos humanos. El aborto se presenta como un conflicto de derechos. Ante esta tensión, desde el enfoque de derechos se plantea que debe haber una jerarquización de los derechos. Hay derechos en abstracto, son los del feto que es un proyecto de ser humano, y los derechos en concreto, que son los derechos de las mujeres que ya tienen vidas autónomas. El debate se centra en consensuar sobre cuáles serían los derechos que tienen que ser respetados.

Como se puede evidenciar, hablar del aborto es complejo. Tiene que ver con tantos aspectos, científicos, morales, religiosos, políticos, incluso económicos. En este punto es importante aclarar que estos debates sobre el aborto, la vida, los derechos obedecen también a otro tema más complejo; el funcionamiento del biopoder, las disputas sobre el aborto tienen que ver con disputas dentro del sistema social, disputas por manejar la vida –la producción y la reproducción- de las personas de una manera determinada, en esta investigación no profundizo sobre este tema.

Conceptos

Se ha definido al aborto de diferentes maneras. Cada definición depende del enfoque desde donde se lo conceptualice. Existen definiciones desde lo médico, lo legal, lo social, lo religioso, desde los derechos humanos, desde el feminismo. Enseguida presento algunas de estas definiciones y explico cómo será entendido el aborto en mi investigación.

En la medicina se puede definir al aborto como “la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción eliminado con peso menor a 500 gramos. Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío” (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2009: 6). Esta definición tiene que ver únicamente con la biología humana. Este concepto se encuentra ubicado en el campo de la medicina.

La conceptualiza del aborto desde el campo legal dependerá de la normativa de cada país. En el Ecuador el aborto es ilegal. Es conceptualizado como un delito contra la vida, no es punible (indigno, vergonzoso, bajo, ruin) en dos causales, para salvar la vida de la madre y en caso de violación a una mujer idiota o demente.

En lo social, para Ecuador, el aborto se concibe como una problemática de salud pública debido al alto número de mujeres que arriesgan sus vidas y su salud al someterse a abortos en condiciones inseguras y clandestinas.

En cuanto a lo religioso, me referiré únicamente a la visión de la Iglesia Católica por ser esta la de mayor presencia en América Latina y en nuestro país. Podría decirse que en la actualidad esta religión tiene dos visiones sobre el aborto. La postura más radical y más socializada, define al aborto como un acto pecaminoso, a pesar de que en la biblia no existe ninguna mención ni a favor, ni en contra del aborto. En los últimos tiempos dentro de la Comunidad de la fe Católica aparecen otras miradas sobre el ejercicio de la sexualidad y el aborto. Esta mirada nace de la Teología Feminista⁷ y como un ejemplo de esta postura cito la siguiente conceptualización del aborto:

La problemática del aborto, además de representar un problema de justicia social y ejercicio de democracia, es fundamentalmente un tema de derechos humanos. Se vincula estrechamente con la mortalidad materna, debido a las condiciones de clandestinidad en las que se realizan en muchas ocasiones, es consecuencia de situaciones de violencia, además de ser la prueba de múltiples obstáculos para el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres (Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, s/f).

Esta forma de entender al aborto se encuentra ligada a una agencia moral de las mujeres y a los derechos humanos. Desde los derechos humanos el aborto corresponde a uno de los derechos reproductivos. Entendido como un derecho, el aborto debería ser legalizado y practicado en condiciones que aseguren la salud integral de las mujeres. Concebir al aborto como un derecho significa que el Estado tiene que garantizar las mejores condiciones para poder ejercerlo “La penalización del aborto es una clara expresión de la injerencia del Estado en la salud sexual y reproductiva de la mujer, ya que restringe el control de la mujer sobre su cuerpo y podría exponerla a riesgos para la salud innecesarios” (ONU, 2011). A pesar de que nuestra Constitución está basada en los derechos humanos, el Ecuador no reconoce al aborto como un derecho. Quienes sí reconocen que el aborto es un derecho son las organizaciones relacionadas al feminismo y las feministas.

⁷ La Teología Feminista “reivindica una nueva visión de corporeidad en la cual las mujeres recuperemos el derecho a decidir sobre nuestro cuerpo, liberándonos del control simbólico masculino que se ejerce en todos los aspectos de nuestra vida e inclusive en el ejercicio del derecho a ser madres o no” (Católicas por el Derecho a Decidir – Ecuador, 2011: 37).

Activistas feministas indican que el aborto es un derecho y que necesariamente tiene que ver con lucha por la soberanía del cuerpo de las mujeres. Tener la opción de decidir es ejercer la soberanía del cuerpo, lo que significa tener “ese poder de decisión, libertad y autonomía que abarca todos los ámbitos de la existencia humana, desde la sexualidad en la vida privada hasta nuestra presencia pública en el mundo” (Carrión, 2010: 249). Somos principalmente las activistas feministas jóvenes quienes en los últimos tiempos hemos visibilizado al aborto como un derecho en el Ecuador.

Al estar de acuerdo con los planteamientos feministas y de algunos médicos, reconozco al aborto como “un hecho social denso y complejo, que ocurre en el contexto de relaciones de poder de distinto tipo: de género, económicas y jurídicas y conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y de la ética, de los significados de la maternidad” (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2004: 147). La mirada feminista permite ampliar la reflexión sobre el aborto; sin embargo, en ocasiones se mal entienden sus criterios.

El feminismo contemporáneo y la teología feminista católica no conceptualizan al aborto ni como un método anticonceptivo, ni como una práctica que tenga que ser promovida; plantea que los embarazos no deseados deben ser evitados y que en caso de que esto no sea posible, son las mujeres quienes deben decidir si continuarlo o interrumpirlo.

Tener el derecho al aborto no significa tener la obligación de hacerlo, el derecho al aborto es poder actuar y decidir sobre el propio cuerpo considerando responsablemente los distintos escenarios que rodean a una situación. El aborto es una decisión que la mayoría de mujeres realiza apelando a su conciencia, analizando detalladamente las situaciones que la rodean; juzgando y sintiendo cada una de ellas: no es una decisión que se toma a la ligera, y cuando se toma, es porque se conoce las dificultades personales relacionadas con tener un hijo o hija (Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, s/f).

Con este antecedente, para mi investigación he resuelto conceptualizar al aborto como un hecho social. Además, advierto que es necesario incluir una categoría que conecte al aborto con el ejercicio de la soberanía del cuerpo, esta categoría la he denominado aborto decidido. Un aborto decidido es la práctica de interrumpir un embarazo cuando la mujer lo considere necesario, independientemente de las razones que tenga para hacerlo; tiene que ver con su agencia y voluntad y no con la normativa vigente.

Enfoques

En el transcurso de la historia han existido varios enfoques sobre el aborto. Estos están íntimamente relacionados con los paradigmas de la sexualidad (Weeks, 1998); entre los más sobresalientes se destaca el de la salud, el ético-moral y el político legal.

En torno al enfoque de la salud, se agrupa un conjunto de estudios que visualizan al aborto desde los problemas de la salud; se incluyen temas demográficos y de políticas públicas relacionadas a la salud.

Dentro del enfoque de la salud se encuentra el tema demográfico este relaciona al aborto con la desigualdad social, el acceso a los recursos, el desarrollo urbano-rural, el crecimiento de la población. Según Pilar Egüez (2005), en los últimos años, en el país, se han dado cambios en los patrones reproductivos de las mujeres, más no hay cambios profundos en la forma de entender el aborto y la sexualidad en general. A pesar de ser una necesidad sentida de las mujeres, el Estado no ha construido políticas públicas que enfrenten directamente el tema del aborto. El Estado ha ejercido un rol de control sobre los cuerpos de las mujeres, se les exige implícitamente cumplir con un rol social, la maternidad obligatoria (Lavrin, 2005).

En el enfoque médico predomina un discurso centrado en el riesgo y el bienestar fisiológico y anatómico. Confluyen posturas diversas, algunos médicos/as lo ven como una problemática social, como un derecho, mientras otros lo enmarcan dentro de la moral e incluso apelan a la objeción de conciencia cuando de realizar un aborto se trata.

Otro enfoque, el ético-moral tiene que ver con posturas religiosas, con los debates sobre la vida y también con el enfoque médico. En el caso de Ecuador lo religioso, está más específicamente vinculado con la religión católica. Los preceptos religiosos plantean que la vida inicia con la concepción, por ello el aborto no está permitido en ningún caso (Kaufman, 2004: 211). Desde la Teología Feminista surgen otros discursos que permiten entender que no solo existe una ética y una moral relacionadas con principios conservadores y con sectores de la extrema derecha. Los planteamientos feministas también corresponden a un tipo de ética y de moral frente a la vida.

La teología feminista propone una lógica alternativa dadora de vida que es universalizable en cuanto que busca hacer frente a problemas universales a favor del bienestar y la justicia social a escala universal. Esta lógica dadora de vida se basa en los principios de la igualdad, en la justicia social, la plena integridad humana para cada persona,

verdadera autonomía y autodeterminación, desarrollo integral, satisfacción universal de necesidades básicas, participación efectiva y equilibrio ecológico. Esos principios pasan a ser las notas características de nuestro discurso... (Católicas por el Derecho a Decidir – Ecuador, 2011: 20).

Para Gustavo Ortiz Millán, filósofo que trabaja básicamente temas de ética, existen varias posturas, unas relacionadas con posiciones conservadoras, liberales o moderadas (Ortiz, 2009:17-37), la mirada con que se ve al aborto, depende de cada postura, de cada enfoque. En el imaginario social prevalece una mirada moralista, desde donde se produce y reproduce una representación negativa del aborto (Varea, 2008).

Enfoque político legal, desde este enfoque la tensión sobre el tema del aborto se centra en la legalización. En este espacio confluyen las distintas posturas de diversos actores políticos, agrupaciones feministas, el Estado, la Iglesia Católica, los juristas, medios de comunicación, unos a favor otros en contra. En este enfoque se interrelacionan los enfoques de la salud, el de derechos y el ético-moral, por tanto, existe una permanente tensión.

Enmarcado dentro del enfoque político y el legal, se encuentra el enfoque de derechos que entiende al aborto como un espacio de ejercicio de derechos (Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género, 2007) en este sentido, los movimientos de mujeres tienen dentro de sus agendas el promover el ejercicio total de los derechos. Hace aproximadamente una década, de la Coordinadora de Mujeres del Ecuador surge un grupo de mujeres jóvenes que al no sentirse reconocidas con algunos de los planteamientos y estrategias de las mujeres adultas deciden conformar la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, esta organización resuelve centrar su trabajo en la promoción del ejercicio de derechos, específicamente los derechos sexuales y los reproductivos (Pamela Quishpe, 2012, entrevista). Su consigna es legalizar el aborto en todos los casos, con lo que se apunta a evitar abortos en condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres y su salud integral. Este enfoque enfatiza que el aborto es una forma de ejercer la soberanía sobre el cuerpo.

Es interesante mirar que el aborto se ha mantenido, no solo en el Ecuador sino en toda Latino América, como un tema de agenda pública de los movimientos feministas y del trabajo de algunas ONG; sin embargo como lo explica Mala Htun, no existen cambios estructurales (Htun, 2010), por lo menos, a nivel del Estado.

Soberanía del cuerpo, política del cuerpo y ejercicio de derechos

La soberanía aparece como concepto en el siglo XII, en sus orígenes, era pensada como el poder de uno sobre otros –el soberano, el gobernante- ejercía el poder sobre otros. El concepto evoluciona para llegar a ser entendido como la autonomía e independencia de los estados. Más adelante, Johannes Althusius (1603) incorpora el concepto de soberanía popular, aduciendo que “la soberanía no reside solamente en un soberano, sino en una pluralidad de individuos, es decir, el pueblo” (Becerra, s/f: 60). Es Jean Jaacques Rousseau (1762) -Revolución Francesa-, quien influenciado por Thomas Hobbes⁸ (1596), afirma que la soberanía reside originalmente en el pueblo. En la actualidad la categoría de soberanía se mantiene en la teoría política, como el poder que tiene cada Estado para auto-determinarse.

Este concepto de la teoría política, se ha extendido a otros campos teóricos y a otros espacios. Haciendo abstracción de lo que históricamente ha sido la idea y el concepto de soberanía diré que, soberanía es independencia, autonomía y poder.

En el presente, el concepto de soberanía ha sido tomado por el feminismo para conectarlo con la categoría del cuerpo y plantear una propuesta que reconfigura el concepto. Es así que los preceptos de independencia, autonomía y poder, que en la teoría política corresponden a los estados y los pueblos, desde el feminismo, se los toma y son trasladados y relacionados con el cuerpo físico y político de los/as sujetos.

Para hablar de soberanía del cuerpo necesariamente hay que hablar de feminismo. Ser soberana/o del cuerpo ha sido uno de los planteamientos principales de la teoría feminista, aunque no nombrada como tal, ha estado presente de manera implícita cuando se habla de autonomía; y, la autonomía corresponde a un precepto histórico feminista que se relaciona con el aborto.

Según Teresa López Padilla (2002), la autonomía como concepto relacionado con las mujeres data de la modernidad, y es el filoso Poulain de la Barre quien lo reivindica, él habla sobre la libertad y la autonomía para las mujeres. Solamente después de la Revolución Francesa aparecen “reivindicaciones de *autonomía* formuladas como una exigencia social y política” (Padilla, 2002: 152). Estos son los orígenes de la

⁸ Filósofo clásico que centra sus obras en el individualismo, individualidad y libertades. Hobbes reflexiona entorno al Estado, el desarrollo de la democracia y la soberanía del pueblo.

autonomía feminista, un referente importante de la época es Olympe de Gauges (1791) quien escribió la Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadanía, lo que contienen en esencia esta obra es el ideal de igualdad entre los hombres y las mujeres, ideal que no era compartido por la mayoría de la sociedad de la época. Un aporte importante para la autonomía feminista es la obra de J. Stuart Mill y su esposa H. Taylor Mill. Stuart Mill “plantea la autonomía de la mujer basándose en los principios de igualdad y libertad, y señalando que estos principios no rigen para ella” (Padilla, 2002: 163) y cuestiona la subordinación de la mujer al hombre, la tacha de injusta. Desde otra corriente de pensamiento, la filosofía marxista, también se hacen aportes para la lucha feminista en la búsqueda de la emancipación, uno de los principales está relacionado con la clase social “la opresión de la mujer no obedece solamente a causas económicas, como pensó Engels” (Padilla, 2002: 166) en esta corriente se ubica Alejandra Kollontai, uno de sus limitantes es ubicar como sistema de dominación a la lucha de clases por sobre la dominación entre los géneros.

Más adelante en la historia aparece Simone de Beauvoir, uno de los referentes más importantes del feminismo contemporáneo, ella denuncia que la condición de la mujer no se debe únicamente a su agencia, sino que tiene que ver con condiciones colectivas existentes en la sociedad y que son estos condicionantes los que no permiten que las mujeres sean seres autónomos (Padilla, 2002: 169); otra autora importante para la autonomía es B. Friedan, corriente anglosajona liberal, si bien reivindica la autonomía sus propuestas para llegar a la autonomía se centran en las mujeres desconociendo la importancia de la organización social, específicamente la patriarcal. “La crítica al patriarcado es uno de los ingredientes principales en las reivindicaciones de autonomía del llamado neofeminismo de los años setenta” (Padilla, 2002: 175). Es en este escenario y desde esta mirada que se replantean las luchas por la despenalización de los anticonceptivos y el aborto, en ese entonces ya se considera a estos temas como parte del ejercicio de la autonomía –soberanía del cuerpo– de las mujeres y la lucha contra el sistema patriarcal. En la misma línea se ubica Kate Millet, para ella la autonomía tiene que ver con una dimensión política, “las relaciones entre los sexos siempre han sido relaciones de poder... [y] El patriarcado es el principal oponente y peligro para la *autonomía* de la mujer” (Padilla, 2002: 177). Combatir al patriarcado se constituye en la forma para llegar a la autonomía, de esta manera se resalta que los

cambios no solo deben darse de manera personal, sino también social. Teresa Padilla recalca que la autonomía es un estado al que la inmensa mayoría de mujeres no ha llegado aún, también en su artículo Autonomía (2002), deja ver que para varios de los feminismos la despenalización del aborto representa un tema que le concierne a la autonomía de las mujeres. En la actualidad, autoras feministas latinoamericanas como Marcela Lagarde también hacen referencia a la autonomía de las mujeres y recogen el legado de la historia feminista.

La soberanía del cuerpo nace de la reivindicación de los movimientos feministas que desde sus orígenes cuestionaron las relaciones de subordinación y desigualdad histórica entre mujeres y hombres, en donde los sujetos, principalmente mujeres, no siempre ejercen ese derecho de decidir, de ser autónomas. Las feministas de aquella época visibilizaron que este orden de cosas obedece a lo que ellas mismas conceptualizaron como sistema patriarcal -patriarcado-.

En esta parte es pertinente aclarar que, estoy consciente que la categoría de patriarcado y sus limitaciones han sido cuestionadas por los estudios de género, así se refiere Scott sobre esta “las teóricas del patriarcado no demuestran cómo la desigualdad de géneros estructura el resto de desigualdades o, en realidad, cómo afecta el género a aquellas áreas de la vida que no parecen conectadas con él” (Scott, 1996:9); sin embargo, yo he tomado el patriarcado como categoría teórica puesto que me sirve para contextualizar mi análisis en esta investigación, me aporta también el análisis interseccional entre género y clase social; y, adicionalmente, valoro que esta categoría teórica haya sido asumida como una base para sostener los argumentos de las activistas feministas latinoamericanas y ecuatorianas.

El patriarcado es una de las categorías más socializadas dentro de los estudios de género y feministas. Históricamente el feminismo ha enmarcado a las relaciones de subordinación y desigualdad dentro del sistema patriarcal.

La subordinación de las mujeres, su escasa autonomía, obedece al sistema patriarcal que, a lo largo de la historia y hasta el presente, ha sido la estructura básica de todas las sociedades. Su característica principal es la prevalencia de lo masculino sobre lo femenino. De una u otra forma, todas las mujeres, en algún momento de nuestras vidas, nos encontramos subordinadas por pertenecer a nuestro género. La subordinación de las mujeres abarca todos los aspectos de la vida, el campo de la sexualidad no es la

excepción, es en este campo donde los mecanismos del patriarcado, muchas veces se ven como naturales.

Es Michel Foucault, en su obra *Historia de la sexualidad* (1998) quien explica que la sexualidad cobra un valor relevante en las sociedades modernas (Foucault, 1998: 126). El sistema capitalista, que se sostiene en diferentes estructuras -una de ellas el patriarcado- utiliza a la sexualidad como un dispositivo para la regulación y el control de la vida misma, ese es el biopoder, el poder sobre la vida. El sistema intenta controlar todo, incluso los cuerpos. En este contexto las mujeres – su cuerpo - y su sexualidad son configurados de tal forma que no siempre su ejercicio resulta saludable; persisten relaciones violentas de subordinación.

El activismo feminista reconoce y reclama que el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos se encuentra vetado aún en las sociedades contemporáneas, donde se ha diseñado toda una suerte de sutiles mecanismos para conservar este orden de cosas.

Las mujeres no gozamos del cuerpo, habitamos el cuerpo pero no lo gozamos, lo habitamos porque no nos queda de otra, estamos vivas y estamos acá, pero el gozar el cuerpo es algo que a las mujeres nos está vetado y no solamente eso sino que también habitan nuestro cuerpo sin que lo queramos porque nos invaden (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista).

En este escenario, la soberanía del cuerpo surge como una categoría para enfrentar al sistema, a la subordinación, a la violencia y al control de los cuerpos de las mujeres. Esta categoría nace con raíces políticas, las mujeres debemos ser soberanas de nuestros cuerpos de nuestras vidas.

La 'soberanía del cuerpo' como categoría teórica se encuentra en construcción, así lo expresa la catedrática argentina Dora Barrancos en una entrevista, "La idea de una soberanía del cuerpo es una construcción reciente que ha cobrado mucha fuerza desde los años noventa" (Barrancos, 2012, entrevista) han transcurrido 20 años desde ese entonces y es en este tiempo que se la está configurando. A pesar de esta situación, resulta pertinente porque permite conceptualizar y argumentar, que es posible salirse del control y la regulación que ejerce el sistema patriarcal y que es viable llegar a poner en la práctica a la autonomía.

Desde mi punto de vista, como activista feminista, diría que la soberanía del cuerpo es una categoría que permite recoger las teorías y argumentos sobre la autonomía, pensada desde las mismas activistas feministas. Autoras contemporáneas, como Marcela Lagarde, consideran que llegar a la autonomía es urgente para las mujeres (Lagarde, 1997). La soberanía del cuerpo se constituye en una categoría que conecta, la teoría política y la teoría feminista –la de los orígenes y la contemporánea–; y, lo más representativo es que la soberanía del cuerpo enlaza la teoría con la práctica. La soberanía del cuerpo se conceptualiza desde la vivencia a partir de nociones teóricas.

Este concepto invita a que las mujeres nos reconozcamos como autónomas, como tomadoras de decisiones en relación a nuestros cuerpos, a nuestras vidas. Ser soberanas es tener derecho sobre nuestro cuerpo, significa tener poder y libertad. Significa poder decidir, sobre el ejercicio de la sexualidad, sobre la vida sexual y reproductiva.

...especialmente las cuestiones relacionadas con su salud reproductiva, eso para mí es soberanía del cuerpo que las mujeres decidan ellas, sin intervención ni coacción de nadie, que sean ellas las que puedan tomar la decisión sobre lo que ellas deseen y hagan y necesiten... (Martha López, 2012, entrevista).

El derecho a decidir se encuentra enmarcado dentro de los derechos humanos; es en las Conferencias de Naciones Unidas del El Cairo -1994- y Beijing -1995- en Cairo+5 y Cairo+10 que se reconoce este derecho, principalmente en lo que tiene que ver con la reproducción. Debe ser ejercido por todas las personas; sin embargo, en la práctica no siempre es posible ejercerlo porque el aparato estatal, otras instituciones y el sector privado no garantizan las condiciones para que las personas podamos, ser autónomas y podamos decidir sin presiones de ningún tipo. En este escenario, las activistas feministas hemos entendido que ser soberanas de nuestros cuerpos, no solo nos compete a nosotras mismas, si no que, se requieren de condiciones óptimas que nos permitan ser autónomas y poder decidir libremente.

La autonomía es siempre un pacto social. Tiene que ser reconocida y apoyada socialmente, tiene que encontrar mecanismos operativos para funcionar. Si no existe esto, no basta, la proclama de la propia autonomía porque no hay donde ejercerla, porque no se da la posibilidad de la experiencia autónoma, ni de la persona, ni del grupo, del movimiento, o la institución (Lagarde, 1997: 7).

La libertad es un precepto de las sociedades democráticas; sin, embargo, cuando se trata de decidir sobre el cuerpo y la vivencia de la sexualidad, principalmente las mujeres, se encuentran con reparos y barreras. “Es como si alguien, o un grupo, o una fuerza superior nos impidiese ejercer algo que es propio del ser humano” (Gebara, 2012: 4).

Los discursos sobre la libertad para decidir se diluyen entre argumentos que tienen que ver con la moral, la religión, las buenas costumbres. Afloran posiciones que incluso cuestionan la capacidad de las mujeres para poder decidir sobre sus cuerpos y su sexualidad.

Uno de los derechos humanos más valorados es la libertad, y dentro de ésta ‘el derecho a decidir’. Es el derecho individual que tenemos todas las personas a tomar decisiones sobre nosotras mismas y nuestros cuerpos sin ninguna interferencia del gobierno, de las Iglesias, ni de la sociedad. Es también, por tanto, un derecho a que dichas decisiones sean respetadas incondicionalmente (Red Latinoamericana Católica por el Derecho a Decidir, s/f).

El derecho a decidir no solo tiene que ver con los sujetos, también incluye que esas decisiones tomadas por derecho sean respetadas incondicionalmente siempre y cuando no vulneren los derechos y decisiones de otras personas. El derecho al aborto decidido es una estrategia para llevar a la práctica el ejercicio de la soberanía del cuerpo. El aborto como ya lo he mencionado es una práctica cotidiana, en los países donde es penalizada; aun cuando las mujeres lo decidan y lo hagan, la sanción legal y social provoca que el ejercicio de la soberanía del cuerpo no sea pleno y saludable. Las mujeres que así lo deciden cargan, por lo menos con el estigma que pesa sobre el aborto.

En la última década en Ecuador, cuando se abre el debate sobre el aborto, surge la propuesta de relacionar la soberanía del cuerpo con el aborto. Esta visión nace del feminismo más contemporáneo, son las jóvenes quienes deciden visibilizar al aborto como una práctica por la que las mujeres deberían poder decidir, sin exponerse a un contexto que sancione, culpe y estigmatice. Así lo deja ver Verónica Vera activista de 23 años de edad.

Hablando del tema de la soberanía [...] en América Latina estamos en una época en la que las mujeres ya estamos cansadas no, estamos hartas de que las leyes nos digan que decir, hartas de que el sistema nos diga que decir, hartas de que se penalicen nuestras decisiones, son decisiones propias y nuestras, hartas que desde las leyes se coarte nuestra autonomía sexual, nuestra reproducción y ese derecho a ser lo que queramos sobre nuestro cuerpo (Verónica Vera, 2012, entrevista).

Si bien en la práctica aún la soberanía del cuerpo no se ha configurado como una categoría para el análisis teórico, sí puedo decir y afirmar, a partir de mi experiencia, que la soberanía del cuerpo actualmente se maneja como una categoría política para abordar la defensa y el ejercicio de los derechos, particularmente los sexuales y reproductivos; y, a porta a la configuración de una política del cuerpo respetuosa para con las mujeres.

Para esta investigación la categoría de la soberanía del cuerpo la he tomado como un referente fundamental para trabajar la temática. Me apoyo en la siguiente definición porque contiene planteamientos que pueden aportar al análisis.

Se refiere al derecho a tener derechos sobre el propio cuerpo, que la mujer decida sobre su cuerpo, su sexualidad, su opción sexual e identidad de género; a una maternidad por elección y no por obligación; que pueda prevenir los embarazos no deseados; que tenga acceso al aborto seguro, a métodos anticonceptivos denominados de emergencia y otros, así como a una vida libre de violencia (Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, 2011: 51)

Para cerrar esta parte quisiera resaltar que resulta interesante analizar como la configuración y comprensión de la categoría de soberanía se ha modificado drásticamente. En sus orígenes, inicia con la idea de que era el soberano el que tenía todo el poder, hasta la actualidad, donde se plantea que es cada sujeto el que debe tener el poder para decidir sobre sí mismo; la soberanía, desde esta mirada contemporánea, también se configura como un es un dique para contener al fuerte del débil. La soberanía – la autonomía– del cuerpo corresponde a un dique para contener la fuerza del sistema que oprime el cuerpo y la vida de las mujeres.

Clase social y aborto

El interés de abordar el tema de la clase social y relacionarlo con la práctica del aborto surge de la necesidad de comprender cómo la clase social tiene que ver con la trayectoria de aborto que siguen las mujeres jóvenes en Quito.

Hay varias posturas respecto a la vigencia de la categoría de clase social, algunos sociólogos afirman, según Bourdieu, que “las clases son solo construcciones del científico, que no tiene absolutamente ningún apoyo en la realidad” (Bourdieu, 2001: 103), desde esta mirada, la categoría de clase social ya no es válida para entender las

relaciones que se presentan en el mundo contemporáneo, porque parecería que ya no existen relaciones de desigualdades “...son varios, incluso entre los sociólogos, que se quieren convencer a sí mismos y a otros de que las diferencias sociales no existen, [...] argumentan que no existe ningún principio dominante de diferenciación en este terreno” (Bourdieu, 2001: 104). Bourdieu cuestiona estas corrientes de la sociología y a partir de su teoría de la clase demuestra que, en el mundo contemporáneo, persisten relaciones sociales desiguales que ubican a unos en un lugar y a otros en otro; el mismo aporte lo hace el feminismo moderno (Miguel, 2002; 222), y de este principalmente las feministas socialistas, al denunciar que no todas las mujeres viven la misma realidad y que esto tiene que ver en gran medida con la pertenencia de clase.

Franklin Gil Hernández (2008), al igual que las feministas también reconocen que la categoría de clase social nunca perdió vigencia, así lo manifiesta la feminista Nancy Fraser, es en estos tiempos donde persisten las desigualdades originadas por la distribución inequitativa de los recursos (Fraser, 1997: 17), es en estos tiempos donde se hace más necesario incluir a la clase social como categoría para el análisis y la investigación social. Este es un aporte de los estudios de género, “El feminismo ya no puede centrarse únicamente en las diferencias de género, hay que entender cómo éstas están interrelacionadas con la clase, la sexualidad, la nacionalidad, la etnicidad o la raza” (Agra, 2000: 135).

Desde mi punto de vista -feminista militante- estoy de acuerdo en la pertinencia del uso de la categoría de clase social, por eso a lo largo de mi investigación, si bien no profundizo en su análisis, sí relaciono y analizo algunos de los temas a partir de la doble comprensión que hago de la clase social.

Una vez, más remarco que, en los primeros momentos de la investigación asumí, a priori, que para trabajar la relación de aborto y clase social, era suficiente hacerlo desde una sencilla comprensión de la clase social; la sociedad está dividida en tres clases sociales: clase media, alta y baja, cada clase agrupa a personas de similar condición económica. En el transcurso de la investigación, como ya lo mencioné, evidencié que para desarrollar un análisis a partir de la categoría de clase social no era suficiente hacerlo desde mi visión inicial planteada desde el sentido común y los aprendizajes generales de la sociología y las ciencias sociales.

La conceptualización y teorización de la categoría de clase social viene de distintas corrientes y paradigmas de pensamiento, -del funcionalismo, del marxismo, del constructivismo-.

La teoría marxista, es la más conocida, habla de la sociedad dividida en dos clases sociales antagónicas, dadas en términos estrictamente economicistas donde una clase (la minoría) es dueña de los medios de producción y la otra (la mayoría), solo tiene la fuerza de trabajo.

Desde el feminismo contemporáneo de la diferencia –afrodescendiente y latinoamericano-, ya se ha denunciado que el concepto marxista de clase social deja de lado aspectos más complejos que se involucran en las relaciones sociales. bell hooks feminista afrodescendiente (2004), en lo que tiene que ver con la lucha de clases y el feminismo, cita a Rita Mae Brow.

La clase es mucho más que la definición de Marx sobre las relaciones respecto de los medios de producción. La clase incluye tu comportamiento, tus presupuestos básicos acerca de la vida. Tu experiencia —determinada por tu clase— valida esos presupuestos, cómo te han enseñado a comportarte, qué se espera de ti y de los demás, tu concepción del futuro, cómo comprendes tus problemas y cómo los resuelves, cómo te sientes, piensas, actúas. Son estos patrones de comportamiento los que las mujeres de clase media se resisten a reconocer aunque quieran perfectamente aceptar la idea de clase en términos marxistas, un truco que les impide enfrentarse de verdad con el comportamiento de clase y cambiar en ellas mismas ese comportamiento. Son estos patrones los que deben ser reconocidos, comprendidos y cambiados (Mae, s/f).

Estas feministas comprenden que la definición de clase social tiene que ver con otras complejidades, que no solo se refieren a criterios puramente económicos.

El concepto de la clase social en términos economicistas ha sido tan trascendente y se ha instalado en las formas de comprender la realidad, en tal medida que hasta la actualidad, esta visión determinista prevalece en las lecturas de la realidad de algunos sociólogos, antropólogos y activistas feministas. Sobre esto Bourdieu dice:

Los científicos sociales como Marx, han tenido éxito en transformar lo que pudo haber quedado en una ‘construcción analítica’ en una ‘categoría popular’, esto es, en una de aquellas ficciones reales sociales impecablemente producidas y reproducidas por la magia de la creencia social (Bourdieu, 2001: 115).

Analizar al aborto y su relación con la clase social, desde este enfoque economicista, en mi parecer, es lo que ha generado una simplificación de la relación aborto y clase social. “Las mujeres siempre acuden a abortos inseguros. Las mujeres ricas no sufren pues tienen los recursos económicos. Este imaginario se encuentra instalado en los medios de comunicación, en algunas activistas feministas y hasta en los movimientos y colectivos feministas que usan las redes sociales. Esto se evidencia en consignas como: “las pobres mueren, las ricas abortan HIPÓCRITAS”; “las ricas hacen turismo abortivo; las mujeres pobres siempre acuden a servicios de aborto inseguro porque son pobres”.

Una lectura del aborto y la clase social desde la mirada antes mencionada, limita el análisis, puesto que por un lado invisibiliza que en esta relación existen matices y por otro lado, no permite identificar las particularidades del aborto en cada contexto.

En vista de que la práctica del aborto involucra, aspectos legales, morales, religiosos, culturales, de salud pública, entre otros, y no solo económicos, creo pertinente apelar a los planteamientos teóricos feministas modernos y contemporáneos (Miguel, 2002) y a los aportes de Bourdieu sobre la clase social.

Según la clasificación que realiza Ana de Miguel (2002) sobre los feminismos se destaca que en un primer momento del feminismo –feminismo premoderno- no se visibiliza la presencia de reivindicaciones relacionadas con la clase social y la situación de las mujeres, siglo XIII al siglo XVII. Es más adelante en el feminismo posmoderno que se puede ver una relación entre las reivindicaciones feministas, la clase social y el aborto. Entre la diversidad de corrientes feministas existen disidencias que tienen que ver con la clase social, las feministas socialistas insistían en:

...las diferencias que separaban a las mujeres de las distintas clases sociales. Así, aunque las socialistas apoyaban tácticamente las demandas de las sufragistas, también las consideraban enemigas de clase y las acusaban de olvidar la situación de las proletarias, lo que provocaba la desunión de los movimientos (Miguel, 2002: 233).

Las socialista también apelaban a la inclusión de las mujeres a la esfera productiva, de esta forma ellas pensaban que las mujeres pueden independizarse, topo este punto porque es en este escenario que la sociedad de la época pone como uno de los reparos para aceptar sus planteamientos, el elevado índice de abortos que se daban cuando las mujeres entraban al trabajo asalariado. Las socialistas también cuestionan la intervención del Estado en lo que tiene que ver con la regulación de la procreación

(Miguel, 2002: 235). Como se puede evidenciar en el debate de las feministas socialistas existe una relación entre el género, la clase social y el aborto. Hay que agregar que es en la época de los feminismos premodernos donde surge una organización feminista colectiva, se configura como un movimiento internacional, por esta razón empieza a ser más visible la diversidad de corrientes feministas, sus disidencias y acuerdos.

En lo que se refiere al feminismo contemporáneo se puede distinguir una variedad de corrientes: el neofeminismo, el feminismo liberal, feminismo radical, feminismo socialista, feminismos de la diferencia. Por un lado, en esta parte es clave rescatar el aporte de las feministas radicales quienes en los años setenta denunciaban de manera frontal que “El patriarcado se define como un sistema de dominación sexual que se concibe, además, como el sistema básico de dominación sobre el que se levanta el resto de dominaciones, como la de clase y raza” (Miguel, 2002; 242). Desde su planteamiento de ‘lo personal es lo político’ entraron a repensar temas referentes a la sexualidad, la familia y el aborto. Por otro lado, se encuentra el aporte de las feministas aliadas con el socialismo, quienes desde su perspectiva cuestionaron al mismo marxismo y al feminismo aduciendo que ellas:

...han llegado a reconocer que las categorías analíticas del marxismo son ‘ciegas al sexo’ y que la ‘cuestión femenina’ nunca fue la ‘cuestión feminista’, pero también consideraban que el feminismo es ciego para la historia y para las experiencias de muchas mujeres trabajadoras, emigrantes o de color (Miguel, 2002; 246).

Desde sus aportes reconocen la importancia de relacionar al género, con el patriarcado y el socialismo. Otro punto a rescatar dentro de la diversidad de los feminismos es la postura de las feministas de la diferencia, particularmente de las italianas, quienes si bien no enfatizaron el tema de la clase social, si apelaron a la lucha frontal por la despenalización del aborto, ellas en relación al aborto consideraban como “lo más inaceptable que las mujeres ofrecieran ese sufrimiento concreto a la intervención de la tutela del Estado” (Miguel, 2002; 250), confiaban en la decisión de cada mujer.

A partir de lo expuesto, se puede evidenciar cómo las diversas voces del feminismo se han referido al tema del aborto y la clase social; y de qué manera las feministas apelaron a los planteamientos de una lectura de la clase social no exclusivamente marxista.

Por su lado, Pierre Bourdieu, uno de los más importantes teóricos de la sociología actual, también plantea que la visión marxista sobre la clase social ya no es suficiente para explicar las lógicas de funcionamiento de las realidades contemporáneas.

En primer lugar este autor concilia las dos visiones más importantes de las ciencias sociales, el objetivismo y el subjetivismo; en la configuración de su concepto de clase social, esto quiere involucra que para el análisis se requiere mirar tanto las estructuras objetivas (lo concreto), cuanto las estructuras cognitivas. Ya en la realidad social, esté planteamiento teórico permite pensar a las personas, como:

...agentes sociales que no son simples autómatas que ejecutan reglas según leyes mecanicistas que se les escapan, pero tampoco se mueven por el cálculo racional en su acción: ni marionetas de las estructuras, ni dueños de las mismas (Pascal, 2001: 13).

A partir de lo citado y lo expuesto por las teóricas feminista, puedo decir que las mujeres que deciden abortar, serían estos agentes sociales que, a sabiendas que la interrupción de un embarazo es una transgresión a la norma, deciden hacerlo desde su razonamiento, cualquiera que sea; a la vez, estos razonamientos no son independientes de la realidad objetiva (el contexto). Bourdieu en su teoría habla del habitus -dice- es un sistema de disposiciones para actuar, sentir y pensar asociadas a la posición que ocupa el agente en un campo social determinado. El habitus es un sistema generador de prácticas, no es individual, es colectivo. Los agentes actúan y piensan desde su habitus, estas actuaciones y pensamientos los ubican en un grupo de pertenencia, al mismo tiempo, el habitus se configura a partir del grupo de pertenencia.

Con este concepto Bourdieu explica que en las sociedades hay una diversidad de grupos en los cuales nos ubicamos las personas. Actuamos, pensamos y sentimos en coherencia con esta ubicación. Los grupos sociales pueden ser organizados de manera jerárquica en la sociedad.

Al estar las mujeres ubicadas en un grupo social, su habitus (acciones y prácticas) responde al grupo al que pertenecen y de alguna manera este habitus es inconsciente.

Bourdieu en su teoría, usa la categoría de capitales. En esta investigación me referiré específicamente a estos, por cuestiones operacionales no profundizo en otras categorías formuladas por este autor. Él reconoce que “el capital es trabajo acumulado, bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o incorporada” (Bourdieu, 2001:

111). En la sociedad se configuran grupos sociales a partir del predominio de un capital. Cada capital tiene un tipo de poder o de valor dependiendo del campo social en el que se encuentren ubicados los grupos sociales y por ende, los agentes. Los tipos de capitales son:

Capital económico y sus diversas especies; en segundo lugar, *capital cultural* o mejor, capital informacional, también en sus diversos tipos; y en tercer lugar dos formas de capital que están fuertemente relacionadas, el *capital social*, que consiste en recursos basados en conexiones y pertenecía grupal, y *el capital simbólico*, que adoptan los diferentes tipos de capital una vez que son percibidos y reconocidos como legítimos (Bourdieu, 2001, 106).

Para la investigación, por cuestiones operativas he adaptado esta clasificación y categorización de los capitales de Bourdieu. Los he definido de la siguiente forma: capital económico como los ingresos del hogar; al capital cultural como la posesión de información específica sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y feminismo; al capital social como las relaciones sociales que generan contactos y oportunidades de acceso a trayectorias para el aborto. En lo que se refiere al capital simbólico, según Bourdieu, solo existe cuando uno o varios de los otros capitales han sido reconocidos e incorporados; cuando esto se da, los capitales se transforman en poder simbólico –el capital simbólico–.

Mi forma de entender el capital cultural y el capital social, basada en nociones que vienen de la práctica política de la teoría feminista, es que cuando estos dos capitales están reconocidos, interiorizados y puestos al beneficio del sujeto, se transforman en un tipo de posicionamiento político que tiene que ver con una manera específica de reapropiación y reconfiguración del cuerpo.

Esta transformación de los capitales, a la que me refiero influye en la toma de decisiones y en la manera de asumir la vida, por tanto, la concepción sobre el cuerpo se vuelve política, cuando esto sucede hablo de poseer un capital político. El ejercicio real de la soberanía del cuerpo –como la he definido-, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, correspondería a la objetivación -materialización- del capital político.

Cada mujer que hace una trayectoria hacia un aborto decidido, cuenta con capitales, estos capitales juegan y se conjugan y la ubican en un determinado grupo y posición social. En la trayectoria del aborto los capitales que cobran un valor significativo para llegar a una interrupción segura, en nuestro contexto –la ciudad de

Quito- son dos, por un lado el capital cultural, siempre y cuando la información con la que se cuente tenga que ver con el enfoque de derechos o feminismo; y, por otro lado está el capital social. Tiene que ver con los contactos que posibilitan los accesos a la información y a los servicios para llegar a un aborto seguro.

Explicar la relación clase social y aborto requiere de un análisis bastante profundo, a la vez, pertinente. La definición de Rita Mae Brown, antes citada, permite evidenciar la complejidad alrededor de la clase social.

Como ya lo mencioné, en este estudio, uso dos tipos de comprensión de la clase social. La una a partir de la categoría de estrato social, que proviene de las teorías funcionalistas de la clase social.

La posición de un individuo en el sistema de estratificación social es resultado, en suma, de las valoraciones que se realizan en torno a estos elementos o categorías estructurantes, y por ello ésta debe concebirse en términos de status, es decir, como ubicaciones en una escala de prestigio social (Sémbler, 2006:16).

La otra, a partir de los planteamientos de Pierre Bourdieu –Teoría sociológica contemporánea- que configura a la clase social desde la acumulación de los capitales económico, cultural y social.

Los argumentos de Bourdieu me sirven para reflexionar sobre las particularidades de las trayectorias de mis informantes, a partir de la posesión o no de un determinado capital. Por eso en la investigación se profundiza el análisis de clase desde Bourdieu.

Debo agregar que estas dos categorías teóricas desde donde estoy entendiendo y analizando la clase social -la de estrato socioeconómico y la clase desde los capitales de Pierre Bourdieu-, guardan puntos de convergencia. Las dos no solo se remiten a considerar variables puramente económicas, van más allá, incluyen otras que tienen que ver con la cultura, los accesos, las oportunidades, etc. Juntas estas dos comprensiones son entendidas y mencionadas como clase social.

Hay que destacar que una de las razones para abordar el estudio desde estas dos miradas corresponde a que, para el caso del Ecuador no existe una clasificación estándar de la sociedad en clases o estratos sociales. Lo que ha habido son metodologías que estratifican a la población, según lo indica Francisco Carrión, “la medición, ya sea de estrato o de nivel socio económico desgraciadamente en el Ecuador no está

estandarizada entonces cada investigación de alguna manera la inventa” (Carrión, 2012, entrevista) esta situación se reproduce en el Estado. Francisco Carrión (2012), también, explicó que hay que hacer una diferencia entre las categorías de estrato social y clase social. El estrato social se define a partir de variables cuantificables, mientras la clase social tiene que ver con variables cuantitativas, pero también con variables cualitativas (con las prácticas de clase). Para las encuestas se toma en cuenta el estrato socioeconómico; es complejo trabajar con la clase social (Francisco Carrión, 2012, entrevista).

Por no existir una forma, digamos rigurosa, que permita identificar con claridad y de manera estandarizada, cuándo un sujeto se encuentra en una u otra clase social, desde mi criterio, existe una distancia entre el autoreconocimiento de clase de los sujetos y las clasificaciones de estratificación social que se hacen en las investigaciones. Dentro de esta investigación, en un primer momento, se pidió a las informantes que se autodefinan según el estrato social al que pertenecen. Partiendo de la pregunta ¿Cuál es el estrato social en el que se ubica tu hogar? La mayoría de mujeres que dieron su testimonio se autoubican en el estrato medio; tres en el medio bajo; dos en el bajo y dos en medio alto; es necesario mencionar que estas categorías son las denominadas por las mujeres; sin embargo, en el capítulo cinco menciono en cuál estrato socioeconómico las he ubicado a partir de sus ingresos mensuales de hogar.

En un segundo momento, se preguntó a las informantes ¿Cuáles son los ingresos de su hogar? A partir de la clasificación metodológica de estrato social que usa la encuestadora Habitus, específicamente tomando en cuenta la variable de ingresos por hogar, yo clasifiqué a mis informantes, así, cinco estarían ubicadas en el estrato pobre; cinco en el bajo, tres en el medio bajo, una en el medio típico, dos en el medio alto.

Al comparar la ubicación autodefinida con la ubicación del estrato socioeconómico -Habitus- según los ingresos, se obtuvo un resultado no previsto. Existe una amplia distancia, entre la ubicación autodefinida y la asignada según los ingresos económicos, esto se dio en la mayoría de mujeres.

Ubicar a las mujeres en un determinado estrato social dado por ingresos mensuales es oportuno en la medida que se plantea conocer la relación del estrato socioeconómico dado por los ingresos con la ruta que siguió cada una de las mujeres y se trabaja con la clase para indagar sobre cuestiones más cualitativas de la clase social.

Antes de cerrar esta parte considero que es importante mencionar que en la actualidad, gracias a los aportes del feminismo y de los análisis teóricos de las clases sociales existen propuestas académicas de investigación que cruzan el género, la etnia y la clase social, una de ellas es el estudio que se realiza en la antropología de la reproducción donde se aborda la categoría de clase social y desigualdad social, para referirse al acceso de las tecnologías de reproducción y a la forma de recibir un tratamiento o información médica (Rapp, 1999). Así por ejemplo para Rayna Rapp en su obra *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America* (1999) explica que las diferencias de acceso a los servicios de salud incluyen pero no se limitan a la raza, grupo étnico, cultura, clase social, poder y sexo, sino que además se incluyen aspectos como la educación local, comunidad, historia familiar y auto identidad (Rapp, 1999); a través de un trabajo etnográfico de observación en varias clínicas en donde se ofrecen servicios y pruebas genéticas, la autora analiza la forma cómo intervienen en el tipo de información estas categorías sociales. Rapp concluye – y en esto aporta a los planteamientos de esta tesis- en que para el caso de la amniocentesis, no existen políticas universales ni regularizadas, ni correctas de proveer información y ofrecer pruebas genéticas a las mujeres. En este sentido, en la actualidad las mujeres no tienen la posibilidad de elegir de entre aquellas tecnologías relacionadas con la salud sexual y reproductiva según sus necesidades, historias de vida, condición étnica, y clase social... (Rapp, 1999). Así la autora plantea que existen usuarios/ consumidores/ pacientes, que finalmente no pueden elegir. Esta problemática se profundiza aún más en el tema del aborto en un país como el Ecuador porque el aborto decidido es ilegal.

En esta investigación, para analizar y por cuestiones operativas, los planteamientos teóricos y conceptuales, los trabajé a partir de la construcción de una serie de matrices que me permitieron sistematizar la información recogida en los testimonios, identificar el estrato social dado por los ingresos y establecer una relación con el ejercicio de la soberanía del cuerpo y el acceso a una ruta de aborto seguro.

CAPÍTULO II. DEBATES Y OPINIÓN PÚBLICA SOBRE EL ABORTO

En lo que se refiere específicamente al tema de la legalización del aborto y la opinión pública, no hay un discurso homogéneo, existen varios y el que en la actualidad domina, es un discurso conservador. Parecería que todos los debates y las posiciones alternas, que defienden el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos, no resuenan y no se constituyen en un discurso fuerte en la opinión pública quiteña.

El presente capítulo tiene como objetivo revisar las tensiones que se dan en el contexto latinoamericano y ecuatoriano a partir de la posibilidad de legalizar o despenalizar el aborto.

Existe diferencia entre legalización y despenalización del aborto. La legalización del aborto tiene que ver con un proceso paulatino de ampliación de causales para permitir la legalidad de la práctica, el fin último de este proceso es llegar a la despenalización total del aborto. La despenalización busca que toda práctica de aborto sea legalizada de manera inmediata, que no existan restricciones de ningún tipo por parte del Estado, por ejemplo, el tiempo de gestación; plantea que no es necesario pasar por un proceso paulatino de ampliación de causales, que lo único que tiene que primar es la decisión de las mujeres.

Hago esta aclaración porque tanto la despenalización como la legalización del aborto son los ejes de este capítulo. Topar estos temas permite contextualizar la problemática del aborto, establecer una relación con la realidad ecuatoriana y además, posibilita conocer los discursos que les llegan a las mujeres que transitan por las rutas al aborto.

En la primera parte hago referencia a la Agenda Feminista de América Latina y los debates que se han generado con relación a las posibilidades de legalizar o no el aborto. En la segunda parte reviso la situación ecuatoriana, momentos claves, actores, momentos coyunturales; y; en la última parte de este subtítulo presento los resultados de la encuesta sobre opinión pública y aborto, realizada en la ciudad de Quito, establezco un análisis y contrastación de los discursos presentados en los acápite anteriores.

Agenda feminista latinoamericana

En los estados modernos se ha dado un conjunto de transformaciones que han generado cambios en la vida tradicional de las personas, dando lugar al nacimiento de un orden social moderno, en donde la regulación social de la sexualidad y la reproducción es un eje estructurador de la vida.

Según, Claudia Bonan (2003: 21), estas transformaciones conducen a la configuración de otras modernidades, donde por ejemplo, de una organización de la vida dada por el Estado, se pasa a una organización de la vida dada por procesos de reflexividad de los sujetos y las instituciones, en este escenario, los sujetos e instituciones se interpelan sobre la vivencia de la sexualidad y el control de la reproducción.

En este contexto se inscriben las demandas de los grupos feministas que confrontan las posiciones tradicionales con las nuevas miradas que obedecen a esta reconfiguración de la modernidad.

Esta autora explica que los ideales de igualdad, libertad y fraternidad en los estados modernos se instalaron en el espacio público, mientras en el espacio privado – básicamente la familia- quedaron intactas las estructuras tradicionales (jerarquización, subordinación de unos hacia otros, imposición). Lo que hace el feminismo radical, el liberal y el de la diferencia es visibilizar esta dicotomía y sacar del espacio privado la forma como se vivencia la sexualidad y el control de reproducción.

El actual debate político en torno a la regulación social de la sexualidad y la reproducción –en el cual el discurso feminista sobre derechos sexuales y reproductivos ha asumido un lugar central-, encierra algunos de los más importantes procesos políticos, culturales e institucionales relacionados a cambios de la modernidad contemporánea (Bonan, 2003: 21).

Los grupos feministas entran en un proceso reflexivo e interpelante sobre la configuración de una sexualidad y reproducción controladas. Al poner en el tapete, en el espacio público, temas que se encontraban tradicionalmente confinados al espacio privado, son comprensibles los debates, las confrontaciones y las ambigüedades. La configuración y demanda de los derechos sexuales y reproductivos se constituye en una estrategia para salir de este control.

El acceso al aborto legal, seguro y gratuito es una de las demandas más importantes del feminismo, este planteamiento se enmarca en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En América Latina, las feministas han planteado la interrupción de un embarazo no deseado desde diversas perspectivas: como un asunto de justicia social, como una cuestión de salud pública, y como una aspiración democrática. No obstante la contundencia de sus argumentaciones, han sido ignoradas por sus gobiernos e incluso las han acusado de retomar una exigencia del primer mundo, ajena a la realidad latinoamericana (Lamas, 2008:66).

Ya en los años veinte y treinta, aunque pocas, las feministas se refirieron al aborto (Lavrin: 2005: 225) como un tema que debía ser debatido en el espacio público. Como se puede ver en el capítulo I y en lo citado, los debates por la legalización del aborto no son recientes, el aborto ha sido uno de los temas estratégicos para la agenda feminista, desde hace como más de 90 años. En la actualidad, los debates y las acciones se centran en la reconfiguración positiva de las legislaciones frente a la práctica del aborto.

Legalización y políticas públicas

Mala Htun en su libro *Sexo y Estado*, menciona que “Varios países de América Latina fueron los precursores en el área de leyes del aborto” (Htun, 2010: 196), a la vez, ella se interroga sobre la razón por la cual estos países en los actuales momentos presentan escenarios ambiguos, en unos casos se retrocede, en otros hay apertura, en otros restricciones. En este panorama, resulta complejo incluir el tema del aborto en las agendas políticas y sociales de cada uno de los estados.

En América Latina los países que prohíben todo tipo de aborto son República Dominicana, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Chile; entre los que aceptan el aborto en caso de riesgo a la salud física de la madre están Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia; los que lo admiten en caso de riesgo a la salud mental de la madre son Colombia, Perú y Bolivia; en países como Colombia y Bolivia se permite abortar en caso de violación o incesto; en Colombia se puede abortar cuando hay casos de malformación del feto. En Canadá, Estados Unidos, México, Cuba y Uruguay se acepta el aborto por motivos sociales y económicos, el aborto es admitido en todos los casos (Naciones Unidas, 2012).

Debido a las complejidades y tensiones que este tema convoca, la legalización del aborto ha resultado un proceso largo y desgastante para lograr avances. Así tenemos como ejemplo los casos de Colombia y de Uruguay.

Colombia después de ser uno de los países que no admitía el aborto bajo ninguna causal, en el 2006 vivió un proceso de movilización social sus actores principales fueron los movimientos feministas, que alcanzaron que se despenalice el aborto terapéutico y el aborto por violación “La despenalización parcial del aborto en Colombia ha marcado un hito histórico en los debates jurídicos contemporáneos y neoconstitucionalistas. Por primera vez en cien años, se da la posibilidad a las mujeres colombianas que decidan qué hacer frente a un embarazo” (Balanta, 2009: 234). Sin duda, éste fue un avance significativo.

En el 2011, el Senado Uruguayo aprobó el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que despenaliza el aborto bajo todas las causales, las mujeres uruguayas pueden hacer uso de este derecho siempre que lo decidan hasta las 12 semanas de gestación y después de someterse a diagnósticos médicos (AWID, 2012). Uruguay ya en el 2004 debatía Proyectos de Ley relacionados al aborto (Htun, 2010: 16) y es apenas en el 2012 cuando se llegó a la legalización.

Cada país tiene sus particularidades, a la vez, cuando se trata de temas que involucran a las mujeres y sus derechos, la mayoría de países latinoamericanos mantienen leyes y políticas públicas que contienen en esencia ideas conservadoras en relación a que sean las mujeres quienes decidan sobre interrumpir o no un embarazo.

Mala Htun (2010), investigadora feminista en temas de feminismo, violencia y ciencias políticas, realiza un análisis del debate sobre el aborto en Argentina, Brasil y Chile y establece una comparación entre las legislaciones de los períodos dictatoriales y la transición a la democracia. La autora demuestra que paradójicamente, el retorno a la democracia en estos países no necesariamente significó un aspecto de avanzada para la legalización del aborto; tampoco lo fue el llamado desarrollo económico. Por ejemplo, Chile -uno de los países más modernizados en materia económica- no admite el aborto en ninguna circunstancia, “En Chile se permitió el aborto terapéutico hasta 1989, año en que el gobierno de Pinochet modifica el Código Sanitario para prohibir todo tipo de aborto” (Htun, 2010: 197) y hasta la fecha se mantiene la restricción. En Argentina y Brasil se acepta el aborto terapéutico; particularmente en Argentina, recientemente y

gracias a fuertes presiones por parte de los grupos de activistas feministas se acaba de admitir la causal que aprueba el aborto en caso de violación.

Htun lo que visibiliza con su estudio es que pese al grado de desarrollo económico, político y social de un país, persiste una cosmovisión en relación a la negación del aborto. Esta negación va más allá del aborto como tal, tiene que ver con las estructuras mismas de los estados que se sostienen en la estructura patriarcal, específicamente en la idea de la maternidad obligatoria y el cuestionamiento a que sean las mujeres quienes decidan ser o no madres.

Al parecer los países de América Latina tienen en común rezagos de una tradición marianista, que se encuentra enquistada y de manera implícita en las leyes y en las políticas públicas. El marianismo es una expresión colonialista del patriarcado. Norma Fuller (1995) escribe sobre la tradición marianista –culto a la virgen María- en América Latina y hace referencia a otras autoras que le antecedieron.

Al estudiar el caso específico de las culturas mestizas de América Latina, Evelyn Stevens (1977) acuña el término marianismo para designar el culto a la superioridad espiritual femenina que predica que las mujeres son moralmente superiores y más fuertes que los hombres. El culto a la Virgen María proporciona un patrón de creencias y prácticas (cuyas manifestaciones conductuales son la fortaleza espiritual de la mujer, paciencia con el hombre pecador, y respeto por la sagrada figura de la madre). Esta fuerza espiritual engendra abnegación, es decir, una capacidad infinita para la humanidad y sacrificio. Ninguna autonegación es demasiado grande para la mujer latinoamericana... (Fuller, 1995: 243).

Las políticas públicas latinoamericanas no confrontan esta construcción del sujeto mujer ligado a la maternidad como designo. La legalización del aborto se torna completamente en contra de la tradición marianista y rompe con el imaginario de la mujer abnegada que no puede renunciar a los sacrificios que implica la maternidad obligatoria.

Otro aspecto que tienen en común los países latinoamericanos es que mientras en el discurso se reconocen como estados laicos, en la práctica, en la formulación de leyes y políticas públicas no se respeta este principio.

Según la investigación de Ángela María Panqueva (2007: 12), el modelo de Estado laico comenzó a tener vigencia efectiva al inicio de la modernidad. El laicismo reconoce la libertad de cultos e instaura una separación entre los preceptos religiosos y la organización política de los Estados, si bien es cierto, la inclusión de este principio laico, le da un giro a la forma de construir la política pública en la región, también, es

cierto que las iglesias, especialmente, la Católica, hasta la actualidad, no se han separado del todo de los estados. Panqueva recoge los estudios de Edgar González Ruiz y puntualiza que:

Todas las constituciones latinoamericanas reconocen la libertad de cultos; sin embargo, varias de ellas establecen un estatus privilegiado para la Iglesia Católica. Dentro del conjunto, las constituciones que mantienen preceptos que subrayan el laicismo y la separación entre el Estado y la Iglesia son: México, Nicaragua, Cuba y Uruguay. Las demás constituciones [...] expresan una variedad de relaciones con el clero que van desde el reconocimiento del privilegio de la Iglesia Católica y su sustento (Bolivia); hasta el establecimiento de relaciones orgánicas (Argentina y Costa Rica); y, la invocación a Dios (Guatemala, El Salvador, Perú, Panamá, Paraguay, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Honduras, Brasil, Argentina y Venezuela). (Panqueva, 2007: 12)

Aclaro, que la Constitución del Ecuador del 2008 no invoca el nombre de Dios. En la práctica, los estados laicos no se han deslindado de la participación de las creencias religiosas para la construcción de política pública.

Con diversos recorridos y en diferentes grados de intensidad, la Iglesia Católica ha tenido y continúa teniendo una presencia central en los países latinoamericanos. Además de haber sido un actor histórico fundamental, la Iglesia Católica ha impreso rasgos característicos que forman parte de la cultura regional. Podemos decir que como aliada o crítica de las políticas estatales, complacientes o revolucionarias, funcionales o ideológicas, la Iglesia ha jugado roles diferenciados en distintos países y en distintos momentos (Panqueva, 2007: 12).

Los estados de América Latina al mantener en sus estructuras estatales y en las prácticas cotidianas aspectos relacionados al marianismo y al mismo tiempo reconocer la laicidad, tienen como resultado la presencia de escenarios donde se conserva la presencia de la religión en la política pública. Es así, que en la región, no existe una única corriente generalizada, ni de avanzada, ni de retroceso frente a la legalización del aborto.

Debates y actores

En la región nos encontramos con estados que enfrentan transformaciones profundas en sus dinámicas, tanto globales, como locales; contamos con la presencia de una jerarquía de la Iglesia Católica que se mantiene, a pesar del tiempo y la pluralidad del sentido religioso; también, aparecen en escena una gama de movimientos feministas reivindicando el ejercicio de derechos y la búsqueda de justicia social, particularmente

para las mujeres; grupos conservadores; instancias internacionales como las Naciones Unidas que se interesan por participar y promover los debates.

Existen otros actores, a la vez, los mencionados se ubican como claves para la aprobación o desaprobación de políticas públicas relacionadas al aborto. Cada actor cuenta con un enfoque y argumentos distintos, esto ha dificultado llegar a consensos en relación a admitir el aborto.

A continuación describiré brevemente cual ha sido el rol de estos actores en los debates por la legalización del aborto.

En la última década, han aparecido en la escena regional grupos de jóvenes feministas, a la vez, también grupos fundamentalistas que se apoyan en preceptos y creencias religiosas, su objetivo es presionar y persuadir a los gobernantes y autoridades sobre la necesidad de mantener las estructuras tradicionales con respecto al ejercicio de la sexualidad.

En los últimos años, estos grupos, que hasta entonces se habían desenvuelto exclusivamente en ciertos espacios (sobre todo en el terreno educativo de las clases altas y en ciertas alas de la iglesia), se han movilizado hacia otras esferas y han empezado a trabajar de un modo más directo con otras instituciones y con el Estado (Mujica, 2007: 32)

La Iglesia Católica se interesa principalmente en temas relacionados con la vivencia de la sexualidad, y no cede “...en su defensa de una moral sexual única. La iglesia sigue siendo en Latinoamérica un actor fundamental para la institucionalización de normas legales y morales relacionadas al género y a la sexualidad” (Panqueva, 2007:12).

Es importante visibilizar que la postura de la Iglesia Católica frente al aborto no siempre fue tan radical, es en los últimos años que esta institución prácticamente se organiza para realizar activismo en contra de la legalización del aborto, recluta personas, las capacita y las dota de recursos y estrategias para cumplir con sus metas. Según Mala Htun:

Fue solo a finales del siglo veinte que surgió un movimiento que proponía ideas alternativas con respecto al aborto. El consenso social general que consideraba el aborto como moralmente malo le hacía sentir a la Iglesia que su postura no correría riesgos, por lo que optó por no oponerse a algunas de las primeras reformas liberalizadoras de las leyes del aborto. Después de mediados del siglo veinte, la difusión de ideas liberales feministas en relación con el aborto electivo obligó a la iglesia a defender con firmeza la santidad de la vida embrionaria en todas las circunstancias (Htun, 2010: 48).

Desde lo anterior, es evidente que la jerarquía de la iglesia católica y evangélica, y los grupos pro-vida, más que oponerse al aborto por una tradición o creencia religiosa lo hacen para conservar sus intereses y su rol en la sociedad. Por su parte los gobernantes y los partidos políticos prefieren no contradecir la postura de la Iglesia con el fin de no perder el apoyo político de esta institución. En este juego de intereses el reconocimiento del laicismo como política de estado se diluye.

Los grupos pro-vida son grupos de católicos militantes, mujeres y varones, entrenados por la Iglesia Católica en códigos de conducta y códigos de castigo. No son improvisados ni espontáneos. Son los exponentes de una organización inteligente, que piensa, planifica y tiene su agenda (Mizrahi, s/f: 59).

La Iglesia Católica y los grupos pro-vida constituidos en actores sociales y políticos, censuran la legalización del aborto y se prefiere no ponerla en cuestión y cuando por las presiones de grupo pro-derechos el tema entra en el debate público prevalecen visiones moralistas que incluso niegan la existencia de problemáticas sociales o de salud. Desde mi punto de vista, mientras los estados laicos mantengan sesgos patriarcales y vinculaciones religiosas, el ejercicio de la soberanía del cuerpo, no tiene garantías, particularmente si se trata del aborto.

Diversos grupos de activistas feministas, por ejemplo en el Ecuador la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, han exigido políticas públicas con un enfoque laico y también han apoyado a la construcción de normativas menos restrictivas. Estos grupos se han convertido en actores sociales importantes en el debate de la legalización del aborto.

En esta diversidad del activismo feminista también está la presencia de mujeres, que se reconocen como parte de la Comunidad de la Fe de la Iglesia Católica y que no son parte de las jerarquías. Esta es una nueva corriente, cuyos planteamientos frente al aborto son:

Tener el derecho al aborto no significa tener la obligación de hacerlo, el derecho al aborto es poder actuar y decidir sobre el propio cuerpo considerando responsablemente los distintos escenarios que rodean a una situación. El aborto es una decisión que la mayoría de las mujeres realiza apelando a su conciencia, analizando detalladamente la situación que la rodea (Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, 2010).

Esta red de mujeres Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), han tomado fuerza en la región. Tienen entre sus principales objetivos la legalización del aborto y la defensa del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. CDD es un ejemplo de cómo funcionan las lógicas de la globalización, que también han alcanzado a las agrupaciones feministas, se extienden y usan medios de comunicación masiva. CDD está presente en Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, El Salvador, Nicaragua, México, Paraguay y el Perú.

Su trabajo activista es muy importante en la promoción de los derechos humanos, puesto que como lo explica Panqueva “estas redes, entre otras cosas, han implementado nuevos mecanismos de control y garantía de los derechos humanos en el ámbito global, han desarrollado también estrategias de cooperación para que sus esfuerzos y activismo hagan eco dentro de las políticas domésticas de los Estados” (Panqueva, 2007:4).

Otra organizaciones no gubernamentales importante en el campo del activismo feminista es Women’s Link Worldwide, su traducción al español es Conexión Mundial de Mujeres, en ámbito local encontramos a ONG como Fundación Desafío, La Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Colectiva Salud Mujeres y Católicas por el Derecho a Decidir, todas forman parte del Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Humanos.

La Organización de las Naciones Unidas en la actualidad también es otro de los actores más importantes cuando de derechos humanos se trata, en 1997 definen al enfoque de derechos como el eje central de sus intervenciones (Naciones Unidas, 2003: 2), es bajo su financiamiento que ha sido posible la realización de una serie de convenciones que trataron sobre los derechos de las mujeres. Por mucho tiempo esta entidad dio las pautas para que se reconozca e involucre a las mujeres en propuestas de desarrollo en los diferentes países de América Latina. En relación al aborto, su participación tiene que ver más bien con el apoyo y asesoramiento para las organizaciones feministas de mujeres y los gobiernos.

En los debates sobre la despenalización del aborto, los estados son otros actores políticos. En América Latina históricamente han funcionado bajo la lógica del doble discurso, por un lado, se legitima el ejercicio de los derechos humanos, se firman

acuerdos, se gestionan recursos internacionales; y, por otro, muchas de las leyes que transgreden derechos siguen vigentes. En la práctica se reconocen algunos derechos humanos de las mujeres y a otros se los transgreden. La legalización del aborto, entendida como un tema de derechos humanos sexuales y reproductivos, se ha visto gravemente afectada por este doble discurso. Hay países, en los que las políticas públicas han incorporado un enfoque de género adecuado o por lo menos lo intentan; sin embargo, ya en las prácticas cotidianas persisten los vicios del conservadurismo social (Htun, 2010: 24).

La dinámica de los estados modernos posterga e invisibiliza algunas problemáticas sociales, una de ellas es el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Esta situación ha generado que grandes organizaciones transnacionales identificadas con los derechos humanos y otras de tipo religioso, asuman esta responsabilidad social.

Como se ha visto, en el juego social confluyen estos y otros actores sociales, debido a la diversidad de su naturaleza, intereses, posturas y dinámicas difícilmente se ha podido llegar a acuerdos para la legalización del aborto.

Considero que un paso primordial que apoyaría llegar a un consenso es que los Estados que se reconocen como laicos pongan en práctica este principio y elaboren políticas públicas sin la presiones de grupos fundamentalistas. El fin último es el libre ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la sociedad, especialmente los de las mujeres.

Desde mi punto de vista, es pertinente en América Latina hablar de legalización del aborto, lo que involucraría que los estados trabajen en políticas públicas, gestionen recursos y definan órganos reguladores. La legalización implica un proceso de reflexión social y política, asegura en la medida de lo posible que los Estados y la sociedad civil formulen estrategias para que las políticas públicas se conviertan en prácticas cotidianas, así lo plantea Tamar Pitch.

Muchas mujeres prefieren [...] una ley a la simple despenalización no sólo porque piensan [...] que una ley tutela mejor, sobre todo a las mujeres con escasos recursos económicos y culturales, sino también por otras dos razones. La primera: se confía en el potencial simbólico de una ley, que al acoger el principio de autodeterminación, podría terminar consagrándolo. La segunda: una ley que dispusiese un aborto a cargo de los hospitales públicos abriría paso a una extensión del control estatal y burocrático en el ámbito privado, pero también abriría

[...] nuevos espacios de negociación y de conflicto precisamente con los poderes públicos (Pitch, 2003:16, citada en Pareja, 2008: 126).

Legalizar el aborto representaría mejorar la calidad de vida de las mujeres. Significaría visibilizar que la libertad, igualdad y fraternidad deben ponerse en práctica, tanto en la esfera privada, cuanto en la pública (Pateman, 1995: 22).

La legalización del aborto es prioritaria para la política pública, no hacer nada frente a las problemáticas que acarrea la práctica ilegal, igualmente, se constituye en tipo de política pública (Meny y Thoening, 1992: 89); una política que transgrede el ejercicio de derechos, particularmente los de las mujeres. Que los gobiernos tomen acciones sobre el aborto, dependerá en gran medida, del enfoque de género que haya asumido el Estado y de la organización y movilización de los grupos que lo defienden.

Desencuentro entre las leyes y las prácticas

En América Latina las mujeres abortan independientemente de su etnia, nacionalidad y clase social; y, del carácter ilegal de esta práctica. En Estados Unidos, donde el aborto es legal, la organización Guattmacher Institute realizó un estudio cuyos resultados han sido difundidos en un video en el cual se menciona que las mujeres hispanas y afroamericanas son quienes tienen una mayor probabilidad de tener un aborto puesto que ellas viven grandes desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, en el acceso a la educación, o a un empleo, también menciona que cuando el aborto es legal hay un menor número de abortos (Guattmacher Institute, 2010).

En el mismo video se reconoce que el uso de anticonceptivos es una clave para no llegar a un aborto, también, -dice- “siempre habrá mujeres que necesiten de un aborto, por esta razón, el acceso a la práctica del aborto debería ser un servicio de salud y tendría que estar cubierto por los seguros públicos y privados, pues todas las mujeres tienen el derecho de tener un aborto seguro y digno” (Guattmacher Institute, 2010). Si esta es la realidad de las mujeres hispanas en un país donde el aborto es legal, el escenario se plantea mucho más complejo en los países donde el aborto es ilegal, las mujeres, de igual manera, viven en relaciones de inequidad, violencia y pobreza.

Para hablar del desencuentro entre las leyes y la práctica hay que evidenciar que si existen políticas públicas que buscan mejorar la calidad de vida de las mujeres, a la vez, en la práctica existen trabas para su aplicabilidad.

Este escenario se agudiza, cuando de derechos sexuales y reproductivos se trata, por ejemplo, los estados demoran y aplazan la legalización y difusión del uso de ciertos medicamentos para la salud sexual de las mujeres, este es el caso de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia, -la pastilla del día después-.

En países donde el aborto es ilegal las mujeres utilizan, para interrumpir un embarazo, medicamentos prescritos para otras afecciones, como el misoprostol que se receta libremente para afecciones gástricas y otras ginecológicas. Este medicamento provoca abortos, por ello es usado para este fin. Si bien es cierto el medicamento como tal es legal en el Ecuador, difícilmente se puede comprar sin receta médica. Cuando las mujeres usan el misoprostol de manera incorrecta se exponen a abortos decididos, en condiciones de riesgo que pueden provocar la muerte. De hecho, según la OMS son miles las mujeres que se practican abortos riesgosos y mueren.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que a nivel mundial se realizan aproximadamente 20 millones de abortos inseguros cada año, los cuales ocasionan 78.000 muertes, casi la totalidad de ellas en países en desarrollo y, evidentemente, en países con legislaciones restrictivas que obligan a la mujer a recurrir [...] a procedimientos, que ya fueron considerados en la Plataforma de Beijing como un problema de salud pública (Balanda, 2009: 243).

La información presentada se constituye en evidencias de que la práctica del aborto ocurre, independientemente de las sanciones legales, es en este punto que existe un desencuentro entre lo que plantea la ley y las necesidades y prácticas de las mujeres. Cuando las mujeres deciden por un aborto lo hacen desde su urgencia, sin importar tanto las cuestiones legales, morales o incluso médicas, para finalizar es importante recalcar que como ya se mencionó cuando el aborto es legal los abortos disminuyen (Guattmacher Institute, 2010).

El debate del aborto en Ecuador

Es hace aproximadamente una década que se puede decir que existe un debate público sobre el tema del aborto en el Ecuador. En estos años la población ecuatoriana, debido a irrupciones coyunturales, se ha visto convocada a hablar sobre aborto.

Los debates han estado relacionados, principalmente, con temas que se enmarcan dentro de lo legal, actualizaciones de leyes y lo médico, acceso a ciertos medicamentos.

Así lo deja ver la revisión de las publicaciones de medios de comunicación impresa. Se destaca, que en estos medios cuando se tratan temas sobre el aborto –legales y médicos– existe una presencia mayor de notas que visibilizan la posición del gobierno y de la jerarquía de la Iglesia Católica, la voz de las organizaciones relacionadas a derechos de las mujeres, y especialmente a derechos sexuales y reproductivos, no tienen una presencia importante.

Lo antes mencionado permite evidenciar que en el debate sobre el aborto, si bien, encontramos a algunos actores, no todos los discursos y posiciones se presentan o se difunden de la misma manera. Es decir, no todos los discursos llegan, en iguales condiciones, a la población que configura una opinión pública frente al aborto.

Después de haber hecho esta contextualización general, a continuación detallaré algunos hitos y el rol, posiciones y particularidades de los actores que, se encuentran en la esfera pública cuando se debate sobre la temática del aborto.

Hitos y actores

La Constitución de 1998 marca un hito importante para el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el Ecuador. Antes de esta fecha, el Estado, mantenía una concepción limitada del significado de estos derechos, se pensaba, por ejemplo, que se los promovía a través de los modelos de atención materno-infantil y la planificación familiar, que se encontraban dentro de la agenda de políticas públicas del país.

Después de la aprobación de la Constitución de 1998, el país empieza a incorporar a los derechos sexuales y reproductivos dentro de la agenda pública (León, 1999), Varias entidades públicas y privadas recogen y visibilizan información relacionada al ejercicio de estos derechos.

En el 2003 el Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres CLADEM, realiza un informe sobre el balance regional y nacional con respecto a la situación de los derechos sexuales y reproductivos (CLADEM, 2003), se hace una referencia general sobre el significado y la importancia de estos derechos, “son importantes, además, porque garantizan y afirman nuestro disfrute de la sexualidad como fuente de desarrollo personal, a la autonomía, al control sobre nuestro propio cuerpo y al ejercicio de nuestra sexualidad en condiciones de

igualdad, libres de todo tipo de violencia...” (PRODH, 2007: 16-17). El tema de aborto ya se incluye en este informe.

El CLADEM (2003) indica que en el Ecuador, en el período 1995 al 2000: se calcula que el aborto provoca alrededor de 20000 egresos hospitalarios; la muerte por abortos reportados es de 0.14 % en 1994 y de 0.08% en 1996. El aborto se configura como un problema de salud pública.

En el período 1995 al 2000 el Estado ecuatoriano creó entidades y planes con temas relacionados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (CLADEM, 2003), consideró que la creación de entidades era una de las estrategias principales para enfrentar las problemáticas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos; incluido el aborto. En los noventa se estructuró el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), la Comisión de la mujer, el niño, la familia del Congreso Nacional, las Comisarías de la Mujer, Oficina de defensa de los derechos de la mujer en la policía – ODMU-. Se trabajó en la implementación de políticas públicas. En esta década se iniciaron programas piloto de salud sexual y reproductiva con adolescentes; en 1995 se expidió la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna y la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia; en 1996-2000 se promulga el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades; entre 1997 y 2003 el “Programa País” para la salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas; en 1997 se declara como inconstitucional la penalización de la homosexualidad; 1998 se aprueba la Ley de la Sexualidad y el Amor; 1998 se establece el Plan Nacional de Derechos Humanos donde se establece un capítulo para Derechos de la Minorías Sexuales, por primera vez se incluyen en la Constitución los Derechos Sexuales y Reproductivos, se aprueban reformas a la Ley de Maternidad Gratuita, el Ministerio de Salud autoriza el uso de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia; en 1999 el Ministerio de Salud, se publica las Normas y Procedimientos de Atención y Salud Reproductiva y se creó el Primer Tribunal de Mujeres por los Derechos Sexuales; 2007 Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; 2011 Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Otro de los hitos importantes para el Ecuador en tema de derechos sexuales y reproductivos es la Constitución del 2008, “El Ecuador cuenta con una Constitución que

garantiza el derecho a la vida, a la salud integral y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos [...]. Esta Constitución se constituye en una de las más progresistas de América Latina” (Gómez, 2010: 107). En esta Constitución se aprueba la unión de hecho entre personas del mismo sexo. En lo referente al aborto, se destaca que si bien, no se amplían las causales, tampoco se da un retroceso aunque los grupos Provida exigían que se elimine el aborto terapéutico.

En el Ecuador el aborto no fue un tema fuertemente visibilizado por la opinión pública hasta el 2008. Antes de esta fecha únicamente se había presentado una propuesta para reformar el Código Penal vigente, en la parte referente a los delitos de explotación sexual y las causales de aborto, en el 2005 (Castello, 2008: 20). La propuesta no fue aprobada y tampoco existió cobertura importante por parte de los medios de comunicación.

Un año después, integrantes del Partido Social Cristiano apoyados por la Conferencia Episcopal Ecuatoriana y otras organizaciones de élite y pro-vida -fundamentalistas-, presentaron una demanda al Tribunal Constitucional, para exigir la prohibición del medicamento Postinor -píldora del día después-, argumentando que se trataba de un medicamento abortivo. El tribunal acepta la demanda y prohíbe la venta del Postinor.

El CONAMU y varias organizaciones que defienden los derechos sexuales y derechos reproductivos, reaccionaron y consiguieron que el Tribunal explique que la restricción involucraba a la marca comercial Postinor y no al genérico levonorgestrel.

El hecho anterior corresponde a un ejemplo de la influencia de los grupos pro-vida en las instancias estatales de nuestro país. Se dejaron de lado estudios científicos y se propagó un discurso que ubicaba al Postinor como un medicamento abortivo, los meses de junio y julio del 2006 capturaron la atención de la opinión pública.

Dos años más tarde, el Ecuador se encuentra en un nuevo proceso político. Se debate la construcción de una nueva constitución. En este sentido Castello (2008) y Maldonado (2008) dos investigadoras, realizan estudios minuciosos y rescatan que, en la última década la Constitución del 2008 corresponde a la coyuntura política más representativa, en lo que se refiere a la visibilización del aborto en la opinión pública. Incluso, varias organizaciones publicaron artículos y textos relacionados a esta coyuntura (Maldonado, 2008:10).

Los medios de comunicación, en este momento político, también jugaron un rol importante para colocar el tema del aborto en el debate de la opinión pública. El diario *El Comercio*, durante los años 2007 y 2008, trató el tema, únicamente en momentos coyunturales; por ejemplo, en los meses de abril y marzo, este medio de comunicación no presentó ninguna información sobre la temática, solo lo hizo respecto del proceso de la constituyente, nada más. Es a partir del mes de junio hasta el mes de noviembre del 2008 que se visibiliza con fuerza el debate. El mes de agosto es el que más información presenta, mientras que en el mes de diciembre el aborto parecía esfumarse de este medio de comunicación impresa y de la esfera pública.

La información publicada en este medio sobre el tema, en su mayor parte, se refirió al debate político y legal en la Asamblea Nacional y a las acciones de los movimientos pro-vida frente a este proceso, estos calificaron a la Constituyente del 2008 como abortiva. Durante los debates en la Asamblea se evidenció lo antes mencionado en el contexto regional, el principio del laicismo no es respetado. El Estado no corta vínculos con la Iglesia Católica.

En el diario *El Comercio* (Política, 5 de julio del 2008: 6) uno de los titulares dice: “El tema del aborto preocupa políticamente al Gobierno”, la nota menciona que Alexis Mera, secretario jurídico de la presidencia, hizo circular en la Asamblea un mail, donde recordaba a Fernando Cordero, titular de la Asamblea, que el bloque oficialista se comprometió a apoyar la inclusión del respeto a la vida desde la concepción. Desde mi opinión, sin duda este compromiso era una evidencia de la fuerza que tiene la jerarquía de la Iglesia Católica cuando de formulación de política pública se trata.

“La Iglesia pone reparos al proyecto”, este fue otro de los titulares publicados en *El Comercio* (Política, 29 de julio del 2008: 3) a propósito de los debates al interior de la Asamblea sobre la posibilidad de ampliar las causales para legalizar el aborto. Los medios de comunicación dieron gran cobertura a las acciones de la Iglesia Católica en este tema, no así a otras informaciones que se referían a la idea de posicionar al aborto como un tema de salud pública o como una problemática social; también debatida en la Asamblea y que corresponde a las visiones de organizaciones a favor de los derechos.

La participación de los movimientos de mujeres y grupos feministas⁹ fue trascendente durante este proceso, “En febrero de 2008, veintiséis organizaciones sociales de mujeres, firmamos el Pronunciamiento de mujeres diversas del Ecuador por el derecho al aborto seguro. En este documento sosteníamos que el aborto ya era un derecho ganado en la práctica por las mujeres” (Carrión, 2010: 251) esta lucha hizo posible que no se generen retrocesos en lo que a reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos corresponde –aborto terapéutico-. Muchas de las acciones de estos grupos no fueron visibilizadas en los medios de comunicación; por lo que se vieron en la necesidad de usar otras estrategias para llegar a los y las asambleístas y a la opinión pública.

Vale la aclaración, en el Ecuador “Uno de los temas que ha estado ausente o escasamente abordado en la agenda del movimiento de mujeres del Ecuador, desde la década de los setenta ha sido el derecho al aborto” (Maldonado, 2008: 2). Es en el 2008 que se visibiliza a un grupo de mujeres jóvenes del movimiento feministas, que plantean que el aborto es un tema que debe ser tratado y lo exigen de manera frontal. Estos grupos exigen develar las construcciones culturales que violentan la sexualidad de las mujeres, romper con el moralismo que produce dobles discursos y la actualización de las leyes acorde a la realidad que viven las mujeres.

La Constitución del 2008, menciona en su Artículo 45: El Estado reconoce y garantiza la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. La estrategia de la Asamblea fue buscar una forma en la redacción -de esta ley- que no niegue las formas de aborto legalizadas y que no confronte los planteamientos de los llamados grupos pro-vida.

A partir de este antecedente el aborto en el país se convierte en eje para el activismo de algunas organizaciones feministas, un ejemplo es el Colectivo Salud Mujeres, esta organización brinda información para la realización de abortos seguros con medicamentos desde ese año.

Es en el año 2011, que el tema del aborto vuelve a hacerse presente, el gobierno presenta un proyecto de ley para reformar el Código Penal vigente en este se intenta hacer reformulaciones con respecto al aborto. Las organizaciones feministas, ahora con

⁹ Por ejemplo organizaciones como Fundación Desafío, La Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Colectiva Salud Mujeres, Salud Mujeres, Mujeres de Frente, Luna Creciente.

la experiencia que les dejó el proceso del 2008, reaccionaron inmediatamente ante esta coyuntura y algunas se reúnen en lo que se denomina el Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. El 8 de noviembre del 2011 emite un manifiesto denominado: “Ni cárcel, ni muerte para las mujeres que abortan”, con el que estoy de acuerdo en parte y en el que expresan lo siguiente:

La propuesta de Código Penal tal cual está presentada afecta directamente a los servicios de salud reproductiva que benefician a las mujeres y parejas con esterilidad e infertilidad, problema que este gobierno lo debe enfrentar desde el derecho que tienen los y las ecuatorianas/os a procrear accediendo a una prestación pública de salud, gratuita, pues actualmente solo las mujeres y parejas con “dinero” pueden ejercer este derecho, al igual que las mujeres “con dinero” pueden tener abortos seguros. ¿No somos las mujeres iguales ante la ley? ¿No debemos tener las mismas oportunidades para beneficiarnos del progreso de la ciencia? Quiénes están en el gobierno y elaboraron esta propuesta de Código Penal violaron nuestro derecho a participar en este proceso, solo tomaron en cuenta a los grupos fundamentalistas ligados a iglesias y jerárquicas que todavía se retuercen de odio y misoginia viendo como se les va de las manos el control del cuerpo de las mujeres ¿Hasta cuándo nuestras vidas y nuestros cuerpos van a estar en manos de ‘Misóginos y misóginas’ que deciden por nosotras? (Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, 2011).

Hasta el momento el Frente se encuentra trabajando en un proceso de sensibilización con los y las assembleístas, el objetivo central que se ha planteado es promover, en nuestro país, la legalización del aborto en caso de violación para todas las mujeres y no solo para quienes tienen problemas mentales, como reza el Código Penal vigente.

En estas dos primeras partes del capítulo he realizado un resumido recorrido por el contexto regional y nacional donde se debate el tema de la legalización del aborto. En el próximo subtítulo propongo evidenciar la forma en la que todos estos discursos resuenan en la opinión pública.

Opinión pública y aborto en Quito

Según el sentido común, el concepto generalizado de la opinión pública, representa lo que las personas piensan acerca de un asunto de interés colectivo. La opinión pública es algo abstracto, autores como Jürgen Habermas plantean que la opinión pública es homogénea, se construye en la esfera pública y es producto de un consenso dado entre todos los distintos actores.

Nancy Fraser (1997), feminista, discrepa con Habermas y propone que para nuestras sociedades contemporáneas estratificadas es necesario considerar que no se puede hablar de una opinión pública homogénea y consensuada entre todos los actores de la esfera pública, en la cual no hay una participación equitativa puesto que subsisten grupos dominantes y subordinados. Se argumenta que en la esfera pública prevalecen los discursos de los grupos dominantes y se socializan en los medios de comunicación, donde la opinión de pocos se presenta como si fueran la opinión de todos y todas.

En lo que se refiere específicamente al tema de la legalización del aborto y la opinión pública, me adhiero a la propuesta de Fraser ya que no hay un discurso homogéneo; existen varios pronunciamientos y el que en la actualidad domina un discurso conservador que está vinculado a la Iglesia Católica e iglesias protestantes así como a grupos políticos conservadores. En general, se trata de un discurso que se configura desde lo religioso conservador, la culpa y desde la moral tradicional como el deber ser. Al ser el que domina llega a la población como un discurso legitimado, influenciando a la opinión pública de algunos grupos entre los que está el común de la gente. Esto explica la contradicción que hay entre la opinión pública, que según veremos es reacia a aceptar el aborto en algunos casos y lo que en la práctica sucede, las mujeres abortan todos los días en Quito.

Según cifras oficiales el 52% de la población de Quito está compuesta por mujeres, mientras el 48% por hombres. La edad promedio de los habitantes de Quito es de 25,2 años, mientras el promedio nacional es de 28 años” (INEC: 2012). De esta forma, la mayoría de la población quiteña está integrada por mujeres jóvenes. Por otra parte, los ingresos mensuales promedio de los hogares fueron de 917 dólares en el 2009 y los hogares muestran una alta cobertura de servicios básicos. Los hogares de Quito se encuentran distribuidos por estratos socioeconómicos de la siguiente manera: pobreza 12%, bajo 24%, medio bajo 14%, medio típico 28%, medio alto/alto 22% (Habitús, 2011)¹⁰.

Como dejan ver los datos presentados, la población quiteña se concentra en los estratos medio bajo, medio típico y medio alto/alto, solo el 36% de la población se ubica en los estratos de pobreza, la tercera parte de la población total. La mayoría de la población está ubicada en los estratos medio típico y medio bajo (Carrión, 2012,

¹⁰ Ver Anexo 1: tabla de estratos socioeconómicos en Quito.

entrevista) aunque no hay una cantidad alta representativa entre el estrato medio y el estrato de pobreza. En base a esta estratificación de la población, se puede decir que la mayoría de habitantes puede acceder a los diferentes servicios que ofrece la ciudad, entre ellos los servicios de aborto clandestino que describimos en el capítulo siguiente.

Con el propósito de capturar la opinión pública sobre el aborto se aplicó una encuesta. Para esta investigación construí una encuesta que se trazó como objetivo conocer la opinión de la población quiteña con respecto al aborto que fue aplicada por la encuestadora Habitus. La encuesta de opinión, en lo que se refiere a la aplicación, utilizó una metodología que permite clasificar la opinión de la población por estratos socioeconómicos¹¹. Es en esta parte, específica de la investigación, donde se comprende a la clase social únicamente como estrato socioeconómico. Con estos antecedentes a continuación me refiero y analizo los resultados de la encuesta de opinión pública sobre aborto en Quito¹².

Tabla 1. Casos en los que estarían de acuerdo con el aborto

	Sexo	
	Hombres	Mujeres
En ningún caso	19%	21%
En ciertos casos	77%	73%
En todos los casos	4%	6%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Los resultados frente a la interrogante ¿En qué casos estarían de acuerdo con el aborto?, Tabla 1., son los siguientes: del 100% de personas encuestadas, la mayoría está de acuerdo en que el aborto sea admitido en ciertos casos, llama la atención que sean los hombres quienes más deciden por esta opción.

Es limitado el número de personas que no admiten el aborto en ningún caso, las mujeres a diferencia de los hombres son quienes más creen que no se debe admitir el aborto en ningún caso.

¹¹ La encuestadora Habitus define el nivel socioeconómico a partir de un conjunto de variables: vivienda, servicios, instrucción del jefe del hogar, miembros del hogar, acceso a internet. Con esta metodología se divide a la sociedad en diez estratos (E5, E4, E3, E2, E1, D-, D+, C-, C+, AB) luego se agrupan los estratos en cinco categorías en escala: pobres, bajo, medio, medio bajo, medio típico y medio alto/alto. El corte que se realiza del estrato pobre tiene relación con las estadísticas oficiales de pobreza.

¹² La encuesta fue aplicada en agosto del 2011, a una muestra representativa de 200 personas (100 hombres y 100 mujeres). Se averiguó su posición sobre dos temas. 1) ¿En qué casos estarían de acuerdo con el aborto?; y, 2) ¿Cuáles son las razones por las que se debería admitir legalmente un aborto?

De todas las personas encuestadas solamente el 5%, están de acuerdo con que el aborto sea admitido en todos los casos, dentro de este porcentaje la mayoría son mujeres.

Los resultados dejan ver que en Quito es sumamente limitada la apertura generalizada al aborto por decisión de la mujer, no hay una coherencia entre el discurso y la práctica social. Hay un alto número de abortos¹³, muchos seguramente decididos, existe una gran cantidad de servicios que ofertan interrupciones de embarazos o atenciones médicas relacionadas, a la vez, la opinión pública no admite que el aborto sea aceptado en todos los casos.

Como ya lo mencioné en el capítulo I el aborto decidido es una práctica recurrente de las mujeres en Quito; sin embargo, en la encuesta son los hombres a diferencia de las mujeres, quienes estarían más de acuerdo en admitir el aborto en ciertos casos y estarían menos de acuerdo en que el aborto no sea admitido en ningún caso. En este punto me atrevo sugerir que la opinión de las mujeres puede ser el resultado de la influencia del discurso dominante, que estigmatiza fuertemente al aborto y configura la identidad de las mujeres a partir de la tradición marianista (maternidad obligatoria). Entonces, a pesar de ser una práctica muy cercana e incluso vivida, la opinión de las mujeres se presenta renuente a aceptar el aborto, incluso a riesgo de sus propias vidas.

Según los resultados de la encuesta (Anexo 2), en Quito existe una aceptación por el aborto. Son las personas del estrato pobres quienes mencionan estar, limitadamente, en desacuerdo con el aborto. La mayoría de las personas que están a favor del aborto, únicamente en ciertos casos, se ubican en los estratos medio típico y medio alto/alto. Mientras el porcentaje de menor aceptación en la opción -en ciertos casos- corresponde al estrato de pobres. Del grupo de personas que están de acuerdo con el aborto en todos los casos 5%, los del mayor porcentaje son los ubicados en el estrato de pobres.

De acuerdo a la clasificación que hace Habitus (Anexo 1), el 64% de la población quiteña está ubicada en los estratos medio bajo, medio típico, medio alto/alto, sería aquel que podría acceder a otros tipos de información, distinta al discurso

¹³ Ver capítulo III, servicios estatales, en esta parte se puede apreciar el alto número de atenciones medicas relacionadas al aborto, en Pichincha.

dominante, por tanto, se muestra abierta a otras consideraciones para admitir un aborto. Parecería que las personas de estrato pobre, por sus limitados accesos, se mantienen alineados todavía con el discurso dominante.

El nivel de instrucción (Anexo 3) es solo una de las variables que se toma en cuenta para definir el nivel socioeconómico; sin embargo, me refiero a los resultados de esta variable por separado porque creo que es posible analizar la relación entre el nivel de educación y las respuestas dadas.

En los resultados de la encuesta, la mayoría de las personas de todos los niveles de instrucción, primario, secundario, superior, se pronuncian a favor del aborto en ciertos casos. Me atrevería especular que las respuestas corresponden a una realidad, donde la práctica del aborto si bien es ilegal, a la vez, también es cotidiana, en esa medida es natural pensar que en cualquier circunstancia podrían acudir a esta práctica, por esa razón la mayoría de persona de todos los niveles de instrucción estaría de acuerdo en ciertos casos.

En este grupo se puede ver que a mayor nivel de instrucción menor es el porcentaje que se manifiesta en contra de todo tipo de aborto.

En cuanto a las personas que eligen la opción de admitir el aborto en todos los casos, se ve que hay una relación, a mayor instrucción, mayor apertura.

La segunda pregunta de la encuesta interroga sobre ¿Cuáles son las razones que creen deben ser admitidas para legalizar el aborto? Se presentan cinco razones 1) En caso de que esté en riesgo la vida de la madre. 2) En embarazo por violación a la madre. 3) Si se detectan malformaciones genéticas en el feto. 4) En caso de que la mujer quiera o decida por su propia voluntad. 5) Cuando los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas. En cada caso se presentan las opciones SI, NO, NS (no sabe).

Tabla 2. Razones en las que se debe admitir el aborto

Caso en el que se debe admitir el aborto	Opción	Total %	Opinión
1. En caso de que esté en riesgo la vida de la madre	SI	66 %	mayoría
	NO	32 %	limitada
	NS	1 %	
2. En caso de embarazo por violación a la madre	SI	40 %	extendida
	NO	56 %	mayoría

	NS	3 %	
3. En caso de que se detecten malformaciones genéticas en el feto	SI	57 %	mayoría
	NO	39 %	limitada
	NS	3 %	
4. En caso de que la mujer quiera o decida por su propia voluntad	SI	21 %	limitada
	NO	77 %	mayoría
	NS	2 %	
5. En caso de que los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas	SI	12 %	limitada
	NO	86 %	mayoría
	NS	2 %	

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Los resultados son los siguientes¹⁴. En el primer caso, se resalta que el riesgo de la vida de la madre es una razón fuerte para justificar un aborto, la mayoría de personas están de acuerdo con el aborto en este caso. Los hombres más que para las mujeres.

La mayoría de los encuestados se manifiestan en contra de un aborto en caso de embarazo por violación. Sin embargo, el resultado también permite evidenciar que existe una extendida aceptación. Desde mi punto de vista, la resistencia a admitir el aborto en estas condiciones evidencia que la idea de la maternidad obligatoria supera aún un hecho que transgrede la humanidad de las personas –la violación sexual-. Se puede ver que ni las mismas mujeres son sensibles ante esta trasgresión.

En el tercer caso, cuando se detecten malformaciones genéticas en el feto, la mayoría, -hombres y de las mujeres-, están de acuerdo con el aborto. La no aceptación del aborto en estas condiciones es limitada.

En el cuarto caso, que concretamente se relaciona con el derecho a decidir o con el derecho al ejercicio de la soberanía del cuerpo, la mayoría de personas, opinan no estar de acuerdo con que la mujer decida cuando abortar. En mi criterio, esto se debería a que los discursos basados en un enfoque de derechos, que identifican al aborto como una práctica de ejercicio de la soberanía del cuerpo, no están socializados, menos se encuentran instalados en el imaginario de la mayoría de la población quiteña, ha esto se le suma el hecho de vivir en una sociedad patriarcal.

¹⁴ La Tabla 2. se encuentra basada en los resultados de la encuesta presentados en el Anexo 4. La interpretación de los porcentajes es la siguiente: más de 51% representa mayoría, menos de 50% hasta 40% representa opinión extendida y menos de 39% corresponde a una aceptación limitada.

Para el último caso, se puede ver que hombres y mujeres en su mayoría, no encuentra en las condiciones económicas adversas una razón para justificar un aborto. De la sabiduría popular rescato esta frase “los niños vienen con la palanqueta bajo el brazo”.

La metodología usada en la aplicación de la encuesta, permite definir cuál es la opinión con respecto a los casos en los que debe ser admitido el aborto, según el estrato socioeconómico (Anexo 5).

De acuerdo al nivel socioeconómico en el que se ubican los encuestados, para el primer caso, la mayoría en todos los estratos estaría de acuerdo con el aborto. Siendo los de menor porcentaje los ubicados en el estrato pobre y los de mayor porcentaje los de estrato medio alto/alto.

Para el segundo caso se puede ver que en todos los estratos, la mayoría de personas encuestadas no lo aceptan. El discurso dominante de la maternidad obligatoria, incluso cuando el embarazo es producto de una violación, se encuentra generalizado en todos los estratos socioeconómicos.

En el caso tres, la mayoría en todos los estratos, se manifiesta a favor del aborto cuando se detecten malformaciones genéticas en el feto. Existe una relación entre la aceptación del aborto y el estrato social, aumenta el porcentaje de la aceptación conforme sube el estrato socioeconómico. Exceptuando el estrato pobres, que contrariamente contesta no estar de acuerdo.

Para el caso cuatro, en todos los estratos la respuesta es una negación generalizada del derecho de la mujer a decidir.

Finalmente, en el caso cinco también, en todos los estratos, persiste negación a un aborto por razones económicas, son las personas del estrato pobres quienes se manifiestan en un mayor porcentaje en esta línea. Las limitaciones económicas no se constituyen en razón para un aborto, se puede pensar que son superables. Este resultado asombra en la medida de que las condiciones económicas corresponden a un factor crítico en nuestra sociedad.

Para esta segunda pregunta, he relacionado el nivel de instrucción de los encuestados con las respuestas (Anexo 6). Para el primer caso, cuando está en riesgo la vida de la madre, en todos los niveles de instrucción están de acuerdo, en porcentajes muy similares. Para el segundo caso, cuando el embarazo es producto de una violación,

la mayoría de los encuestados, en todos los niveles de instrucción, se expresa un desacuerdo para justificar un aborto.

En el tercer caso, malformaciones genéticas del feto, las personas ubicadas en todos los niveles de instrucción contestan a favor del aborto y en porcentajes muy similares.

En el caso cuatro, cuando la mujer decide por su voluntad, se ve que el nivel de instrucción no sería un factor que incida en la aceptación de un aborto, la mayoría en todos los niveles de instrucción, se muestra contrario.

Las respuestas para el caso cinco, cuando los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas, son similares al caso anterior, las respuestas negativas a esta opción abarcan más del 80% de los encuestados en todos los niveles de instrucción. Es decir, el nivel de instrucción mayor no influiría para una decisión a favor del aborto por condiciones económicas o por decisión de la madre.

En los resultados de la encuesta respecto a la segunda interrogante, casos para aceptar el aborto, se puede ver en los tres primeros casos (en riesgo la vida de la madre, en caso de embarazo por violación a la madre y en caso de que se detecten malformaciones genéticas en el feto) existe una relación entre la opinión a favor de aceptar el aborto y el estrato socioeconómico, mientras más alto es el estrato, se evidencia una mayor apertura.

El primer caso, ya se encuentra legalizado y aceptado en nuestro país, en el Código Penal. La condición de legalidad se encuentra socializada y legitimada; y, por esta razón la mayoría de la opinión pública está a favor del aborto terapéutico.

Esta relación entre lo prescrito en la norma y las respuestas a favor del aborto terapéutico, se debería a que generalmente las personas tendemos a estar de acuerdo con la norma, ya que la ley tiene fuerza y poder simbólico. Este análisis, se construye a partir de los planteamientos sobre el derecho, hechos por Bourdieu y presentados por Bleise Pascal, en la introducción al libro, *Poder, Derecho y Clases Sociales*. “El reconocimiento que es universalmente acordado a la regla oficial hace que el respeto, incluso formal o ficticio, a la regla asegure beneficios de regularidad (siempre es más fácil y más confortable estar en la regla)” (Bourdieu, 2001: 44). Así, parecería que mientras una situación o caso está normado en derecho (en lo legal), la posibilidad de generar opinión pública favorable es mayor.

En los casos dos y tres que no son legales en nuestro país, se aprecia que, existe una extendida aceptación, estos resultados dejarían ver que desde la población quiteña, habría una opinión favorable para legislar a favor del aborto en estos casos, desde mi parecer, la extendida aceptación también tiene que ver con una necesidad de la población.

En el caso cuatro, cuando la mujer quiera o decida por su propia voluntad y en el cinco, cuando los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas, el resultado se muestra muy limitado a aceptar el aborto. En todos los estratos existe una negativa por legalizar el aborto en estos casos. Coincide con que en nuestro país estos dos casos, tampoco son legales, no son aceptados. En este escenario el estrato social se diluye, no representa una variable significativa.

Una de las interrogantes de la investigación pretendía averiguar sobre la relación que existe entre la opinión pública sobre aborto y el estrato socioeconómico. Sí, efectivamente, como lo demuestran los resultados presentados, existe una relación entre la opinión pública y estrato social. Hay una relativa aceptación a la práctica del aborto, bajo ciertas condiciones; cuando haya riesgo en la salud de la madre, cuando existan mal formaciones genéticas y en caso de embarazos por violación.

Al mirar esta aceptación, encontramos que el núcleo más renuente está ubicado en el estrato pobre, conforme el estrato es más alto -estratos medios y altos- la apertura aumenta, de manera que la opinión pública sobre el aborto parece correlacionarse con la estratificación social. Menor apertura en estratos bajos, mayor apertura en estratos altos.

Es relevante, destacar que la mayoría de las personas ubicadas en los estratos pobre, bajo, medio bajo, medio típico y medio alto/alto no aceptan la práctica del aborto cuando la mujer quiera o decida por propia voluntad y cuando hay limitaciones económicas de los padres. Se aprecia en estos resultados que la relación, estrato más alto, mayor aceptación al aborto, dada en los casos anteriores, se diluye. La posición que tienen las personas de todos los estratos se presenta pareja en estos dos casos.

Para concluir, los resultados de la encuesta analizados líneas arriba me permiten insistir en que existe un predominio del discurso de los grupos dominantes que configura la opinión de la mayoría de la población. Parecería que todos los debates y las posiciones alternas, que defienden el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos, mencionadas en acápites anteriores no resuenan y no se constituyen en un discurso

fuerte que influya en la opinión pública quiteña. Desde mi punto de vista esta situación obedece a que las posiciones alternas y los debates aparecen únicamente en momentos coyunturales; en el cotidiano, en el día a día, el discurso que permea la opinión pública es el dominante, el de la Iglesia, el de los sectores conservadores e incluso más radicales.

CAPÍTULO III. NORMATIVA Y SERVICIOS: PARADOJAS EN LA TRAYECTORIA DEL ABORTO

En este tema [servicios para atención de aborto] hay dos partes, la una es la mujer y la otra es el sistema. El profesional que atiende [...] es otro mundo, el mundo de la mujer [que aborta] de todas maneras me parece que mal o bien hay estudios, estudios hay, pero nadie investiga a quien ofrece los servicios; y, en ese grupo de gente, hay una diversidad impresionante, desde los que no son profesionales, hasta los que son súper profesionales (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista).

Este capítulo revisa la normativa sobre aborto existente en el Ecuador y la confronta con los servicios tanto estatales, como privados, que atienden casos de interrupciones de embarazos en la ciudad de Quito. El interés central es mostrar las paradojas que viven las mujeres en la trayectoria del aborto decidido.

Estas paradojas, las podríamos enunciar como un proceso en el cual se criminaliza el aborto, al tiempo que tanto los servicios estatales como privados aceptan su atención. Sin embargo, esta prestación de los servicios no es inocua; al contrario, en general, se trata de un servicio que castiga, la mayoría de los casos, la desobediencia a la maternidad obligatoria. Se exceptúa de esta última característica a los servicios sustentados en enfoques feministas y de reivindicación del derecho de toda mujer a decidir sobre su cuerpo; un enfoque de soberanía del cuerpo.

Los servicios para atender abortos existen en relación a la demanda. Las mujeres que deciden por un aborto buscan servicios, lo han hecho antes y ahora. Por el carácter de ilegalidad de esta práctica hay escasos estudios referentes a la calidad e idoneidad de los servicios. El aborto no solo tiene que ver con las mujeres, involucra también a los prestadores de servicio.

En el caso del Ecuador, cuando una mujer requiere de un servicio para interrumpir su embarazo, ya sea de manera legal o ilegal, entra en una relación de poder con los prestadores de servicios. Las mujeres en esta relación ocupan un lugar de subordinación, se someten a procedimientos y prácticas que no necesariamente están orientadas a asegurar su bienestar, tanto físico, como emocional. Esta posición de subordinación de las mujeres tiene una estrecha relación con la forma en la que el Estado ha normado el tema de aborto, legitimando unos tipos de aborto, por ejemplo, el terapéutico y negando otros como el decidido. Estos últimos entran en un contexto de clandestinidad.

Aclaraciones

A lo largo de la historia, los estados han normando la práctica del aborto y cada Estado decide en qué casos o circunstancia la admite.

Como lo mencioné en el capítulo II, particularmente, en esta última década en América Latina existe una fuerte tensión con respecto a la legalización del aborto, mientras en unos países las causales se amplían, como ha sido el caso argentino y uruguayo, en otros se restringen todas las causales, como por ejemplo, en Nicaragua y El Salvador, esto a pesar de que estos países comparten el principio de laicidad.

En el caso del Ecuador el aborto, está tipificado como un “delito contra la vida”, tiene sanción en todos los casos, únicamente no es punible bajo las siguientes causales, cuando se encuentra en riesgo la vida o salud de la madre -aborto terapéutico- y en caso de la violación de una mujer demente o idiota (Código Penal, 2010: Art. 447).

Lo explícito respecto a la normativa del aborto es lo que reza en el Código Penal ecuatoriano, en el Título VI de los Delitos contra las personas, Capítulo I de los delitos contra la vida (Código Penal, 2010), los artículos del 441 al 447 abordan el tema del aborto y las sanciones tanto para quienes lo apoyen, causen, propicien y lo practiquen, como para las mujeres que toman la decisión de abortar. El aborto no es punible cuando se ha practicado para “evitar un peligro para la vida o salud de la madre” (Código Penal, 2010) y cuando “el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente” (Código Penal, 2010).

Lo implícito, lo que no se ve tras estas disposiciones legales es que más allá de precautelar la vida y la salud de las mujeres, se sanciona el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, tanto más cuanto que existe prisión de uno a cinco años para las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. De esta manera el Estado reduce las posibilidades para que las mujeres decidan y ejerzan su soberanía del cuerpo.

Para actualizar el Código Penal vigente, el ejecutivo presenta un proyecto de ley con el nombre de Código Orgánico Integral Penal, que en su introducción menciona que “no se puede dudar que tenemos un código antiguo, incompleto, disperso y retocado” (Presidente Constitucional de la República, octubre 2011: 17). También el ejecutivo menciona que es necesario incluir nuevos enfoques; sin embargo, cuando se trata de los artículos sobre infracciones sobre la inviolabilidad de la vida, dentro de lo que está la penalización del aborto, se puede ver que casi no existen cambios. Se mantienen las

mismas causales y las mismas sanciones del anterior, incluso se conserva la idea de disminución de pena cuando una mujer decide por un aborto con el fin de “ocultar su deshonra” (Presidente Constitucional de la República, octubre 2011: 17), este concepto de deshonra resulta ambiguo y tiene relación con una forma tradicional de pensar el ejercicio de la sexualidad de las mujeres; también deja ver como incluso propuestas que se autoidentifican como progresistas e integrales sostienen estructuras patriarcales.

Alrededor del Código Penal vigente y la nueva propuesta se han generado debates. Varias organizaciones y colectivos cuestionan que en relación al tema del aborto no se hayan planteado avances. Sostienen que la postura que mantiene el Estado ecuatoriano transgrede los derechos de las mujeres, pues no garantiza su salud integral, limitan el ejercicio de la soberanía sobre su cuerpo y no evita la práctica del aborto. En este sentido, la activista Verónica Vera del Colectivo Salud Mujeres, expresa que:

Básicamente si tú no puedes decidir sobre tu reproducción como un aspecto fundamental en la vida de las personas no puedes hablar de soberanía del cuerpo, si tienes una ley que te penaliza tantos años encarcelada por haber tomado una decisión sobre cuándo quieres ser madre o sobre cuándo no quieres ser [...] no puedes hablar de soberanía del cuerpo, porque no eres tú la que está de alguna forma tomando esa decisión, sino son las leyes, es el Estado, es la iglesia. [...] Lo que nosotras por ejemplo hemos visto en el trabajo que realizamos en Ecuador es que a pesar de la ilegalidad, a pesar de la clandestinidad, a pesar de todas las condiciones que las mujeres tienen que vivir para acceder a un aborto, en nuestro país las mujeres abortan y eso es algo que nos va demostrando que a pesar de las leyes, a pesar de toda la situación que estamos viviendo en el país, las mujeres ya deciden abortar. No estamos más bien aquí cuestionando el tema de la decisión de las mujeres, es un cuestionamiento a cómo lo están haciendo. En el Ecuador cada cuatro minutos aborta una mujer, sin preguntarle a nadie, sin pensar que puede ir a la cárcel, sin pensar que es un pecado, quizás lo piensan pero igual lo hacen (Verónica Vera, 2012, entrevista 1).

En la actualidad¹⁵ en la Asamblea Constituyente se analizan los cambios al Código Penal a partir de la propuesta del ejecutivo y considerando otras propuestas. En lo que se refiere al aborto y sus sanciones, en concreto, hay una propuesta del Frente por la Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que plantea que en caso de darse un embarazo producto de una violación, la práctica del aborto no sea punible ni para la mujer ni para terceros. A la presente fecha, agosto del 2012, ya existe un Informe para

15 A la presente fecha, agosto 2012, esta propuesta y otras presentadas ya han sido estudiadas y analizadas por la Comisión de Justicia y Estructura del Estado, el informe para primer debate fue presentado a la presidencia de la Asamblea, en junio del 2012.

Primer Debate de la Asamblea¹⁶, en este informe se recoge la propuesta del Frente en el Art. 142, numeral 2, se menciona que el aborto es no punible “Si el embarazo es producto de una violación” (Informe para primer debate del Proyecto de Código Orgánico Integral Penal, 2011).

En el punto en el que están estas reformas se entiende que todavía resta un proceso que involucra tanto al Pleno de la Asamblea como al Ejecutivo, es importante destacar que existen tensiones debido a la sensibilidad del tema, donde entran en juego posturas sociales, morales e intereses políticos (sobre todo porque nos encontramos en época electoral). Al interior del Pleno existen asambleístas que se encuentran a favor del aborto, por su parte el presidente de la república Rafael Correa ha manifestado que no aprobará ninguna reforma sobre aborto. En este escenario, nuestro país en relación al aborto se ubica como un estado intermedio. Antes de la aprobación del nuevo Código Penal no es posible afirmar si las leyes del Ecuador corresponden a un Estado más restrictivo o de avanzada en relación a otros países de la región.

Lo que si se conoce es que al interior del gobierno ecuatoriano existen posturas a favor de legalizar el aborto en todos los casos de violación, se identifica que tanto el tema de la violencia sexual, como el del aborto se constituyen en problemas de salud pública. El Ministerio de Salud Pública, a través de un boletín¹⁷, informó al ejecutivo sobre las implicaciones de mantener las restricciones frente al aborto, especialmente las que tienen relación con la violencia sexual.

Es rescatable que en nuestro país, de alguna manera, se haya empezado a visibilizar el tema del aborto, ya sea en lo que corresponde a la esfera política o en el ámbito ciudadano, a la vez, desde mi punto de vista, si bien este avance es representativo, en primer lugar no significa un cambio para la realidad objetiva, Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica según el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI, 2010).

Y ¿cuál es la realidad objetiva? En nuestro país hay muchas mujeres, particularmente jóvenes, que deciden abortar por mil y un razones; en segundo lugar, la causal que se busca incluir es solo para dar respuesta a una situación específica -

¹⁶ Disponible en versión electrónica en la página oficial de la Asamblea Constituyente <http://www.asambleanacional.gov.ec/tramite-de-las-leyes.html>

¹⁷ Así lo deja ver un Boletín Informativo realizado por el Ministerio de Salud Pública para el Ejecutivo. Dispongo de la versión preliminar gracias al aporte de una funcionaria de este ministerio. Esta información no está abierta al público en general, por esta razón se guardan las reservas del caso.

producto de una violación- esta reforma que se ha propuesto no considera a la mayoría de mujeres que deciden abortar.

El estado ecuatoriano no tiene al momento una política pública que asuma la problemática del aborto, de hecho no se ha tratado este problema desde sus raíces, lo que se ha hecho es atender las consecuencias al garantizar la atención médica ante cualquier situación relacionada al aborto. De esta manera el país cumple con los tratados internacionales que le obligan a precautelar la salud y la vida de las mujeres; sin embargo, esta forma de asumir el problema no cambia las trayectorias que las mujeres siguen para acceder a un aborto decidido.

En el curso de esta investigación ha sido posible visibilizar que en la ciudad de Quito existen variadas ofertas, todas ilegales y en su mayoría inseguras, para satisfacer la recurrente demanda. El aborto inducido es una práctica recurrente, pese a la ilegalidad. Si la legislación relacionada se cumpliera las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos se enfrentarían a la cárcel. Ventajosamente en nuestro país, para este caso, las penas resultan letra muerta, al contrario de lo que sucede en El Salvador, en Honduras, en Chile y en algunos estados de México.

A mi parecer, más allá de la penalización a la práctica del aborto en sí, lo que se encuentra fuertemente normado es el sometimiento de toda la sociedad a la estructura y al sistema patriarcal; y, la sanción a lo que vaya en su contra.

Cuando una mujer decide inducirse un aborto, es decir, decide sobre su cuerpo, no cuenta con ninguna garantía, ni servicio por parte del Estado, aunque este tiene la obligación de atender las posibles consecuencias. Por el contrario, cuando se trata de un aborto espontáneo –aunque no se pueda probar su origen- o terapéutico las políticas públicas en salud garantizan el servicio.

El origen del aborto -espontáneo o inducido- define la legalidad o no del mismo, por esta razón es importante mencionar a cada uno. A continuación me referiré a los dos tipos de aborto desde el enfoque de la medicina.

Aborto espontáneo y aborto inducido

La normativa del Ecuador criminaliza todo aborto inducido al margen de las causales admitidas en el Código Penal, por el contrario, la atención del aborto espontáneo es una

prestación del sistema de salud pública. En este sentido, para el estado ecuatoriano, la diferencia entre espontáneo e inducido es importante.

Existen diversas formas de clasificar el aborto. Para este estudio me basaré en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹⁸, emitida por la Organización Mundial de la Salud. A partir de este sistema explicaré la diferencia entre un aborto inducido y un aborto espontáneo.

Según el CIE-10 un aborto espontáneo es aquel que “se produce de manera natural, involuntaria y sin intervención alguna de la madre, ni de terceros. Está asociado a factores genéticos, endócrinos, inmunológicos, infecciosos, traumáticos, de anomalías del tracto genital, idiopáticas” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2010: 51).

A lo largo de mi trabajo relacionado a temas de derechos sexuales y reproductivos he conocido de mujeres que hablan de haber vivido experiencias de abortos espontáneos. Según sus testimonios, cuando este hecho sucede llega rodeado de un imaginario de pérdida o de resignación e incluso de culpa. Como se desprende de su definición, el aborto espontáneo tiene un origen patológico. Como ya lo mencioné, inclusive desde las leyes y las políticas no es un hecho sancionado y más bien es atendido. Sin embargo, en el cotidiano, en la sociedad, persisten fuertes estigmas que revictimizan, minimizan, juzgan y ponen en duda a las mujeres.

Dentro de la misma clasificación del CIE-10 está el aborto inducido, se define como “la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2010: 51). Estas autoras toman esta definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

El aborto inducido, en algunas circunstancias, requiere de la intervención de terceros, como son los prestadores de servicios; en otras son autoinducidos por las propias mujeres. En todos los casos, un aborto inducido, en un contexto de ilegalidad como lo es el ecuatoriano, se encuentra cargado de significaciones, en su mayoría

¹⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) esta clasificación se encuentra referida en el texto de Bustamante y Gómez de la Torre las autoras indican que esta información proviene de la Organización Mundial de la Salud, definen al CIE-10 como “un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 50).

negativas, pues tanto la decisión de abortar, como el hecho en sí, son vistos como malos, prevalecen en la sociedad los discursos que lo cuestionan.

Estos discursos, en algún momento, resuenan en el relacionamiento cotidiano, ya sea con personas cercanas y hasta con los prestadores de servicio. Como se mencionó en líneas anteriores, una mujer que opta por un aborto inducido con el soporte de terceros, está sujeta a relaciones de poder que la afectan. Este tema será tratado con más profundidad en un acápite posterior.

La diferencia entre estos dos tipos de abortos se encuentra en la forma en que se originan, lo espontáneo y lo inducido; y, en los imaginarios y discursos que rodean a cada uno de estos hechos. El aborto espontáneo se presenta como una situación justificada, se lo vivencia de una manera distinta, no se lo cuestiona, siempre y cuando existan las evidencias que comprueben que se trató de un hecho “natural”. El aborto inducido es sancionado, es culposo, es ilegal. Por esta razón se mantiene en la clandestinidad y, la sociedad configura estrategias de sanción social para quienes lo practican, más allá de lo que está escrito en las leyes.

Además, se hace necesario aclarar las diferencias entre el aborto inducido dentro de la legalidad –terapéutico- y el aborto inducido por decisión propia de la madre. A pesar de que en ambos casos los procedimientos (legrado, aspiración, misoprostol) para la inducción son los mismos, la experiencia puede ser distinta. Van más allá de lo anatómico. Mientras el terapéutico se ubica en un contexto de legalidad, el inducido por decisión se ubica necesariamente en la clandestinidad, con connotaciones distintas para uno y otro.

Si bien en un primer momento parecería que los dos tipos de aborto espontáneo y el inducido se diferencian, paradójicamente se asemejan. Ambos acarrearán una carga social con impactos negativos para las mujeres.

Lo que no hay que dejar de considerar es que tanto en abortos espontáneos como inducidos, se pueden presentar complicaciones que afecten y/o atenten contra la salud de las mujeres. En estos casos se requiere de una atención especializada brindada ya sea por los servicios privados como por ejemplo, la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) y el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) u otros, o por servicios estatales.

Para concretar un aborto inducido “ilegal” se hace necesario utilizar algún tipo de procedimiento. En el acápite siguiente menciono algunos de los procedimientos utilizados por las mujeres de la ciudad de Quito.

Procedimientos para la interrupción de un embarazo

Las mujeres utilizan variadas estrategias para interrumpir los embarazos no deseados. En este capítulo resulta oportuno hablar de procedimientos porque, al parecer, existe una relación entre los procedimientos usados para inducir a un aborto y el enfoque con el que trabajan los servicios que satisfacen esta demanda.

En la actualidad podemos clasificar estos procedimientos o estrategias en dos grupos, a) las interrupciones que incluyen procedimientos médicos, ya sea con soporte institucional o con el uso de medicamentos; y, b) las interrupciones que se hacen a partir de saberes ancestrales de las mujeres o con prácticas auto-inducidas de diversa índole.

Procedimientos médicos.- Este tipo de procedimientos se relacionan con los avances de la ciencia médica y de la tecnología y se han desarrollado con la idea de precautelar la salud de las mujeres. Dentro de estos podemos hablar de dos subtipos de procedimientos médicos: los quirúrgicos donde se ubican el legrado uterino y la aspiración manual endouterina (AMEU); y, los realizados mediante medicamentos.

Los procedimientos quirúrgicos y los realizados con medicamentos (Mifepristona y Misoprostol) requieren, la mayoría de veces, de un soporte médico de terceros. Estos últimos, si bien, pueden ser autoaplicados, en primera instancia, también necesitan de soporte médico o consejería, ya sea para confirmar la correcta efectividad del procedimiento o en caso de presentarse una eventual complicación.

En primer lugar me referiré al legrado o comúnmente llamado curetaje. Según la Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto, de Argentina, el legrado uterino se define como el “procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se raspan las paredes del útero bajo anestesia general” (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2009: 12). El uso del legrado es muy generalizado. Esto a pesar de que se recomienda su utilización para casos específicos de aborto como por ejemplo, un aborto infectado, “Si no se dispone de otros métodos, el legrado será el método de elección para la evacuación uterina en abortos no complicados” (Chávez, 2003: 16). Algunos médicos, en la actualidad, consideran que el legrado resulta invasivo para el

cuerpo de las mujeres, dicen que es mejor usar la aspiración “porque no hay que dilatar, mucho al cuello uterino” (Diego Carrión, 2012, entrevista). De los testimonios recogidos en el trabajo de campo se evidencia que, las mujeres que interrumpieron sus embarazos con AMEU, indican casi no haber sentido dolor físico.

Un legrado involucra un mayor tiempo para la recuperación. Cuando no es bien realizado puede tener complicaciones como “la perforación del útero y las adherencias endouterinas” (Chávez, 2003: 16). También puede ser la causa de infecciones e incluso de la muerte. En el caso del Ecuador el legrado es el procedimiento más común para la atención de los distintos tipos de aborto, especialmente en el sector estatal (Cevallos, 2011:82); las mujeres sometidas a un legrado pueden permanecer aproximadamente 48 horas en hospitalización.

Como ya lo mencioné dentro de los métodos quirúrgicos también se encuentra la (AMEU) que “es un método de evacuación endouterina que implica el uso de un aspirador manual de plástico, [...] conectado a una cánula (tubo delgado) y es activado manualmente para aspirar el contenido del útero” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 28). En el documento *Cómo se viven los derechos reproductivos en Ecuador: escenarios, contextos y circunstancias*, publicado por la Comisión de Transición Hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género (2010), en la *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto* (2009), del Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina; y, también en el texto *Atención humanizada del aborto inseguro* (2003) del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán,¹⁹ se enfatiza que la utilización del AMEU es la más recomendada para atender los distintos tipos de aborto, sobre todo para interrupciones de embarazos de hasta 12 semanas, es eficaz en “aproximadamente el 98-99 por ciento de los casos” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2010: 29). Sus costos son más bajos puesto que con el uso de este procedimiento la atención del aborto se convierte en ambulatoria. Esto significa que se requiere un tiempo menor de recuperación de dos a cuatro horas.

Tanto para el legrado, como para la AMEU, se necesita de un soporte institucional, o de un centro de salud, médicos, anestesia, es decir, se requiere de terceros obligatoriamente.

¹⁹ Estos tres textos provienen de tres países, es decir, reflejan contextos diferentes, a la vez, los tres concuerdan en que el AMEU es el procedimiento más conveniente para la interrupción de embarazos.

La experiencia de un aborto no se refiere estrictamente a un procedimiento médico. La selección de los procedimientos médicos y las formas de aplicarlos se encuentran fuertemente matizadas y relacionadas con visiones que estigmatizan al aborto.

Así, el uso de un legrado o de la AMEU, como bien lo explica Cevallos, en su investigación (2011), es más que la simple aplicación de un procedimiento médico. Se usa el legrado para causar dolor e incomodidad a las mujeres que abortan. Entonces esta práctica se configura como una estrategia de control social. El AMEU casi no se usa. Desde mi punto de vista, estas formas de proceder también refuerzan el imaginario del aborto como una experiencia que siempre debe ser dolorosa, aunque en la práctica no siempre es así.

Dentro de los procedimientos médicos para llegar a un aborto, también he ubicado a la interrupción con el uso de medicamentos. Muchas mujeres que los usan no requieren de soporte institucional para iniciar el aborto, a la vez, sí se hace necesario contar con un soporte médico o consejería, ya sea para asegurarse que el procedimiento resultó de la mejor manera o para terminar el aborto.

El uso de medicamentos para interrumpir un embarazo se constituye en una de las formas menos riesgosas para la salud de las mujeres. “Actualmente existen dos medicamentos para abortar: mifepristona, Ru 486 o píldora abortiva y misoprostol. Utilizadas las dos juntas [...] constituye la forma más segura y sin riesgos de interrupción del embarazo” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 27). El medicamento mifepristona es costoso, por lo que es usado en países desarrollados, en donde son altos los niveles socioeconómicos. En el caso de América Latina es difícil acceder a él y en el Ecuador no se encuentra en circulación. Por esta razón únicamente es posible acceder, aunque también de manera restrictiva, al misoprostol.

El misoprostol es un medicamento usado para el tratamiento de afecciones gástrico-duodenales. A la vez, en dosis altas provoca contracciones del útero y la expulsión de sus contenidos. Este efecto hace que el medicamento se utilice para varios tratamientos ginecológicos y de obstetricia, incluido el aborto.

Según el Protocolo de Atención (2008) de la Línea de Información Gratuita sobre Aborto Seguro, manejada por el Colectivo Salud Mujeres, el uso del medicamento misoprostol, o también conocido como Cytotec, es recomendable antes de las 12

semanas de gestación. Se usan de dos a tres dosis, cada una de 4 píldoras, cada 4 horas. Se lo puede hacer vía sublingual o vaginal (para esta última se deben remojar las píldoras en agua). Puede ser usado hasta las 20 semanas, a partir de la semana nueve los riesgos de hemorragias aumentan con el paso del tiempo. Por esta razón, La Línea indica que para el uso del misoprostol, pasadas las 12 semanas de gestación, se requiere de acompañamiento y se necesita tener cerca una casa de salud, por si ocurren emergencias.

En los países donde el aborto se encuentra penalizado, el acceso al misoprostol es limitado, en las farmacias de nuestro país se distribuye el misoprostol bajo receta médica. Son pocos los lugares donde se puede comprar el medicamento de manera libre. Esto acarrea el surgimiento de “un mercado negro en la provisión de medicamentos, provisión de procedimientos, aprovechándose de la mujer, violentándola e impidiendo el ejercicio de su derecho a la vida y a la salud” (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 14), en definitiva, la coloca en situaciones de riesgo.

Frente a este escenario, desde junio del 2008, un grupo de mujeres jóvenes del Colectivo Salud Mujeres, abrió La Línea telefónica de información sobre Aborto Seguro con el uso de misoprostol. En la Línea se informa sobre la forma de realizarse un aborto seguro con el medicamento y también sobre otros temas relacionales con la salud sexual y reproductiva (Salud Mujeres, 2011). Este espacio busca que las mujeres tengan mayor acceso al aborto de manera segura.

Procedimientos alternativos.- a más de los procedimientos médicos ya citados para llegar a la interrupción de un embarazo, he ubicado también otros procedimientos no médicos. Cada una de las prácticas que voy a mencionar a continuación, no corresponden a procedimientos formales, se tratan más bien de prácticas autoinducidas llevadas a cabo de manera informal y que las mujeres realizan con la intención de abortar, por ejemplo, uso de hierbas u objetos. Estas prácticas han sido recogidas en distintos trabajos. Me baso en algunas prácticas citadas en el texto de la Coordinadora Política Juvenil ¡De eso no se habla! Percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en Quito (s/f).

Cuando una mujer presume o sabe que se encuentra frente a un embarazo no deseado y decide que es necesario interrumpirlo varias son las estrategias a utilizar. Recuerdo que:

Como a la edad de 17 años, totalmente atemorizada, con un retraso de días temía un embarazo, no quería, era muy joven, sin saber qué hacer se lo comenté a mi madre, ella me acogió y enseguida preparó varios litros de agua de higo y me los dio a tomar, uno tras otro, al siguiente día mi menstruación llegó, nunca supe si se trató de un embarazo o si fue un retraso debido a la angustia, lo que sí descubrí es que cuando una mujer no desea un embarazo existen maneras para interrumpirlo (Diario de campo, 2012).

En el cotidiano existe una gama de prácticas informales para llegar a un aborto. Tenemos por ejemplo, el uso de objetos, el uso de aguas de hierbas, caídas provocadas, entre otras. Las mujeres pueden estar consientes de que la mayoría de estas prácticas atenta contra su salud, a la vez, las presiones y el no acceso a otros procedimientos hacen que se provoquen daño a sí mismas, “ella había ido a golpearse con una piedra en la barriga estaba de rodillas, se golpeó y se rodó las gradas, así en segundos sangró y el niño de dos meses cayó” (Coordinadora Política Juvenil, s/f). El uso de golpes o las supuestas caídas o accidentes son estrategias muy conocidas, con ellas se puede lograr un aborto, pero también se pueden afectar otros órganos.

El uso de objetos es otra práctica para autoinducirse un aborto, “algunas mujeres se introducen armadores, agujas para tejer u otros objetos dentro de la vagina” (Coordinadora Política Juvenil, s/f), lo que puede desembocar en fuertes infecciones o lesiones internas.

De los saberes de indígenas de la sierra y de la Amazonía se conoce el uso de plantas para provocar un aborto, “Plantas fuertes antiparásitos... la ruda el alcohol y un poco de sal en piedra... haciéndose baños vaginales, vapores con ruda [...], tomarse con trago purito [...] las pepas de zapallo, las pepas de aguacate licuado con una pepa de papaya”, (Coordinadora Política Juvenil, s/f). El uso de plantas puede ser riesgoso en la medida que se trata de saberes que como muchos de la tradición indígena o ancestral son transmitidos de forma oral y de generación en generación, su transmisión puede ser incorrecta y causar intoxicaciones a las mujeres.

En un Informe Provisional del Secretario General de las Naciones Unidas (2011) se menciona que la penalización del aborto es una causa para promover abortos inseguros y riesgosos, abortos bajo procedimientos autoinducidos se provocan en condiciones peligrosas para la salud de las mujeres “aborto provocado por la propia mujer o por un curandero mediante la inserción de un objeto en el útero, la ingesta de una sustancia peligrosa o un masaje violento; e ingestión de medicamentos recetados

incorrectamente sin el debido seguimiento y sin información adicional” (Naciones Unidas, 2011), como se puede evidenciar este tipo de prácticas para interrumpir un embarazo son comunes en el mundo, Ecuador no es la excepción:

Conforme las mujeres tiene un menor nivel de educación, todavía hay abortos provocados con ruda [...] hay mujeres que se botan, hay mujeres mayores, que dicen no es que me caí [...] se botan de las gradas, se botan al piso, porque no todas tienen acceso al misoprostol y todas tienen la desesperación de que de pronto no pueden con un hijo más (María Rosa Cevallos, 2012, entrevista).

El uso de estas prácticas se debe en gran medida a la falta de accesos, por un lado el acceso a procedimientos médicos adecuados, bajo condiciones que aseguren el bienestar físico y la salud de las mujeres; acceso a recursos económicos para costearlos; acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, sobre procedimientos y riesgos al momento de decidir por un aborto.

La legislación sobre aborto en el Ecuador criminaliza a las mujeres que deciden abortar. Al ser el aborto una práctica ilegal, todos los procedimientos para inducir abortos decididos se vuelven clandestinos, esta condición en sí misma, pone en riesgo a las miles de mujeres que con el fin de llegar a la interrupción de un embarazo no deseado, recurren a distintas estrategias, algunas menos saludables que otras.

En este escenario parecería que la relación entre una normativa que criminaliza y aborto da como resultado de manera inevitable condiciones de riesgo para todas las mujeres que viven esta experiencia. A continuación explico cómo en Quito, las particularidades de los servicios que interrumpen embarazos se constituyen en un factor para que las mujeres que abortan transiten en un contexto paradójico, al momento de seguir las trayectorias para abortar.

Servicios y aborto

A partir de lo expuesto, se puede mirar como la forma en la que se norma el aborto en nuestro país, se constituye en una barrera para que las mujeres que lo decidan puedan abortar y así ejercer de mejor manera su soberanía del cuerpo. Sin embargo, en Quito, aunque la norma es clara, se presentan factores que hacen que la práctica del aborto perviva entre la ambigüedad de la sanción legal, social, el reconocimiento y la atención.

En lo que corresponde a los servicios, es importante iniciar aclarando aspectos relacionados al aborto seguro, un aborto es seguro cuando se tomaron en cuenta

medidas para garantizar la salud física y emocional de las mujeres, esto involucra instalaciones adecuadas, procedimientos, profesionales que los apliquen de manera segura y sostenimiento o acompañamiento para las mujeres, antes o después de efectuarse el aborto (Guía post-aborto de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2009) esta comprensión de los servicios no es nueva, las feministas radicales de los años 70 ya incluían entre sus propuestas servicios que respeten los derechos de las mujeres. “Las feministas no solo crearon espacios propios para estudiar y organizarse, sino que desarrollaron una salud y ginecología no patriarcales, animando a las mujeres a conocer su propio cuerpo” (Miguel, 2002; 244).

Como ya mencioné, las mujeres pueden abortar usando procedimientos médicos o procedimientos alternativos. En este estudio me referiré a mujeres que han interrumpido sus embarazos no deseados a través del uso de procedimientos médicos.

Cuando las mujeres deciden abortar con procedimientos médicos, de una manera u otra, acuden a servicios. Todos los espacios que brindan el servicio de aborto inducido fuera de las causales legales antes mencionadas, son ilegales. La demanda por acceder a un aborto es alta; por esta razón, son varios los lugares donde se ofrece esta atención, estos lugares o espacios terminan constituyéndose en servicios que atienden a las mujeres que desean abortar.

En las trayectorias que siguen las mujeres para abortar, los servicios se convierten en paradas, la seguridad de las mujeres que aborta dependerá de las condiciones y la calidad de cada parada.

Mi investigación ubica a la ciudad de Quito como caso de estudio, por esta razón a continuación presento algunos aspectos que permiten identificar cuál es la realidad de esta ciudad, en lo que se refiere a servicios y accesos para abortar.

La ciudad de Quito es una urbe donde se concentran los accesos y los servicios de toda clase. El acceso al aborto no es la excepción, existen varios lugares que ofertan, en muchas ocasiones de manera abierta, el servicio de una interrupción inducida. El funcionamiento de los servicios para abortar se hace necesario en la medida que existe una demanda, las mujeres están decidiendo abortar; y, es a partir de esa decisión que buscan las estrategias para hacerlo, buscan dónde y cómo hacerlo, buscan el servicio y lo hacen.

Al indagar sobre las rutas a seguir, se puede sentir la sensación del secreto a voces, muchas mujeres y hombres conocen de los lugares y cuando se les pregunta la respuesta más frecuente es, “una amiga me dijo, mi vecina sabia irse, donde es seguro es en [...], te tomas las pastillas y después te vas [...]” (Diario de campo, 2012), si bien algunas de mis informantes no indican específicamente las direcciones, al insistir, sí mencionan que estos servicios operan en distintos sectores de la ciudad. En Quito existen sectores específicos donde, la gente sabe que se aglutinan este tipo de servicios.

Los alcances de esta investigación, de ninguna manera permiten hablar de todos los servicios que existen en Quito; sin embargo, durante el trabajo de campo se realizaron visitas y entrevista al personal de algunos servicios. Esta información referencial ha posibilitado generar una clasificación y conocer algunas características y diferencias existentes entre los servicios.

Existen dos grandes grupos de servicios, los estatales y los privados. Con respecto a los primeros, es importante rescatar que, si bien, estos no interrumpen embarazos no deseados, no inducen abortos, si atienden abortos en curso, de estos abortos en curso, muchos son autoinducidos, es decir, que las mujeres que deciden por un aborto pueden completarlo en el sistema de salud pública, si fuera el caso. En cuanto a los privados, existe una diversidad, a la vez, por sus características los he subdividido en servicios relacionados con ONG y consultorios privados.

Servicios estatales

Según la Constitución, Art. 10 y 11 (2008), el Ecuador es un Estado de derecho y por tanto es su obligación promover el bienestar y la vida en dignidad de todas y todos quienes lo habitan. El derecho a la salud corresponde a uno de los derechos que satisface una necesidad básica para la sobrevivencia, las prestaciones relacionadas con el aborto, se enmarcan dentro de este derecho. Estas prestaciones forman parte de la política de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del estado ecuatoriano. Las prestaciones asignadas por la Ley de Maternidad Gratuita cubren al sistema de salud pública, no cubren las atenciones brindadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IES, ni los de hospitales como el de la Policía y Fuerzas Armadas, a pesar que estos también son estatales.

En este punto, una vez más cabe enfatizar en que las prestaciones relacionadas a aborto que el estado ecuatoriano ofrece, en ningún caso se refieren a la inducción del aborto decidido, sino más bien a afectaciones que devienen de un aborto sea espontáneo o inducido.

En nuestro país han existido distintas formas de clasificar las prestaciones de salud relacionadas con el aborto. Por ejemplo, en el caso de la provincia de Pichincha, “antes del 2003 no se encuentran tipificadas las prestaciones para atender abortos” (Ivett Rodríguez, 2012, entrevista). Para los años 2003 y 2004 se registra la atención del aborto de manera general, comprendido entre las prestaciones que tienen que ver con las hemorragias de la primera mitad del embarazo; en el 2005 se evidencia un cambio y se empiezan a atender bajo la siguiente clasificación; amenaza de aborto, aborto (no complicado) y aborto complicado, incluía tanto la amenaza de aborto, que tiene que ver con una categorización según la evolución del aborto, y el aborto complicado y no complicado que corresponde a una clasificación según las consecuencias, esta forma de clasificar los casos de aborto permaneció hasta el año 2008. Para el 2009 se realizan cambios, y las prestaciones se ubican únicamente en abortos clasificados según la evolución: amenaza de aborto, cuando presenta sangrado y dolor pélvico, pero ausencia de dilatación del cuello uterino y cuyo pronóstico es favorable; aborto en curso; cuando se palpan o protruyen membranas o partes fetales a través del orificio cervical; y, aborto séptico, cuando termina en un proceso infeccioso sea de grado I, II y III de acuerdo a la extensión de la infección. Las prestaciones de servicio a estos tres tipos de aborto se mantienen hasta la actualidad (Bustamante y Gómez de la Torre, 2011: 50), desde esta clasificación se analiza únicamente el estado médico de la paciente para dar la prestación, esto asegura que se cumpla con la obligación de promover el derecho a la salud, pues se atienden todos los casos de aborto –espontáneos o inducidos-.

Se mencionan estas clasificaciones y los años en las que se van dando para evidenciar cómo las políticas en salud, van considerando y colocando en agenda aquellos problemas de salud pública que corresponde a las consecuencias de una realidad específica. Desde mi punto de vista, estos avances denotan que de todas maneras desde lo estatal se busca asegurar la salud de las mujeres, puesto que de la forma en que está planteada la legislación no pueden hacer otra cosa, esto a pesar de que existe una realidad, el aborto como un problema de salud pública.

Desde lo legal existen restricciones sobre el aborto decidido, ya en la práctica el Estado ecuatoriano atiende abortos decididos, no los induce pero los atiende. El Estado al asignar recursos reconoce la importancia de atender abortos decididos y paradójicamente legitima esta práctica que sanciona desde la norma legal.

Para la presente investigación uno de los principales problemas al momento de realizar el trabajo de campo fue el limitado acceso a los espacios y a la información, la misma situación la señalan Vanessa Bustamante y Virginia Gómez de la Torre (2011). Estas autoras mencionan haber accedido a ciertos datos, a la vez, cuestionan la desorganización de estos²⁰.

Sobre la premisa de que los datos y la información respecto a aborto se presentan de una manera desorganizada y son de limitado acceso, sobre esta premisa, de todas maneras el cuadro presentado a continuación permite tener una idea del número de casos atendidos y registrados en el sistema estadístico de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita, desde el año 2003 hasta el 2010.

Tabla 1. Pichincha: prestaciones relacionadas a aborto del 2003 al 2010

Año	Prestaciones			Total
2003	4252 (Número total de abortos en todas las casas de salud)			4252
2004	5400 (Número total de abortos en todas las casas de salud)			5400
	Amenaza de aborto	Aborto	Aborto complicado	
2005	1129	4905	37	6071
2006	1038	4773	59	5870
	Atención de amenaza de aborto	Atención de aborto no complicado	Atención de aborto complicado	
2007	983	5129	290	6402
2008	872	5689	308	6869
	Atención hospitalaria de amenaza de aborto	Atención hospitalaria de aborto en curso	Atención hospitalaria de aborto séptico	
2009	777	4508	107	5392

²⁰ El Ministerio de Salud Pública maneja una forma de categorizar la información sobre egresos hospitalarios por aborto mientras el INEC utiliza otra, por esta razón en lo que se refiere a atenciones públicas para los casos de aborto, es complicado realizar comparaciones rigurosas.

2010	1125	4392	109	5626
Total	5924	29396	910	45.882

Fuente: Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

La forma de nombrar la clasificación de las prestaciones por aborto ha cambiado con los años, a la vez, los criterios son los mismos, es así que, Aborto, Atención de aborto no complicada y Atención hospitalaria de aborto en curso, se refieren a abortos realizados, de estos unos corresponden a abortos espontáneos o abortos inducidos. Las prestaciones registradas por Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia no identifica la edad de las mujeres atendidas.

Desde el año 2005 al 2009 existe una clasificación de los tipos de aborto. Las prestaciones por aborto en este período suman 36230. Atenciones relacionadas a amenazas de aborto 5924 y atenciones por aborto en curso y aborto complicado 30306. A partir de estos datos, desde mi criterio, se podría presumir que las prestaciones de amenaza de aborto corresponden a abortos espontáneos, mientras la mayoría de las prestaciones -aborto en curso y aborto complicado- 30306 tendrían que ver con casos de aborto decidido.

Lo anterior evidencia que el Estado ecuatoriano al mismo tiempo que penaliza a las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos, al mismo tiempo, las protege. Mientras en la ley sanciona al aborto, en la práctica invierte recursos -no de manera explícita-, sino para asegurar que un grupo de abortos decididos concluyan de la mejor manera. Esta paradoja que se presenta en el Estado ecuatoriano salva la vida de miles de mujeres que deciden abortar.

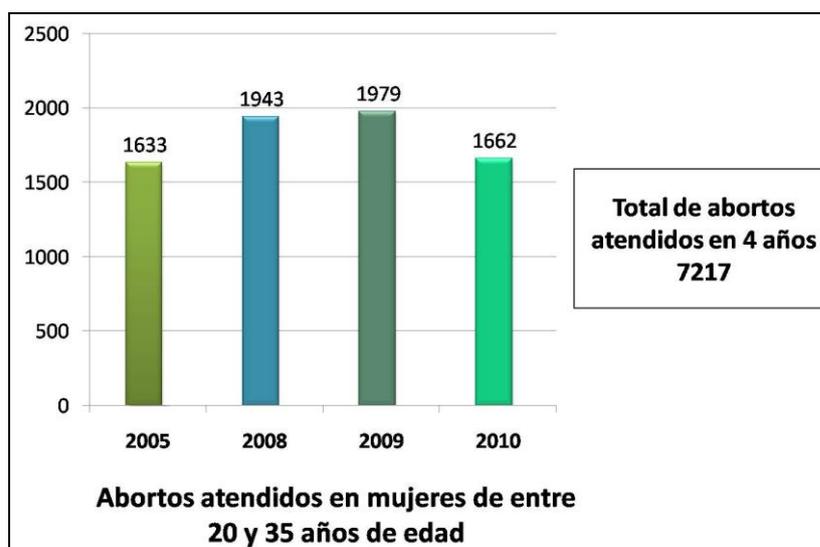
De los datos presentados en la tabla anterior también es importante destacar que el número de atenciones por aborto en curso, en el sistema de salud pública, se ha mantenido entre los 4000 y 6000 abortos, por año. Las variaciones no son significativas. Parecería que a lo largo de estos diez años este tipo de aborto no se ha incrementado de manera significativa. Esta lectura resulta contradictoria en relación a los datos presentados por los colectivos de mujeres que mencionan que el número de abortos aumenta de manera significativa. Más bien, lo que deja ver esta información es que, el número de prestaciones asignadas por esta institución no ha aumentado, a pesar de que en la práctica sí existe un aumento de la cantidad de interrupciones.

Los datos de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita son cifras referenciales a la atención estatal. La Unidad Ejecutora no incluye en sus sistemas de

información a las prestaciones relacionadas a aborto que se brindan en otros sistemas de salud, que también son estatales.

La mayoría de los casos de abortos de distinto tipo se remiten a maternidades u hospitales grandes del Sistema de Salud Pública. Un ejemplo en la ciudad de Quito es el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. A este establecimiento llegan mujeres solicitando atención frente a distintas afecciones relacionadas al aborto. Las estadísticas presentadas por este hospital en su página electrónica oficial rescatan que en los años 2005, 2008, 2009 y 2010 existe un rango similar de atenciones para el grupo de mujeres de entre 20 a 35 años. La información del 2006 no se presenta desagregada por edad y la del año 2007 no se encuentra disponible, por esa razón esos datos no aparece en el siguiente gráfico estadístico.

Gráfico 1. Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora: abortos atendidos entre el 2005 y 2010



Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

Estas cifras permiten ver que no existen variaciones significativas en estos años, lo cual coincide con información de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita. El Estado no ha disminuido ni aumentado, significativamente, los recursos para las prestaciones relacionadas con aborto.

Una vez más rescato que se mantiene lo paradójico en las trayectorias que siguen las mujeres que abortan, son sancionadas pero son atendidas. A través del

reconocimiento de estas prestaciones el Estado atiende a las mujeres; sin embargo, en este punto se presente la siguiente interrogante. ¿Cuál es la calidad del servicio estatal para las mujeres que abortan? A continuación hablaré sobre la forma en que se atiende a las mujeres que acuden a servicios públicos debido a afecciones relacionadas con el aborto.

La investigadora María Rosa Cevallos (2011) visibiliza que la atención médica se encuentra vinculada con un imaginario negativo sobre el aborto. Explica que todas las mujeres que llegan a una casa de salud del sistema público con un aborto en curso son vistas como sospechosas de haberse autoinducido un aborto, la sospecha implícitamente se convierte en una práctica médica, sale del campo profesional y se ubica en un sistema de control social. Este tipo de relacionamiento y de prácticas entre los prestadores de servicios y estas mujeres resultan violentas y transgresoras de los derechos.

El centro obstetra es un lugar donde las mujeres generalmente van a parir, es un espacio totalmente aséptico es un espacio médico [...] donde lo prioritario son las mujeres que van a parir [...] dentro del centro hay una sala de legrados a la que llegan las mujeres que están en aborto en curso, entonces estas mujeres no son atendidas como pacientes prioritarias, de hecho en el centro obstétrico hay un anesthesiólogo especialmente los fines de semana [...] entonces las mujeres,(que están en proceso de aborto) digamos, son las últimas que se atienden, porque no son pacientes prioritarias porque lo importante, en el imaginario del centro obstétrico son las nenas y los nenes que van a nacer, las mujeres que van a parir [...] son pacientes prioritarias, aquellas que están abortando son las mujeres que pueden esperar (María Rosa Cevallos, 2012, entrevista).

Como se menciona, el hecho de no ser la prioridad en un espacio de salud, da la pauta para pensar que en las instituciones médicas se recrea un conjunto de significaciones que clasifican a los sujetos -mujeres-, de tal manera que hay mujeres de primera y de segunda categoría; el estigma del aborto cobra valor en lo concreto, el sistema patriarcal legitima el dolor como una forma de sancionar a quienes salen de la norma.

Es en los últimos años que existe desde el Estado un discurso de humanización y de atención respetuosa a todos los integrantes de la sociedad, desde el ejercicio de derechos. Sin embargo, en el día a día el discurso no siempre se pone en práctica, y de hecho, esto resulta complejo debido a que los servicios públicos no abastecen la demanda. Las y los médicos, enfermeras e internos se encuentran saturados de trabajo;

el personal no es suficiente y en ese contexto se da prioridad a las mujeres que van a dar a luz y se deja en espera a las mujeres con aborto en curso.

Si a esta situación le agregamos que el personal que trabaja en los sistemas de salud muy probablemente incluye en su ejercicio profesional sus propias creencias religiosas o valores morales o sus imaginarios como por ejemplo la maternidad obligatoria como inherente a las mujeres, se genera un escenario donde se legitiman y naturalizan prácticas de castigo frente al aborto, sobre todo si se sospecha que el aborto es inducido.

Según Cevallos (2011), el legrado, a pesar de ser un procedimiento doloroso, costoso y mayormente invasivo, es el más utilizado. Además, una práctica que acompaña este procedimiento es mostrar a la mujer el producto -el contenido que se le extrae-. En otros países donde el aborto es legal pero se sigue criminalizando a las mujeres, se obliga a la mujer a mirar, por medio de un eco, al feto antes del aborto. Estas dos prácticas que se utilizan en espacios médicos y con el apoyo de la tecnología (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista); se las podría considerar como prácticas de tortura.

En la era de la información, a las mujeres que llegan a los centros de salud estatal, no se les informa, ni se les pide decidir sobre el procedimiento que se les va a aplicar para concluir sus abortos, por ejemplo, muchas no conocen de la AMEU. Esta forma de proceder se debe a que desde el imaginario social, las mujeres que abortan incumplen el mandato social de la maternidad obligatoria y por lo tanto, “las mujeres que abortan son subversivas” (Cevallos, 2011: 25) frente a la norma legal y social. Se puede afirmar, también que, en este escenario, el Estado sanciona la decisión que sale de la norma, culpabiliza y además crea una atmosfera de clasificación de las mujeres las “buenas mujeres que paren” son atendidas antes y las “malas mujeres que abortan” son quienes pueden esperar para ser atendidas.

María Rosa Cevallos (2010) en su investigación visibiliza que en los espacios de salud estatal existen prácticas que legitima el abuso de poder frente a las mujeres que deciden abortar. Este abuso no siempre lleva consigo prácticas explícitamente violentas, “Las disciplinas persuaden y controlan las actividades de los cuerpos, marcando ritmos, funciones y tiempos precisos, de manera sutil y cotidiana, de tal manera que las normas se naturalizan” (Cevallos, 2011: 22). Esta visión tiene que ver con la formación

curricular de las y los médicos que ven en su rol la misión de curar y de solucionar problemas sociales e individuales, muchos desde un enfoque moralista. Los enfoques de derechos humanos y de género se encuentran ausentes, tanto en la formación como en la práctica médica.

En el fondo, como ya lo mencioné, lo que el Estado²¹ criminaliza es la toma de decisión al no reconocer que la vivencia de la sexualidad, particularmente la de las mujeres se encuentra atravesada por una serie de aspectos. Las usuarias son seres humanos con emociones, con experiencias y vivencias, con situaciones de violencia y espacios de afecto y de placer. Existe una ausencia del acto de comprender y de reflexionar que las prácticas sexuales tienen matices, y el aborto es una estrategia frente a los matices de la vida y del ejercicio de la sexualidad de las mujeres, sobre todo porque en caso de las mujeres el ejercicio de la sexualidad, -específicamente el coito- trae consigo el riesgo de la reproducción.

Tanto en el sistema de salud pública, como en el sistema de salud privada es ilegal inducir a un aborto decidido. Solo es posible hacerlo bajo las causales admitidas por la ley. A la vez, en ambos espacios, el privado y el público, se atienden a las mujeres que llegan por aborto en curso o complicaciones de aborto.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) es el organismo estatal encargado de receiptar la información pública y privada de atenciones relacionadas al aborto. Esta fuente informativa permite evidenciar en mayor grado al aborto como una problemática de salud pública.

Tabla 4. Pichincha: egresos hospitalarios relacionados con abortos, 2010

EGRESOS HOSPITALARIOS 2010	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	Total
Aborto espontaneo	52	685	971	1568	661	3937
Aborto médico	45	517	801	1114	510	2987
Otro aborto	-	30	32	74	19	155
Aborto no especificado	246	4081	6287	8862	3595	23071
Intento fallido de aborto	-	3	4	4	5	16
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al			23	40	16	

²¹ Lo presentado es lo que puedo decir sobre servicios estatales, se trata de información referencial puesto que no se me autorizó ingresar a algún centro de salud pública.

embarazo molar.	17	207				303
Total	360	5523	8118	11662	4806	30469

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

La información del INEC a diferencia de la proporcionada por la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y por el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora cuenta con una clasificación más amplia de egresos hospitalarios o prestaciones de salud relacionadas al aborto y su sistema de información también genera una clasificación por grupos de edad. El Instituto de Nacional de Estadísticas y Censos recoge los datos de todo el Estado y de todos los servicios privados.

En Pichincha los índices más altos de egresos hospitalarios relacionados al aborto, corresponde a mujeres de entre 25 y 34 años de edad. Le sigue el grupo de edad de entre 20 a 24 años. Juntos los dos grupos de edad suman 19780 que corresponde a más del 65% de egresos hospitalarios totales en el 2012. El 19% engloba a las atenciones prestadas a niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Y en el 16% restante se ubican las mujeres adultas de 35 a 44 años. Los atenciones relacionadas con el aborto en la provincia de Pichincha, según el INEC, suman 30469.

En Pichincha y en Quito (se concentran un importante grupo de casas de salud estatales y privadas) a partir de los datos estadísticos presentados, se puede afirmar que la mayoría de mujeres que son atendida por afecciones relacionadas al aborto son jóvenes. Este dato evidencia que el aborto no solo es un problema de salud pública, sino que también es un tema que afecta en mayor medida a mujeres de un grupo de edad específico.

Del total de atenciones solo el 13% de abortos se encuentra registrado como abortos espontáneos. El 11% de egresos tienen que ver con aborto médico, otro aborto, complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico y embarazo molar. El aborto no especificado y el intento fallido de aborto, que desde mi punto de vista se refieren a abortos decididos, corresponden al 76%, es decir 23087, de este número de egresos 15149 son mujeres de entre 20 a 34 años, a partir de este dato puedo decir que el 80% de egresos por abortos no especificados y abortos decididos en Pichincha pertenecen a mujeres jóvenes.

En el año 2010 el INEC identifica que se han proporcionado 30469 prestaciones relacionadas a aborto en Pichincha, tanto en el sector público, como en el privado. La Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita reporta, para este mismo año, 5626

prestaciones. El sistema de salud pública (sin contar con otros sistemas estatales) cubrió únicamente el 18% de prestaciones. En el 2010 el INEC indica que se atendieron 19780 mujeres de edades entre los 20 a 30 años de edad, mientras el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora atendió 1662 casos relacionados a aborto en un grupo de edad similar de 20 a 35 años, es únicamente el 8% de los abortos registrados por el INEC en la provincia de Pichincha.

El sistema de salud pública cubre una pequeña parte de las prestaciones para casos de aborto, otra cantidad es cubierta por diferentes sistemas de salud estatales y, desde mi punto de vista una gran parte de prestaciones se dan en el sistema de salud privado. Hay que recalcar que tras estas cifras existe un fuerte subregistro de la demanda de atenciones relacionadas al aborto. Otros abortos y atenciones relacionadas se resuelven en servicios ilegales que no llevan registros.

El Estado ecuatoriano es ambiguo con respecto a penalizar y atender a las mujeres que abortan, esta situación precautela la vida de muchas mujeres. A la vez, no se puede negar que la mayoría de mujeres de la provincia asume con sus propios ingresos las prestaciones de salud relacionadas al aborto. Seguramente muchas de ellas acuden a servicios legales e ilegales que cobran.

De los datos contenidos en las tablas presentadas se puede ver que el Estado invierte recursos en las prestaciones relacionadas al aborto²².

Por la manera particular como cada institución organiza la información, no es posible hacer una comparación rigurosa entre los tipos de aborto y los grupos de edad de las mujeres. En este punto, en el que no se cuenta con estadísticas claras, mucho menos con otro tipo de estudios, esta investigación representa una forma distinta a la estadística de conocer algunos aspectos de la realidad del aborto decidido.

En el servicio estatal son atendidas las mujeres con aborto en curso, espontáneo o incompleto. Los servicios de salud pública, no realizan abortos inducidos, estos servicios son parte de la ruta y son la parada de muchas mujeres que optaron por un

22 No se ha abordado en este estudio el tema del uso de recursos financieros del Estado para la atención de salud al grupo de personas que demandan servicios para el aborto, a la vez, sí se puede afirmar, que este escenario con seguridad le representa grandes recursos económicos al país, de allí que es mi opinión la de que sí el estado ecuatoriano incluyera una política más flexible, con menos restricciones frente a las causales que permiten acceder a un aborto, al menos los recursos económicos que se ubican para la atención de los casos, podrían ser redireccionados a otros servicios como son la prevención, la educación sobre sexualidad, o derechos, por ejemplo.

aborto decidido. Estos centros no cuentan con una atención humanizada frente al aborto, lo que prima es el derecho a la salud y la vida, las formas en que funcionan pueden ser cuestionables; sin embargo, el fin último es preservar la salud física de las mujeres, además cuentan con los profesionales y los espacios necesarios.

En relación a este tema, en la investigación realizada por María Rosa Cevallos (2011), se destaca que desde su percepción la condición de las mujeres que acuden a este tipo de servicios es diversa, sería incorrecto hablar de una única condición social de las usuaria, además la investigadora considera que en estos espacios existe un cruce entre lo etario y la clase social.

No podemos hablar de una sola mira de clase de las usuarias, creo que hay mujeres empobrecidas [...] mujeres que por ejemplo no tienen educación, que a ratos no llegan ni siquiera a la educación secundaria, lo que yo pude ver es que es un tema que relaciona la clase con lo etario, entonces las mujeres mayores que acuden [...] a terminar un aborto que no siempre es provocado [...] no todos los que llegan son provocados, hay abortos espontáneos. Las mujeres mayores que llegan normalmente son mujeres sin educación secundaria o con muy poca, con empleos informales [...] normalmente tienen muchos hijos más, la relación de pareja es ambivalente, a veces hay, a veces no hay [...] eso te hablo de las mujeres mayores de 35 para arriba; sin embargo, con las mujeres jóvenes [...] en general si son mujeres que van a la universidad o que están en el colegio, mujeres que tienen su novio que tienen educación superior [...] estas chicas normalmente van a terminar un aborto, porque han tomado misoprostol con conocimiento de causa y este es un espacio más, menos que les permite cierta confidencialidad [...] porque hay tanta gente que va y viene, que pasan desapercibidas (María Rosa Cevallos, 2012, entrevista).

De lo anterior podemos decir que a estos servicios llegan mujeres de clase baja y de clase media, desde mi criterio, la clase alta se encuentra ausente pues accede a sistemas de salud privados –cuentan con distintos recursos–, es interesante rescatar que en el caso de la clase media son las jóvenes las que llegan con abortos en curso, algunos causados por el misoprostol, estas mujeres accedieron a la información sobre de la interrupción de un embarazo con medicamentos, a la vez, no tuvieron enlace con La línea de información de aborto seguro, recibieron la información en otros espacios y necesitaron de atención, aquí recalco que cuando se usa de la manera correcta el misoprostol, son pocas las ocasiones que se requiere remitirse a una casa de salud por complicaciones, “Son las más jóvenes las que tienen mayor acceso al misoprostol, no tiene que ver esto necesariamente con La Línea, a mí en lo personal ninguna me habló de la línea; sin

embargo, si tiene que ver con el uso de internet y con amigos médicos” (María Rosa Cevallos, 2012, entrevista).

Servicios privados

Existe una diversidad entre los servicios privados que ofrecen atención relacionada al aborto. Por la ilegalidad del aborto no se cuenta con datos estadísticos. Por los alcances de esta investigación he clasificado a estos servicios en dos grupos. El primero corresponde a servicios que tienen algún tipo de relación con ONG y el segundo pertenece a consultorios de médicos privados.

Los primeros, los relacionados con ONG, son espacios que se han creado en nuestro país para brindar el servicio de interrupciones de embarazos no deseados a partir del enfoque de derechos humanos. Estos espacios toman en cuenta las distintas realidades de las mujeres que optan por un aborto decidido y las barreras que existen en un país donde se penaliza esta práctica. De lo que se conoce, estos espacios son apoyados por ONG locales e internacionales. Sus objetivos principales son evitar que la salud de las mujeres corra riesgos y promover el ejercicio saludable de los derechos sexuales y reproductivos.

¿Cómo son estos lugares? De la visita a uno de ellos y a través de una observación participante, puedo destacar las siguientes características:

El lugar es tranquilo y acogedor, se ve limpio, en las paredes hay afiches relacionados con las luchas feministas y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las personas que trabajan ahí son amables. Las amigas que han utilizado este servicio me dicen que no les preguntan nada, que las chequean y les explican cuáles son las opciones y las maneras en las que funcionan los procedimientos. Además cada mujer realiza un pago según sus posibilidades. Se informa sobre misoprostol y el procedimiento que se usa es la aspiración, AMEU (Diario de campo, 2012).

Estos lugares son realmente escasos y poco conocidos. Desde mi análisis, esto se debe, en un primer momento, a que si bien, son espacios que brindan una atención integral y humanizada se encuentran en la ilegalidad y deben precautelara su seguridad. En un segundo momento se debe, a que las mujeres que conocen de este tipo de servicios se encuentran de una u otra manera, cercanas a organizaciones de derechos o a activistas feministas. “Las personas que venían acá venían por referencias muy seguras, muy conocidas y referencias de pacientes que ya habían estado acá, para llegar a este servicio

lo único que la gente tenía era la información, alguien le decía” (Médica ONG, 2012, entrevista).

La visión que tienen las y los prestadores de salud que pertenecen a servicios relacionados con ONG, sobre el tema del aborto, es distinta a la mayoría de las y los médicos que son parte de otros tipos de servicios. De la entrevista realizada a una persona que trabaja en un servicio privado de este tipo se rescata que la mirada que persiste al momento de realizar el procedimiento, es una mirada humanizada. Se piensa en la mujer que está al frente, se reconoce que esa persona requiere de un acompañamiento y no precisa ser juzgada “como un valor, como una posición ética de la organización jamás preguntamos porque quiere abortar, porque es una pregunta irrespetuosa desde el feminismo y desde los derechos, si vos vienes y me dices yo quiero abortar yo no tengo que preguntarte por qué” (Médica ONG, 2012, entrevista).

Este tipo de posiciones obedecen a que los servicios de ONG; se enmarcan dentro de procesos de activismo político que van más allá del lucro y de la mera atención médica. Se trata de proyectos que se enfocan en empoderar a las mujeres y promover el ejercicio de sus derechos, sobre todo el derecho a decidir, la soberanía del cuerpo. Por esta razón, desde estos espacios se promueve la despenalización del aborto; y, una de las consideraciones en la atención médica es el posibilitar que las mujeres ejerzan su derecho a decidir.

Es diferente que vengan acá, nosotros acá no ofrecíamos abortos con medicamentos, le dábamos la alternativa de que vayan a La Línea porque para nosotros en términos de seguridad era más complejo el tener por ahí mujeres sangrando, pero nosotros les decíamos eso a las mujeres y las mujeres optaban y decían, la mayoría el cien por ciento preferían hacerse con nosotros porque se solucionaba el problema de un día para el otro, en cambio con misoprostol son como 15 o 17 días, pero es una decisión que toma la mujer. Pero en lo que se refiere al tema del lucro, nosotros lo podíamos hacer acá porque nosotros no vivimos de eso, es parte de nuestro proyecto de vida, porque hasta es contradictorio para muchos médicos ginecólogos o ginecólogas que hacen abortos, están en contra de la legalización porque el momento en que se legalice van a perder ingresos, es un tema de lucro (Médica ONG, 2012, entrevista).

Otra de las especificidades del servicio de ONG es el acompañamiento a las mujeres. Se trata de un tipo de soporte, que como lo explica la médica entrevistada, no es consejería, ni se trata de juzgar; tiene que ver con sostener a las mujeres. El acompañamiento profesional es uno de los aspectos que configuran un aborto seguro. Este tipo de

acompañamiento se da solo cuando la mujer así lo solicita o lo propicia, porque las mujeres:

En algún momento del proceso quieren justificar que lo que están haciendo está bien y quieren escuchar a alguien que les diga que lo que están haciendo está bien, entonces es como terapéutico para ellas sacar una razón, entonces ahí nosotros reforzamos el tema del derecho y de la propiedad que ellas tienen sobre su cuerpo, del derecho que tienen a ser bien atendidas, respetadas (Médica ONG, 2012, entrevista).

Estos espacios relacionados con ONG cuestionan el accionar de otros espacios privados que realizan interrupciones de embarazo, donde el objetivo principal es lucrar, porque es precisamente lo económico lo que marca un tipo de relacionamiento. Por lo general, en los servicios privados que no cuentan con enfoque de derechos se viven otras realidades, el mayor involucramiento se da al momento de negociar el precio y las condiciones en las que se va a realizar el aborto (por ejemplo uso de anestesia local o general, la fecha para realizar la interrupción, la presencia de otras personas). Concluido el procedimiento se termina la relación paciente – prestador de servicio, lo que no pasa en los servicios con enfoque de derechos.

Cuando hay un posicionamiento político uno se involucra con la persona [...] uno se preocupa [de este espacio] las mujeres salen perfectas, tenemos médicos de respaldo, porque para nosotros lo fundamental ha sido la integridad de la mujer, ella sabe que no le va a pasar nada y que vamos a estar con ella, si alguna cosa pasara, [...] los otros servicios no son así (Médica ONG, 2012, entrevista).

El enfoque de derechos marca una diferencia trascendental en las mujeres frente a la experiencia de interrumpir un embarazo no deseado.

Otro de los servicios relacionados con ONG y que trabaja a partir del enfoque de derechos y el feminismo es La Línea de Información sobre Aborto Seguro, aclaro que este espacio no ofrece abortos, brinda información. Sin embargo, se trata de información para autoinducirse un aborto con medicamentos.

La presencia de La Línea de Información sobre Aborto Seguro en nuestro país, y principalmente en Quito, se constituye en uno de los hitos más importantes tanto para la despenalización social del aborto, como para la lucha por la despenalización legal. Por esta razón, a continuación hago un amplio recuento del trabajo de este servicio.

La Línea de Información de Aborto Seguro, si bien, no es en un servicio de interrupción de aborto como tal, sí es una de las paradas para llegar a un aborto decidido.

Este espacio es una propuesta que nace del trabajo del Colectivo Salud Mujeres. Esta es una organización de mujeres jóvenes feministas que viene desarrollando sus actividades desde el 2008, la propuesta “surgió en el marco del trabajo a favor de la despenalización del aborto y como parte de la campaña de Women on Waves (WoW) en el Ecuador” (Salud Mujeres, 2008), su objetivo es dar “información sobre cómo practicarse un aborto seguro en casa y con medicamentos, damos una alternativa real a las mujeres, independientemente de las leyes que pretenden penalizar nuestras decisiones autónomas” (Salud Mujeres, 2010), Para establecer contacto con Salud Mujeres se utiliza una llamada telefónica, de allí su nombre.

En este espacio es posible acceder a información sobre aborto seguro, sexualidad y métodos anticonceptivos para mujeres. La línea trabaja con un enfoque de derechos humanos, por esta razón brinda información basada en los siguientes parámetros: sin prejuicios, solidaridad, comunicación abierta y efectiva, lenguaje neutro, escucha activa, no forzada, confiabilidad y confidencialidad, no oculta información, brinda información verdadera, no aconseja, provee información para que las mujeres puedan tomar decisiones libres y autónomas. En La Línea se pregunta lo necesario para que el misoprostol sea utilizado de la mejor manera.

En un primer momento Salud Mujeres identificó como su grupo objetivo a “mujeres de sectores populares, del campo, de barrios urbano-marginales” (Salud Mujeres, 2008), porque consideraba que eran las mujeres que tenían menor acceso a información sobre estos temas. Después de tres años de trabajo, La Línea reconoce que este servicio ha llegado mayoritariamente a las mujeres urbanas de Quito. En el primer año de su funcionamiento, las llamadas desde Quito correspondieron el 87,3% del total de llamadas. En el segundo año al 81%. En el tercer año se llegó a un 52% hasta el cierre de la línea (septiembre de 2010) luego de activada otra línea, el porcentaje sube a 56%.

Quito es la ciudad desde donde más llamadas se reciben. Esto se debe a distintas razones, por ejemplo, la mayoría de estrategias de difusión (grafitis, volantes, eventos) se han concentrado en la capital. Desde mi punto de vista, esta concentración del uso de

servicio también se debe a que la mayoría de mujeres que vivimos en Quito, somos mujeres urbanas y tenemos más accesos.

Este servicio se encuentra enmarcado dentro de la legalidad; no hay delito en brindar información relacionada a los derechos sexuales y reproductivos y sobre aborto seguro. Sin embargo, el 12 de septiembre de 2010, el número telefónico de Salud Mujeres fue bloqueado por la telefónica Movistar. La orden venía de la Fiscalía General de la Nación, pues pesaba sobre La Línea una denuncia y una orden de investigación por parte de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, solicitada por un asambleísta. “Los motivos son ajenos a nuestro conocimiento” (Salud Mujeres, 2012). Frente a esta situación, las compañeras de Salud Mujeres se declararon en resistencia y abrieron otra línea telefónica con el número que se mantiene hasta el momento.

Este hecho es un ejemplo que permite identificar la postura de algunos sectores que se muestran reacios frente a la posibilidad de hablar del aborto decidido, desconociendo que el aborto es una realidad y una problemática social. El cierre fue la oportunidad para que Salud Mujeres reafirme su postura política y socialice su mirada en relación a las mujeres.

Aclaremos también que nosotras no aconsejamos, no obligamos, ni inducimos a ninguna mujer a tomar ninguna decisión, pues uno de nuestros principios fundamentales es el reconocimiento a la capacidad e inteligencia que tenemos todas mujeres para tomar decisiones sobre nuestras vidas y nuestra reproducción (Salud Mujeres, 2012).

Con respecto al servicio que brindan, es necesario enfatizar que se trata de trabajo voluntario de activistas feministas. Las jóvenes que atienden las llamadas cuentan con capacitación y un protocolo de atención, “llamas y te respetan, no te preguntan lo necesario, solo te indican el procedimiento de las pastillas” (Diario de campo, 2012). Desde mi punto de vista, ellas ponen en práctica un enfoque de derechos y de género, son éticas. El servicio como ya se dijo no tiene fines de lucro. El colectivo tiene muy en claro que entre su servicio y otros servicios que brindan información existe una gran diferencia.

Es una línea que no es un negocio, nosotras no queremos hacer negocio de esto [...] es una gran diferencia, entre quienes marcan una línea y venden misoprostol, quizás no tienen una línea pero dan información sobre aborto porque lo venden y ese es su negocio, de eso viven [...] la línea no intenta lucrar de las mujeres [...] lo otro es que es un proyecto político también [...] porque a los otros lo que les interesa y les va a seguir interesando es que el aborto jamás se

despenalice para seguir vendiendo pastillas clandestinamente (Verónica Vera, 2012, entrevista 2).

La Línea surge como una alternativa que democratiza la información sobre el uso del misoprostol. Al tener la información del uso del misoprostol las mujeres deciden como usarlo, si es en sus casas o en otros lugares, con acompañantes o no, cuando hacerlo en la noche o en el día. Este servicio rompe con la relación de poder entre las mujeres y los médicos, lo que facilita el acceso al aborto.

La Línea visibiliza y saca del imaginario de la clandestinidad al aborto y eso es valorado por otras organizaciones feministas “Yo creo que La Línea ha aportado en el imaginario de la sociedad [...] es un aporte impresionante poder decirles a las mujeres saben que llamen a este teléfono y ahí les van a dar toda la información adecuada, segura, correcta de cómo se hace un aborto, para nosotras como recurso es invaluable” (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista 2.).

Uno de los criterios con los que partió esta investigación fue el pensar que La Línea en sí había reconfigurado la ruta que siguen las mujeres para realizarse un aborto en Quito. Su influencia en la ciudad y la posibilidad de acceder a un aborto seguro y barato me hacían creer que las trayectorias cambiaron. Después de varias indagaciones y entrevistas, ahora considero que sí hay cambios significativos. Esta es una ruta visible, hay la información. Sin embargo, se requieren de contactos y farmacias para acceder al medicamento, es en este punto donde la ruta se vuelve compleja. Sobre este asunto, Virginia Gómez de la Torre, médica y activista feminista realiza la siguiente reflexión:

Yo creo que no cambió la ruta, creo que cambió la calidad de la ruta, porque antes tenían una ruta medio sinuosa y media al borde del precipicio, entonces La Línea les dio la posibilidad de seguir una ruta segura, por lo menos diciéndoles así es, así deben hacerlo y estas son las precauciones que deben tener y eso si es cambiar la ruta obviamente, claro que sí, porque al estar visible el número de la línea que es el número correcto, las mujeres obvian algunas otras paradas, que puede ser la del internet o que puede ser la de la amiga, entonces acortaron la ruta y la volvieron más segura en términos de la información, no hay un estudio que no se si haya como hacerlo en relación a la efectividad de La Línea en relación a si las mujeres llegaron todas a abortar o si salieron ilesas del proceso [...] es una estrategia producto de la inseguridad que las mujeres viven en relación a la interrupción de sus embarazos La Línea ha aportado en la disminución de la inseguridad, pero no es un aporte en un cien por ciento que enfrente la inseguridad (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista 2).

Sin duda La Línea corresponde a un aporte en relación a la manera de transitar por la ruta a un aborto, y claro La línea no alcanza, de ninguna manera, a solucionar el problema de la inseguridad, “la mujer solo con la información no puede tener un aborto seguro, tiene que tener un servicio o un profesional que también le acompañe y le garantice que no le va a pasar nada, [...] le dan la información y de ahí para adelante es la mujer la que apuesta” (Virginia Gómez de la Torre, 2012, entrevista), que las mujeres puedan auto inducirse un aborto de manera más segura es un avance, a la vez, sigue siendo complejo mientras no exista un servicio integral que asegure un acompañamiento saludable, a esto se refiere Pamela Quishpe, ex integrante de la Coordinadora Juvenil, activista por Católicas por el Derecho a Decidir - Ecuador y actualmente asesora de la asambleísta Paola Pavón.

Yo creo que La Línea sí ha servido en muchos casos pero en otros casos no te garantiza, no te da la seguridad, de que eso, finalmente digo las mujeres se enfrentan solas al tema del aborto [...] para mí La línea está bien, pero yo digo cómo enfrentar lo otro, lo de enfrentarte sola a esos procesos, eso sí me asusta (Pamela Quishpe, 2012 entrevista).

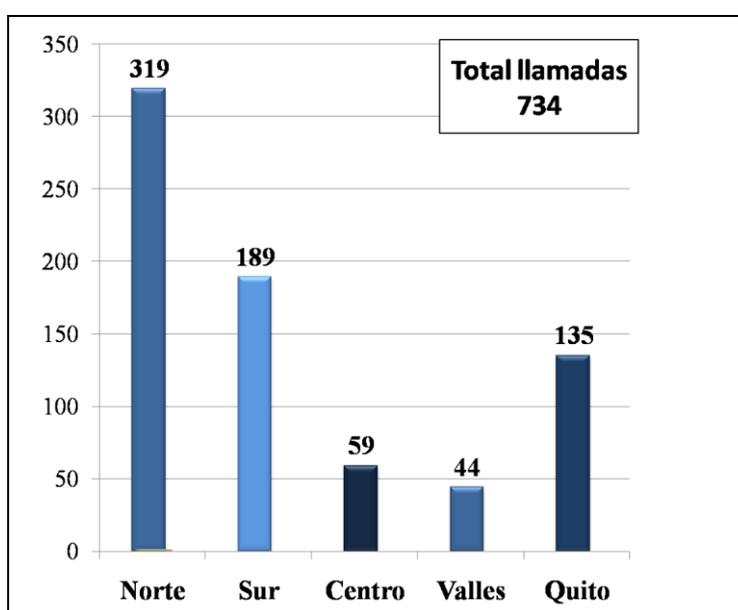
La línea termina siendo, para algunas mujeres, una de las paradas previas antes de llegar al acceso real de un aborto decidido, como lo dijo Gómez de la Torre, la calidad de la ruta cambia, pero la vulnerabilidad que envuelve a las mujeres que abortan persiste, tomen el camino que tomen.

La Línea de información de aborto seguro, a pesar de no ser un servicio que tenga un relacionamiento directo con las mujeres, es el servicio que más se ha preocupado por identificar cuáles son algunas de las características de sus usuarias.

Preguntamos datos que nos interesan saber por ejemplo, la edad de las mujeres que nos llaman, si están acompañadas o no, quien las acompaña, de donde nos están llamando para ver también la cobertura y ver cómo con la estrategia hemos logrado llegar y a qué lugares, también el tema de cómo se enteraron de La Línea, [...] les preguntamos en donde viven en que sectores como para darnos cuenta de donde nos están llamando las mujeres, es un poco difícil cómo ubicar la clase social, no les podemos preguntar, pero si existe el interés de conocer qué tipo de mujeres nos llaman (Verónica Vera, 2012, entrevista).

De los datos recabados en La Línea, específicamente de la ciudad de Quito, se desprende la siguiente información²³. Las llamadas recibidas del mes de enero del 2011 al mes de febrero del 2012 suman 734, los datos de La línea estaban clasificados por sectores, norte, sur, centro y valles, no es posible realizar una clasificación por barrios, como lo explican las compañeras es un corto tiempo y no se puede obligar a las mujeres a dar algún tipo de información detallada.

Gráfico 2. Línea Aborto Seguro: según localización de la persona que llama, 2008 a 2011

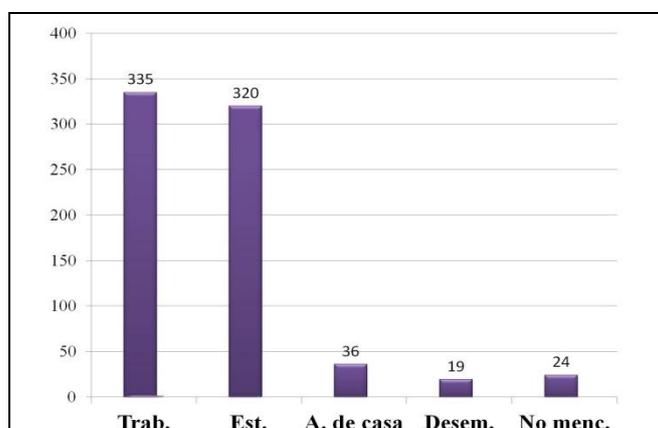


Fuente: Colectivo Salud Mujeres.

De las 734 llamadas, la mayoría de mujeres lo ha hecho del norte de Quito, le siguen las mujeres del sur, luego el número de mujeres que no mencionó el lugar del que llamaron, las mujeres del centro y de los valles. En este sentido, es complejo definir el estrato social de las mujeres que llaman, únicamente a partir del sector de procedencia, en todo caso esta información permite saber algunas particularidades de las usuarias que demanda saber sobre aborto.

²³ Destaco la apertura y autorización del Colectivo Salud Mujeres, puesto que esta información –base de datos- no se encuentra disponible al público en general.

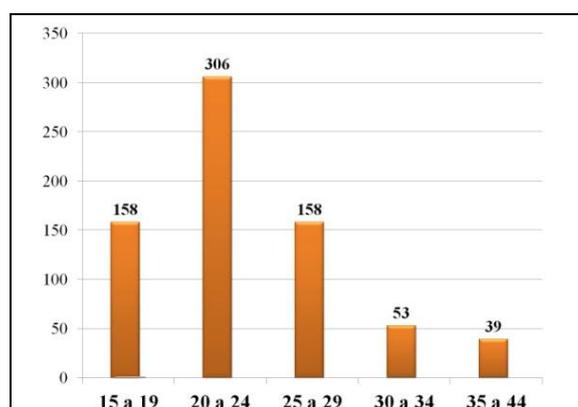
Gráfico 3. Línea de Aborto Seguro: llamada por ocupación de las mujeres, 2008 a 2011



Fuente: Colectivo Salud Mujeres.

De las mujeres que han llamado a La Línea la mayoría trabaja²⁴ y en segundo lugar se ubican las mujeres que se encuentran estudiando²⁵. Si bien este dato no nos habla del estrato socioeconómico como tal, nos da la idea de que este grupo de mujeres, cuenta por un lado con ingresos económicos y por el otro, con algún tipo de información, ambos aspectos corresponden a capitales con los que cuentan las mujeres. Son limitadas las llamadas de mujeres que trabajan en sus hogares sin remuneración y por último están las mujeres que se encuentran desempleadas.

Gráfico 4. Línea de Aborto Seguro: grupos de edad de las mujeres que llamaron, 2008 a 2011



Fuente: Colectivo Salud Mujeres

²⁴ En este grupo también he ubicado a las mujeres que estudian y trabajan.

²⁵ El número corresponde a las mujeres que están cursando la secundaria y estudios superiores.

Lo anterior deja ver que son las jóvenes de Quito, quienes demandan mayor información, parecería que son quienes mayormente requieren interrumpir un embarazo. La información de Salud Mujeres ubica a las jóvenes de 20 a 24 años como el grupo de mujeres que más ha llamado; el segundo es el grupo de edad de 25 a 29 años. Las cifras del INEC sobre abortos, por el contrario ubican a las mujeres de 25 a 34 años como el grupo de mayor incidencia de abortos, le sigue el grupo de 20 a 24 años. Lo que se destaca, aunque son datos de distinta procedencia, es que son las jóvenes de entre 20 a 30 años quienes se realizan o tienen la intención de llegar a un aborto decidido.

Los datos estadísticos recogidos por La Línea de Aborto Seguro no pueden dar cuenta del número de mujeres que abortan en Quito, lo que sí puede demostrar es la existencia de demanda de mujeres que desean información sobre aborto, es decir, pueden dar cuenta del interés de las mujeres quiteñas por saber cómo llegar a un aborto decidido; interés que hace una década no se podía visibilizar, mucho menos dimensionar.

Sarahí Maldonado, activista de la Línea de Información sobre Aborto Seguro, explica que muchas de las mujeres que les llaman se reportan acompañadas por su pareja²⁶, “generalmente no están solas están acompañadas por alguien, incluso sus parejas, se ha visibilizado que ellos están ahí” (Maldonado, 2012, entrevista 2). Virginia Gómez de la Torre, desde su experiencia indica que:

Un porcentaje un poquito más alto son las mismas amigas, las mismas mujeres acompañan a sus amigas en esos trances, luego están los novios, haber después de las amigas yo creo que está el porcentaje de las mujeres que lo viven solas, se acompañan a sí mismas, no quieren que nadie sepa (Gómez de la Torre, 2012, entrevista 2).

La mayoría de imaginarios, connotaciones y discursos que giran alrededor del aborto, en la ciudad, son negativos. En este escenario, el acompañamiento en todo sentido tiene un papel muy importante.

Los testimonios concuerdan con lo expresado por Maldonado y por Gómez de la Torre, las mujeres de Quito en su mayoría no abortan solas, están acompañadas por sus madres, también están acompañadas por amigas.

²⁶ Las mujeres (638) que llamaron a la línea, mencionaron que sus parejas les están acompañando en la decisión. Esto nos da a entender que los hombres asumen su rol en este procedimiento (Salud Mujeres, 2012).

Estaba con una amiga que me acompañó a buscar, nos fuimos por todas las farmacias pero no me querían vender, que necesitaba receta médica, [...] entonces que mi amiga entra le habían dicho que si tienen y compramos. Le pedí a mi amiga que me acompañe por lo que se pueda presentar (Diana, 2012, entrevista).

En el caso de otras mujeres son varias las personas que las acompañan, Mel - informante- contó con sus amigas, con su pareja y con su médico; Adriana con su pareja y con amistades que estaban al pendiente de su bienestar, “nuestras amigas en común todo el tiempo estuvieron apoyándonos en el proceso, nos llamaban cada tres horas” (Adriana, 2012, entrevista).

Es importante destacar, que 11 de las 16 mujeres que dieron sus testimonios, estuvieron acompañadas por sus parejas, en alguna ocasión, durante las trayectorias para interrumpir sus embarazos, la mayoría manifiestan que este acompañamiento tuvo para ellas un significado importante, “él estaba apoyando lo que yo estaba haciendo, era como que no me sentía tan mal, era como que me estaba cuidando, me estaba acompañando y no me juzgaba” (Diana, 2012, entrevista), “mi novio leía y se informaba, estudio un montón él también y me habla todas las noches un rato del tema, sí, estuve muy acompañada de mi pareja a pesar de los 8000 kilómetros de distancia” (Mel, 2012, entrevista).

Además se puede observar que las mujeres que se encontraban más empoderadas, pues contaban con la información, con los recursos y con una posición a favor del aborto desde la perspectiva de derechos, involucraron de manera más directa a sus parejas.

Yo me sentí totalmente acompañada, pero creo que la segunda vez que fue vaginal, fue mejor porque sentí participación de su parte digamos, creo que eso me faltó la primera vez, yo me tome las pastillas, yo las conseguí porque tuve el contacto (Vero, 2012, entrevista).

Los testimonios anteriores nos permiten evidenciar que cuando las mujeres se encuentran empoderadas, se promueven relacionamientos más cercanos y respetuosos con sus parejas, ellas tienen otras miradas. Muchos hombres participan de la toma de decisión, otros apoyan la decisión tomada por las mujeres, lo importante es que estos se involucran saludablemente, tanto en los aspectos materiales (buscar los recursos económicos o los lugares), como en los subjetivos (afecto, contención, acompañamiento).

Él estuvo como acompañándome un montón tranquilizándome y tal, yo ya la había tomado [la decisión] pero él tampoco estaba así como muy dispuesto, tampoco está entre sus planes y eso ha estado como súper claro, pero él también había pasado por otros momentos de acompañamiento, pero él ya se había dado cuenta que él no había acompañado a su otra pareja como se debía (Sarahí, 2012, entrevista).

El aborto termina siendo una experiencia compartida; y, este hecho reconfigura la posición tradicional que asigna “la responsabilidad única de la mujer sobre la anticoncepción” (Egüez, 2005; 54) y sobre el control reproductivo en la pareja y la familia.

Lo mencionado respecto al acompañamiento evidencia que en la actualidad se están generando prácticas distintas en las relaciones de pareja, sobre todo, si las mujeres cuentan con nociones e información sobre sus derechos, sobre todo el derecho a decidir. Queda pendiente entender las situaciones que llevan mujeres y hombres a no usar métodos anticonceptivos, aún teniendo la información, porque ésta sería una de las primeras prácticas de relaciones saludables en la pareja.

Cuando las mujeres conocen sobre sus derechos también cuestionan la posición de sus parejas durante la trayectoria al aborto, este es el caso de Negra quien menciona que durante sus interrupciones voluntarias no se sintió del todo acompañada.

Mi novio era súper inestable emocionalmente, entonces hubo momentos en que estuvo al pendiente, al principio me dijo que sí, lo que te dice todo chico en esta situación, yo te apoyo y haz lo que decidas, [...] al principio estuvo bien luego que yo dilate tanto la decisión, también hubo mucha inestabilidad entre nosotros y ya en el momento de abortar no sentí mucho apoyo de él (Negra, 2012, entrevista).

También existen otras exigencias por parte de las mujeres. Sarahí Maldonado, de Salud Mujeres menciona que el acompañamiento respetuoso de la pareja es muy importante, cuando la mujer así lo decide.

Hay retos grandes, construir masculinidades que sean un apoyo, que sean compañeros, que sean amigos, que sean respetuosos que dejen de ser tan machos porque creo que las mujeres vivimos en entornos de violencia social súper fuertes, incluso las que estamos empoderadas, no estamos seguras porque no tenemos compañeros que nos sigan la posta, que nos acompañen como eso como compañeros, colegas y cuesta un montón. También pasa por el tema del aborto, es un tema muy importante dentro de la concepción de la sexualidad como un eje transversal de nuestras vidas, entonces creo que hay que seguir hablando un montón de sexualidad en todos sus términos y hablar de

aborto como algo trascendental, creo que el reto es cómo hablar de sexualidad en términos mucho más integrales mucho más amplios, sacarnos esa concepción tan punitiva de nuestras vidas sexuales y reproductivas y vivirlas con placer [...], romper el imaginario del amor romántico [patriarcal] porque creo que ese es el causante de tanta violencia hacia las mujeres (Maldonado, 2012, entrevista).

Lo planteado por Maldonado tiene que ver con la configuración de nuevas masculinidades y con la visión de vivir una experiencia de aborto decidido saludable tanto para las mujeres, como para los hombres. En un contexto de ilegalidad y estigmatización, el acompañamiento se constituye en una manera de sostener y superar algunos de los obstáculos que tienen que enfrentar las mujeres quiteñas cuando deciden abortar. Así como hay experiencias de parejas que acompañan, en los testimonios también aparecen parejas maltratadoras, parejas con quienes la comunicación es un limitante, el machismo predomina y la violencia predomina.

El mito del amor romántico que es un concepto fundamental en el imaginario occidental muy a menudo se muestra como trasfondo de la violencia de género. Su representación está diseminada en diferentes discursos, creencias, producciones culturales y audiovisuales que marcan las formas, los rituales, las actitudes que lo caracterizan y lo hacen reconocible. El amor ideal de pareja siempre ha sido entendido en términos de diferenciación de los roles de género y se tergiversan fácilmente con la idea de posesión del otro (Fundación Desafío, 2012; 6).

Estando de acuerdo con Sarahí creo que el amor romántico representa un limitante en lo que se refiere a relaciones de pareja saludables, contadas parejas llegaría a lo que Anthony Giddens denomina como amor confluyente (Tenorio, 2012).

Del trabajo de campo realizado, se puede decir que, las mujeres que llegan a estos espacios vinculados a ONG u organizaciones sociales son muy diversas en lo que tiene que ver a su estrato social, mujeres de clase baja, pobres, de clase media y de clase alta, a la vez, desde los prestadores de servicios se manifiesta que no se puede hablar de un solo target, pero que la diferencia de clase social se manifiesta al momento del relacionamiento y del acceso al servicio, ahí uno se puede dar cuenta de la clase social a la que pertenece una mujer.

Es muy fácil, tantos años de conocer, las mujeres pobres, la adolescente, la indígena, la del sector urbano marginal o sea desde la parada, desde -claro- la ropa, desde el cómo habla, desde cómo pide, es absolutamente distinto de la que tiene dinero, la mujer que tiene dinero viene empoderada, viene no tanto exigiendo pero viene con la

certeza de que va a pagar por un servicio, porque en este servicio se cobraba [...], pero claro la mujer que tiene dinero pregunta, se preocupa por su cuerpo se preocupa por su futuro reproductivo, se preocupa por la calidad que se yo, se fija en que el espacio este bien y pregunta y pregunta, y te llama, la pobre no, la pobre viene como a pedir de favor a suplicar aunque espacios como este no son como para permitir que una mujer suplique o te pida por favor no sea malita ayúdeme, o sea; sin embargo, la autoestima, el empoderamiento la autonomía no es de las mujeres pobres no está ahí, o sea ahí la forma de relacionarse con la profesional o con la persona que le va ha hacer el procedimiento es diferente, es muy diferente, entonces hay tal vez un intermedio en mujeres que son, que están en un espacio de organización, que han venido muchas también acá, que son pobres igual, a duras penas están arañando la clase media pero personas que tienen la información, o sea la información es clave, porque la información primero te dice que eres persona con derechos, que tienes derechos y que más allá de la legalidad o la ilegalidad es ético, decidir sobre tu cuerpo y la única que puede decidir es una misma, pero claro en ese espacio chiquito de tiempo uno lo que puede hacer es fortalecer esa capacidad en las mujeres de decirles que lo que están haciendo es su derecho, que es correcto (Médica ONG, 2012, entrevista).

En muchas ocasiones se habla de la clase baja y de la clase media y su relación con el aborto por esta razón durante la entrevista con la médica, volvimos a enfatizar en las caracterización de estas mujeres, esta fue la respuesta.

Ahí las de clase media son más parecidas a las de clase alta a las de clase pudiente digamos, las de clase media muchas que es el grueso de gente que venía acá, son casi profesionales, son estudiantes, son universitarias, son trabajadoras, son mujeres que ya tienen una experiencia vital de vida, mujeres que ya tienen hijos y mujeres que claro venían a pedir un servicio sabían que tenían que pagar algo pero en ese sentido la relación era diferente o sea porque es muy diferente que venga alguien sin ningún tipo de recurso económico aunque este era un espacio que respetaba a esas mujeres, que las respeta. Pero es innato y eso nos pasa a todos cuando uno va a pedir algo y no vas a pagar, es lo perverso de la sociedad capitalista donde todo tiene un costo y todo tiene un valor cuando vos no tienes plata y te toca por algún momento chuta pedir que te ayuden en trabajo social, que te ayuden, te humillas te avergüenzas y en esto es lo mismo o sea es una relación de poder como difícil de elaborar por parte de la persona que pide el servicio y entonces es cruel que sea ilegal, es cruel es perverso (Médica ONG, 2012, entrevista).

Entonces se puede ver que uno de los aspectos fundamentales para determinar la clase social, aparte del nivel de educación, de los ingresos, de las condiciones en las que viven, es el empoderamiento de las mujeres. Las mujeres con recursos son más empoderadas y esto se debe a que cuentan con los recursos económicos, con accesos a

la información y se reconocen como personas con derecho a ser bien tratadas, esto tiene que ver con lo que Bourdieu denomina un habitus de clase, “es un operador de cálculo inconsciente que nos permite orientarnos correctamente en el espacio social sin necesidad de reflexión” (Bourdieu, 2001: 26), la clasificación según la clase hace que las personas nos orientemos según se nos ha ubicado en la jerarquización social, así nos relacionamos y así operan nuestras prácticas, entonces a la mujer rica le es espontáneo exigir, mientras, que para la pobre es innato el pedir.

Para concluir este acápite, es importante mencionar, que parecería que en los servicios que trabajan con enfoque de derechos, se promueve y le da mucha importancia al acompañamiento emocional de las mujeres a lo largo de las trayectorias. La mayoría de mis informantes que interrumpieron sus embarazos en estos servicios, se encontraban acompañadas durante sus rutas; a la vez, las que dicen conocer sobre derechos sexuales y reproductivos son quienes resaltan la importancia del acompañamiento, tanto de las personas cercanas a ellas, cómo de las profesionales que les brindaron el servicio. El acompañamiento pertinente y que sostiene a las mujeres es una condición del aborto seguro.

Consultorios médicos

Con respecto a los que identifico como consultorios médicos privados tengo que decir que se dividen en dos categorías que son las que más sobresalen, los que no brindan ninguna garantía a la salud fisiológica de las mujeres y mucho menos a la emocional; y, los que cuentan con todo lo necesario para realizar procedimientos seguros para la salud física de las mujeres.

En Quito, debido a su dinámica de capital y a una suerte de legitimidad social que envuelve a la práctica del aborto clandestino existen varios lugares donde se realizan abortos, muchos de ellos son consultorios de médicos y obstetras.

A lo largo de mis experiencias de vida y como parte de esta investigación, he podido presenciar y acompañar a algunas mujeres que decidieron seguir la ruta del aborto en consultorios médicos privados que no contaban con todo lo necesario ni siquiera para asegurar el bienestar físico de las mujeres.

Durante el trabajo de campo, el primer consultorio visitado fue el de una doctora a quien conocí hace aproximadamente 10 años, el sitio no se encuentra en una zona

céntrica de la ciudad, dos de mis amigas más cercanas interrumpieron sus embarazos ahí, en diferentes momentos; yo las acompañé. A las dos se les realizaron legrados con anestesia local, ambas sintieron dolor y recuerdan haber estado consientes. La una pagó 100 dólares, y a la otra que utilizó el servicio cuatro años más tarde, le costó 150 dólares.

El primer encuentro con la médica, en ambos casos, se lo hizo a través de una consulta de rutina, en la que se expuso el caso y luego de insistirle en la necesidad de sus servicios para interrumpir un embarazo, ella accedió, puso el precio, no sin antes preguntar el tiempo de embarazo. Mientras más avanzado está el embarazo, el precio es más alto, por el riesgo, según la médica.

Volver a ese espacio, 10 años más tarde, y con todo el bagaje teórico y práctico del feminismo, sin duda, me abría una gran inquietud.

Al llegar me atendió el mismo hombre de las veces anteriores, un piso de tablas viejas y rechinantes me dieron la bienvenida, pedí consulta y espere, mientras observaba los varios afiches viejos de bebés, esos que regalan los visitantes médicos, frente a mí dividida con un biombo estaba la sala de ginecología donde mis amigas fueron intervenidas, al parecer nada había cambiado (Diario de campo, 2012).

Cuando entré al consultorio la doctora me atendió con gentileza, ella no me recordaba, yo a ella sí, cómo olvidarla. Le explique que yo había ido antes y que me encontraba realizando una investigación, que necesitaba su testimonio, su rostro se impresionó y me dijo que eso no era posible. Sin embargo, mientras conversamos mencionó varias cosas que traigo a colación, pues considero que dan indicios de las dinámicas de estos espacios privados. Me dijo que los médicos que realizan abortos son estigmatizados, que por eso no pueden hablar, pero que como médico ella tiene que ayudar a sus pacientes y solucionar sus problemas. Cuando las mujeres quieren abortar “Vienen y aunque sean pecadoras yo no puedo hundirles más tengo que ayudarles, sacarles del problema” (Médica consultorio privado, 2012, entrevista). Le pedí que hable de sus pacientes y manifestó que no puede porque “los médicos son como los curas, cuando alguien les confiesa algo, no deben contar” (Médica consultorio privado, 2012, entrevista). Yo creo que no le fue posible hablar de sus pacientes porque no las conoce.

Volviendo al pasado, recuerdo que en consulta ella no preguntó el nombre de mis amigas, en cambio preguntó sobre las razones por las que querían abortar.

En el caso de la primera, le dijo que lo piense, puesto que su novio que nos acompañaba en ese momento, sí quería que el embarazo siguiera. Después de una hora de recuperación, mi amiga salió adolorida y con la ansiedad de salir de ahí. No volvimos a ver a la doctora.

En el caso de mi segunda amiga, el procedimiento tomó no sé cuánto tiempo. Cuando concluyó salió la doctora y me dijo que mi amiga quería que yo entre. Lo hice y la encontré recostada, vestida de la cintura para arriba, el resto de su cuerpo estaba desnudo, me pidió que le ayudara a vestirse, lo hice rápido. La escena del aborto permanecía intacta, no había un lavabo o algo así. Me pidió que sacara de su bolso el dinero y que le pague a la doctora; ella no podía hacerlo. Permanecimos en silencio y salimos.

Al segundo consultorio visitado, llegué por referencia de una de mis informantes. Ella me contó que cerca de las casas de salud públicas, existen consultorios que ofrecen estos servicios; estos sitios se ubican en lugares céntricos de la ciudad de Quito. No contaba con la dirección exacta, la única referencia era que tenía que decir obstetriz. Después de circular por varias calles, pude identificar un letrero improvisado. Era una hoja de papel, escrita a computadora y forrada con un plástico. El consultorio se encontraba al fondo de la planta baja de un edificio grande y céntrico; en la sala de espera se encontraba un gran afiche de una madre dando de lactar a su bebé. Me atendió una médica, debido a lo delicado del tema, tuve que simular una consulta y que era yo la mujer que requería el servicio. Fui acompañada con quien asumió el rol de mi pareja.

Al exponerle el problema la médica, me preguntó sobre quién me había dado el dato; le dije, que la amiga de mi amiga me había dicho que ella me podía ayudar. Lo primero que indagó fue si mi acompañante está de acuerdo, porque de lo contrario no podía hacerme el aborto. Me dijo que ambos teníamos que firmar un documento donde asumíamos la responsabilidad en caso de suceder algo y ambos aceptamos. Me dijo que el costo lo veríamos después de saber el tiempo de embarazo, pero que sí estaba dentro de las primeras semanas y no hay complicación, la cantidad sería no menor a 200 dólares. Le pregunté sobre si no tendría consecuencia y me contestó que no puesto que se trataba de una succión con anestesia local. A continuación me realizó la orden para el eco y me dio la dirección del lugar donde debía hacérmelo, el costo era de 17 dólares.

“El lugar era oscuro, al fondo había una silla de las que se usan para hacer el Papanicolaou, sentía miedo, la médica fue amable pero no me pregunto nada” (Diario de campo, 2012).

Experiencias parecidas viven otras mujeres al momento de decidir interrumpirse un embarazo. En general estos espacios ofrecen el servicio sin ningún tipo de consideración de salubridad o de cuidado para la paciente.

Una amiga se fue y me contó cómo fue ese asunto y realmente era espantoso, lo que ella me contó [...] Ella me describió un lugar, que era un cuarto y que tenía que subir a una casa que era bien alta, entraba al fondo y encontraba una cuasi sala quirúrgica, donde tienen la típica cama esa, que había baldes, o sea todo sucio [...] Ella lloraba y me contaba (Pamela Quishpe, 2012, entrevista).

Mi llegada al tercer consultorio privado, consultorio donde se realizaban abortos seguros para la salud física de las mujeres, se debió a este estudio: una mujer de clase media/alta supo de mi trabajo y propició un acercamiento conmigo. Yo la acompañe en su trayectoria para llegar a su aborto, ella se encontraba muy nerviosa, llevaba buscando el misoprostol por horas. Gracias a uno de mis contactos supimos de una farmacia donde lo vendían. Al principio se negaron pero ante la insistencia nos remitieron al consultorio de un médico que podía dar la receta.

El consultorio se encontraba cruzando la calle de la farmacia, ambos se ubicaban en la céntrica Av. Amazonas. Se trataba de un edificio grande y de buen aspecto. Subimos el ascensor y nos dirigimos al consultorio, en la antesala se encuentran dos sillones de cuero y un televisor plasma de 32 pulgadas. El consultorio consta de tres partes: la antesala, el consultorio y otra habitación donde se encontraban los equipos, uno de ellos el de ecografía.

En el consultorio, le expusimos el caso al médico quien preguntó las razones que mi acompañante tenía para realizarse el aborto. Le hizo unas preguntas médicas y le dijo que la mejor opción era el Cytotec. Enseguida nos dirigimos a una sala de equipos, limpia, bien equipada y acogedora. Ahí le realizó la ecografía y le dijo “mire ahí está el óvulo, tiene un embarazo de siete semanas”. Mi acompañante se quedó en silencio, el médico le pidió que se vistiera y volvimos al consultorio. Le recetó 4 unidades de Cytotec. Yo le mencioné al doctor que era necesaria una dosis más alta, a lo que me contestó que no era necesario, que ella comenzaría a sangrar y si tiene complicaciones podía regresar. Nos dio la receta. El costo de la consulta fue de 30 dólares.

Fuimos a la farmacia, nos vendieron el medicamento y se retuvieron la receta; sin duda existía algún tipo de arreglo con el médico. El misoprostol costo 6 dólares. Yo le manifesté a mi compañera que la dosis no era la adecuada y ella respondió que de igual manera lo haría y si era necesario regresaría donde el médico. Regresé al consultorio por dos ocasiones más, para observar que tipo de personas asiste y realizar una entrevista al médico. Él me manifestó que un aborto practicado en un espacio seguro como el suyo o en una clínica, ya sea un legrado o una aspiración tiene un costo aproximado de 400 dólares, y en el caso de él prefiere usar misoprostol y luego aspiración.

En las dos primeras experiencias se muestra un grado de similitud, en ambos lugares el acceso al aborto tenía tintes de negociación inmediata, en ambos uno de los temas prioritario era el pago, otro era el saber el tiempo para definir el costo; el relacionamiento fue estrictamente el necesario. En el primer servicio privado – consultorio médico- existe una semejanza con los servicios de salud pública, se evidencia una fuerte influencia religiosa y moralista con respecto a las mujeres que aborta. En el tercer consultorio médico se creaba el escenario para el retorno de las mujeres, pues la dosis de misoprostol recetada sin duda no era suficiente. En este tipo de consultorios, el relacionamiento es otro: más cercano y con una extrema cortesía. El ambiente del lugar se presta para generar un grado de confianza y seguridad.

De lo anterior se logra deducir que de unos servicios a otros existen marcadas diferencias, que pueden definir la forma como las mujeres viven su experiencia de aborto.

En los consultorios privados, no existe un enfoque de derechos, al momento de prestar el servicio, tampoco podemos hablar de una atención humanizada, menos de un aborto seguro, como sí pasa en consultorios que trabajan con el enfoque de derechos.

Las mujeres que no cuentan con la información de lugares privados seguros, desde mi criterio son quienes más se arriesgan y acuden a estos servicios. “Al ser realizado de forma clandestina, no existe ningún tipo de garantía sobre la salud y la vida de la mujer que decide abortar” (Cevallos, 2011: 9).

En los consultorios privados se atiende a todo tipo de mujeres no existe una conexión consultorio privado con un estrato socioeconómico determinado, lo que todas tienen en común es la necesidad de llegar a un aborto. En el grupo de informantes se

evidencia que hay mujeres de estratos bajos que deciden abortar acceden a estos servicios consiguen las cantidades solicitadas, se endeudan, piden, etc.

Clandestinidad: criminalización, reconocimiento y castigo

El imaginario del aborto decidido se encuentra íntimamente relacionado con la clandestinidad. El imaginario corresponde a una construcción social, una construcción abstracta, a la vez, el imaginario cuenta “con una suficiente operatividad en cuanto a experiencias que emergen de la misma vida social” (Silva, 1992:119), un imaginario produce un sentido de las cosas -un sentido de ver las cosas-. En el imaginario del aborto prevalece un sentido negativo, vergonzoso y de ocultamiento, esto genera relaciones concretas; relaciones donde las mujeres y las o los médicos que interviene en esta práctica son estigmatizados.

El aborto en una sociedad que lo penaliza se convierte en una práctica ilegal y clandestina. A la vez, el riesgo, lo oculto, furtivo, encubierto, anónimo, encubridizo, lo escondido se ve como normal. La ilegalidad del aborto lo estigmatiza.

El estigma resultante de un aborto ilegal y, por consiguiente, de una conducta delictiva, perpetúa la noción de que el aborto es una práctica inmoral y de que el procedimiento es intrínsecamente peligroso, lo que a su vez, refuerza la continua penalización de esta práctica (Naciones Unidas, 2011).

Cuando se relaciona aborto y clandestinidad se naturaliza la práctica del aborto en situaciones de riesgo, se abre la puerta para las transgresiones a los derechos y las mujeres ponen en riesgo su salud física y en definitiva sus vidas.

Las consecuencias de un aborto en la clandestinidad inciden también en el lado subjetivo de las mujeres. En nuestro contexto, los abortos en su mayoría se vinculan con la culpa. La culpa es un sentimiento que surge cuando una persona piensa que ha caído en una falta, en un delito, en un pecado. Este sentimiento daña el autoestima, resta el empoderamiento y la seguridad emocional.

La penalización del aborto también afecta gravemente a la salud mental. La necesidad de recurrir a servicios de salud ilegales y la intensa estigmatización del procedimiento del aborto y de las mujeres que se someten a él pueden tener efectos perniciosos para la salud mental de la mujer (Naciones Unidas, 2011).

En este sentido hay que recalcar que los efectos negativos se deben al contexto de restricción y penalización, pues si nos remitimos al caso cubano²⁷, donde el imaginario sobre el aborto es otro; puesto que es legal y su práctica es legitimada e institucionalizada, se puede evidenciar que las mujeres tienen distintas formas de asumir el hecho. María Rosa Cevallos (2011) en su investigación menciona sobre el sentimiento no culposos que puede tener una mujer cubana al interrumpir un embarazo. En el Ecuador es diferente la manera de nombrar la interrupción del embarazo, son diferentes los significados y por tanto diferentes son los efectos.

Debido a las implicaciones de tipo legal todos los abortos decididos por las mujeres se practican en la clandestinidad. La condición de clandestinidad hace que por parte de las mujeres no haya una exigencia sobre la calidad del servicio que reciben.

Con el siguiente capítulo, que trata sobre las trayectorias que siguen las mujeres a partir de sus historias de vida sexuales, podré enlazar estas experiencias con las realidades de los servicios antes citados.

²⁷ En Cuba el aborto es legal, se lo conoce como regulación de la regla y se practica en el sistema de salud pública (información personal de un ciudadano cubano).

CAPÍTULO IV. RUTAS DEL ABORTO EN QUITO: POLÍTICA DEL CUERPO Y CLASE SOCIAL

En base a testimonios de mujeres que han decidido la interrupción de un embarazo, recogidos para esta investigación, en este capítulo establezco varias rutas o trayectorias recorridas por ellas, para llegar al aborto decidido. En este proceso se presta especial atención a dos dimensiones de la decisión de abortar, de un lado, aspectos de la política del cuerpo -soberanía del cuerpo-; y, de otro lado, los capitales -Bourdieu- con que cuentan las mujeres entrevistadas.

El propósito del capítulo es profundizar sobre los factores políticos y el estrato socioeconómico dado por ingresos que inciden en la decisión del aborto y en la búsqueda de los servicios. 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. Por su parte, 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.

En esta parte considero pertinente, volver a mencionar ciertas aclaraciones conceptuales con respecto a la manera de entender la clase social. Uso dos tipos de comprensión de la clase social. La una desde de la categoría de estrato socioeconómico, que proviene de las teorías funcionalistas, para operativizar esta categoría, en esta parte del estudio, la uso como estrato socioeconómico dado a partir de los ingresos mensuales del hogar²⁸ (Anexo 7). La otra, a partir los planteamientos de Pierre Bourdieu -acumulación de los capitales económico, cultural y social; y, el capital político- de esta me refiero como clase. Cuando hablo tanto del estrato socioeconómico como de la clase -juntos- la designo como clase social.

La información de los testimonios, la he sistematizado en matrices que permiten hacer una mirada general de los datos clave, rescatados de las historias de vida sexuales de mis informantes (Anexo 8).

²⁸ El estrato definido por ingresos del hogar, se realizó a partir de los criterios que se usan para la definición de estrato social de la encuestadora Habitus, sueldo básico, cinco estratos sociales.

La historia de vida sexual

La historia de vida sexual es una metodología que se apoya en los testimonios. Los testimonios se presentan como relatos sobre la vida. Son fuentes orales de información, que permiten conocer y reconocer las percepciones de los sujetos frente a determinadas situaciones, contextos y tiempos.

Desde los argumentos de los sujetos no es posible hacer una lectura generalizada de la sociedad. Sin embargo, los testimonios permiten indagar en las prácticas cotidianas, en las formas de pensar y vivir, en las maneras de actuar frente a determinadas situaciones.

Para recoger los testimonios de mis informantes, en la mayoría de casos, fue necesario establecer acercamientos previos.

La recolección de los testimonios se hizo aplicando la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas para indagar principalmente sobre la situación socioeconómica, el nivel de instrucción de las informantes, las particularidades de la toma de decisión, los pormenores de las interrupciones, el tipo de servicio al que acudieron, las relaciones o contactos con organización sociales, conocimiento sobre la temática y su posición frente al aborto. Con toda la información recogida armé lo que he definido como una corta historia de vida sexual.

¿Por qué una historia de vida sexual? El aborto corresponde a uno de los temas relacionados al ejercicio de la sexualidad de las mujeres. En muchos casos cuando se habla de aborto se lo hace desde el suceso, desde el procedimiento en sí, dejando de lado una serie de aspectos relacionados con la vivencia de la sexualidad y con las condiciones de vida. Tratarlo de esta manera, aislada del contexto de vida de las mujeres, es como sacar una pieza de un rompecabezas, esto impide mirar la figura completa. Por esta razón la mejor opción fue construir breves historias de vida que hablaran no solo del aborto, sino también de la vivencia de la sexualidad y las condiciones particulares que rodearon la experiencia de cada una de las mujeres.

Para convocar a las informantes, en primer lugar, recurrí a las redes sociales (facebook). Por este medio no fue posible contactar a ninguna persona que se interesara en dar testimonio; a la par, apliqué la técnica de bola de nieve, y fue por este medio que logré ubicar a mis informantes.

Los 16 casos no constituyen una muestra, es un número limitado para hacer una proyección, por ello se manejan con el carácter de testimonios referenciales. A partir de estos es posible tener una perspectiva de las subjetividades que se configuran en torno al suceso, además de la relación de las mujeres con los servicios a los que acceden, la relación entre su estrato y el acceso a un aborto seguro; y, la relación entre el ejercicio de la soberanía del cuerpo y un aborto seguro. La entrevista se constituyó en un espacio de desahogo y complicidad. Con las mujeres más cercanas significó revivir ciertos dolores, ciertas cicatrices, fue llorar y reír juntas. Con quienes no conocía representó el inicio de una amistad; y, con las que conocía y están en la lucha, en el activismo, implicó para mí, particularmente, repensar el tema del aborto desde los sujetos, los sentires y la posibilidad de una vivencia de esta práctica de forma distinta, menos dolorosa, con menos marcas.

Los testimonios de las mujeres que vivieron una interrupción de embarazo cobran sentido y valor al momento de conceptualizar sobre el tema de aborto en la sociedad quiteña. Los testimonios no recrean los hechos en sí, no son una fotocopia de lo que pasó. Los testimonios representan “una perspectiva de cómo el relator 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 de vida hablan de la configuración de las subjetividades de las mujeres que abortan en la sociedad quiteña.

Complejidades de la experiencia

Los testimonios de mis informantes muestran las complejidades de la experiencia de interrumpir un embarazo de manera voluntaria, en una sociedad con las características de la quiteña:

Adriana, en su testimonio evidencia como las mujeres perviven en contextos culposos.

Yo igual siento que mucho tiempo viví engañada con toda esta campaña de comunicación engañosa y en algún tiempo media diabólica, siempre culpando a las mujeres, siempre castigándonos, poniéndonos una moral impuesta (Adriana, 2012, entrevista).

Una de las complejidades más fuertes de las trayectorias corresponde a las mujeres que han abortado y se interpelan por haber tomado esa 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” (Cecy, 2012, entrevista).

Alegría, otra de mis informantes, deja ver la existencia de una doble moral que no reconoce la realidad que vivimos las mujeres. “... sí creo que debería ser menos socialmente castigado porque es una práctica que está establecida es una práctica cotidiana, decir que no pasa no va a hacer que deje de pasar” (Alegría, 2012, entrevista).

La ilegalidad del aborto decidido, configura en las mujeres que interrumpen sus embarazos situaciones de temor y miedo, esto aunque en nuestro país no exista ni una sola mujer presa por haber abortado.

...o sea a mi no me daba vergüenza entonces yo tenía miedo de que a mí me lleven presa por haber abortado, a mi no me da vergüenza haber abortado ni decir, lo que me daba miedo antes es pensar que me podían hacer algo legalmente, eso es lo que me daba terror (Denisse, 2012, entrevista).

En lo dicho por las entrevistadas se puede visibilizar -en unas- el peso que les significa haber actuado al margen de la norma, la culpa de pensar que está mal lo que se hizo. A la vez, paradójicamente en sus discursos también se expresan ideas que intentan justificar su aborto, parecería que, de una manera implícita se rehúsan a que la sociedad les imponga una moral y juzgue a partir del paradigma de la maternidad obligatoria.

Los testimonios de otras informantes muestran que existe otro tipo de complejidades frente a la experiencia del aborto, “Siempre tuve una filosofía de que mi cuerpo había que cuidarlo, digamos alterarlo lo menos posible y ahí [en el aborto] le estás pidiendo al cuerpo un trabajo que no tiene porque hacer, entonces no es de mi agrado, la verdad” (Mel, 2012, entrevista). Las informantes reconocen que la vivencia corporal -física- del aborto corresponde a una inquietud latente. “...tu cuerpo está dispuesto, digamos a procrear, obviamente decides, pero hay una descompensación en el cuerpo que si es media durita de afrontar, eso fue como lo duro en realidad, en la noche me tomé las pastillas, al día siguiente me hicieron el procedimiento” (Lucy, 2012, entrevista).

Los testimonios de Mel y de Lucy dejan ver las concepciones contemporáneas en relación al cuidado y el bienestar del cuerpo, más allá de pensar su experiencia de

aborto desde la moral o la ilegalidad. Ellas están refiriéndose a una preocupación, más individual, están pensando en su bienestar corporal.

Los textos citados son fragmentos de los testimonios con los que se han armado las historias de vida sexual de las informantes. Aunque son pocos, cobran validez porque abordan, no solo a la interrupción como tema central, sino que hablan en detalle de las circunstancias, los sentires y del contexto, lo que permite analizar la práctica del aborto, a profundidad y conectarla con la teoría.

A partir de las historias de vida sexual se cuenta con el material para desarrollar los puntos que se topan en este capítulo.

Las rutas del aborto decidido

Entiendo como trayectorias o rutas para el acceso a un aborto, al camino que sigue cada mujer para cumplir su meta, la interrupción del embarazo no deseado. La ruta de una mujer empieza desde la confirmación del embarazo y va hasta que ha superado el hecho y cualquier complicación posterior producto de la interrupción. Así como diversas son las mujeres, lo son también las trayectorias, unas cortas y otras prolongadas, con distintas paradas, en distintos espacios, a la vez, existen puntos de encuentro entre unas y otras.

Las mujeres en Quito siguen algunas rutas o trayectorias para acceder a un aborto. He definido estas rutas principalmente a partir del servicio al que acudieron mis informantes. Así, la primera ruta es la de los servicios públicos, la segunda es la que corresponde a consultorios privados, la tercera involucra a ONG y por último, una cuarta ruta múltiple, es decir, que implica a más de un servicio.

El análisis de las rutas lo hago, tomando en cuenta lo que ya se mencionó en el Capítulo III, un aborto es seguro cuando se tomaron en cuenta medidas para garantizar la salud física y emocional de las mujeres, esto involucra instalaciones adecuadas, procedimientos, profesionales que los apliquen de manera segura y sostenimiento o acompañamiento para las mujeres, antes o después de efectuarse el aborto.

Cada mujer cuenta con unas condiciones de vida particulares que, de una u otra forma, la conducen a un determinado servicio. Es el servicio el que influye en la experiencia del aborto. Entonces se pueden armar rutas según el tipo de servicio.

La ruta por los servicios estatales

Los servicios estatales, como ya lo mencioné, no inducen abortos, brindan atención médica a mujeres que acuden por casos relacionados a abortos.

Una de mis informantes -Joanna-, concluyó su primer aborto en un servicio de salud estatal. Se autoindujo un aborto y por las complicaciones acudió a la maternidad. El único servicio al que llegó fue estatal, por esta razón su primera interrupción de aborto corresponde a una ruta por los servicios estatales.

Joanna tiene 30 años, vive en unión libre y tiene cuatro hijos. Se dedica al trabajo doméstico y percibe el sueldo básico, comparte el hogar con su suegra y cuñados; en total vive con 8 personas. Su estrato social es pobre. Concluyó la primaria y dejó de estudiar, en su familia nunca le hablaron de temas relacionados al ejercicio de la sexualidad. Como no conocía de métodos anticonceptivos, no los utilizó, tuvo su primera relación sexual a los 13 y su primer hijo a la edad de 16.

Son dos las interrupciones de embarazo a las que se ha sometido Joanna. La primera, la decidió -dice- porque “mi nena estaba todavía pequeñita todavía lactaba, entonces decidí no tener, busqué una manera porque no era mucho tiempo de lo que estaba embarazada, busqué una manera de arrojar el bebé” (Joanna, 2012, entrevista), concluyó su primer aborto en una casa de salud pública. Una de sus amigas le contó del cytotec -misoprostol- y le dio las siguientes indicaciones:

Tenía que comprar cuatro pastillas, tenía que hacer una agua de palo de sahumero, dijeron que me hiciera eso, me tome las pastillas con esa agua dos y dos me introduzca por la vagina y entonces en medio día ya estuvo funcionando y funcionó pasó y aborté, cuando paso esto estaba sola, sola estaba [...] el sangrado no me paraba, no me paraba y tuve que hacerme ver, entonces me fui a la maternidad al día siguiente y me dijeron que tenía que hacerme un legrado, tenían que limpiarme, eso paso, estuve todo un día (Joanna, 2012 entrevista).

Su segundo aborto Joanna decidió hacerlo porque ya tenía tres hijos, “me di cuenta que con la situación que yo tenía no era muy buena, mi marido irresponsable, solo tomaba” (Joanna, 2012, entrevista). Interrumpió su embarazo utilizando el mismo método, las pastillas le costaron cinco dólares y se las vendieron sin receta médica.

En las expresiones de Joanna se denota tristeza y culpa; y, también se ve que ella reproduce el discurso dominante –en la opinión pública- “sé que hice mal en abortar,

como no es permitido el aborto, yo me sentí mal, porque sé que eso no deberíamos hacer nadie mismo, todos tenemos derecho a la vida, pero yo tome esa decisión me tocó”. Después de sus abortos no tuvo complicaciones. “...después de un tiempo ya me quedé embarazada otra vez y no tuve ningún problema, mi hijo nació bien” (Joanna, 2012, entrevista).

A la pregunta de si había escuchado alguna vez de soberanía del cuerpo o sobre derechos sexuales y reproductivos contestó que no; y su opinión frente al aborto es “El aborto debe ser permitido cuando la persona no está en capacidad de afrontar y sabe que no puede con el problema, más que todo cuando no es deseado el embarazo, yo creo que ese es el punto” (Joanna, 2012, entrevista). Para cerrar la entrevista, que fue larga, le pregunté si tenía algo que agregar, ella dijo:

Lo que quisiera decir es que no es bueno, no se siente uno bien haciendo esto, porque le queda eso ya para siempre, no solo es por ese rato, sino es para siempre. Así, les dijera a todas las mujeres que no deseen tener que no lo hagan, que no lo hagan o que se cuiden, para que no tengan que pasar por esto porque sí es feo, ese rato de hacerlo si es feo, tienen que cuidarse (Joanna, 2012, entrevista).

Esta opinión de Joanna deja ver que ella mantiene una fuerte carga de culpabilidad debido a sus abortos, a la vez, se contradice cuando, por un lado reconoce que el aborto debe permitirse, y por otro anima a las mujeres a no realizarlo, seguramente por las condiciones en las que ella se lo realizó y las consecuencias.

Joanna, así como otras mujeres acudió a un servicio estatal para completar su aborto decidido. Fue atendida y no menciona que le hayan indagado sobre las razones por las cuales requería de atención médica. Esta particularidad de la atención en los servicios públicos también se menciona en la investigación, *El temor encarnado: formas de control y castigo a mujeres con aborto en curso en Quito-Ecuador* (2011), de María Rosa Cevallos. Allí se dice que estas mujeres “eligen [este servicio] porque han tomado el misoprostol con conocimiento de causa y este es un espacio más menos que les permite cierta clandestinidad, hay tantas, que pasan desapercibidas” (Cevallos, 2012, entrevista).

Los servicios estatales son una de las paradas de las mujeres que han decidido abortar y que por una u otra razón, no les ha sido posible completar el proceso. Esta parada puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de muchas mujeres.

De las trayectorias narradas para la presente investigación, se tiene que seis de las informantes interrumpieron su embarazo con misoprostol y no tuvieron ninguna complicación ni en el proceso, ni en lo posterior. Únicamente Joanna quien recibió la información errada de una amiga, presentó complicaciones y tuvo que acudir a un servicio estatal para concluir su aborto.

Al parecer el uso del misoprostol es el método más comúnmente usado por las mujeres que acuden a servicios estatales, según Cevallos (2012).

Yo te diría de la experiencia que sí, que la mayoría de abortos provocados con las que yo pude trabajar, porque más no todas las mujeres que se provocaron un aborto en ese año hablaron conmigo, porque no es un tema fácil, yo diría que sí son abortos hechos con misoprostol (Cevallos, 2012, entrevista).

A partir de esta referencia, se puede decir que las mujeres que toman misoprostol y luego acuden a servicios públicos, son aquellas que no cuentan con información oportuna y/o correcta “hay tanta mala información de las dosis, a veces se meten doce, doce no se van a disolver nunca” (Cevallos, 2012, entrevista). Adicionalmente muchas no cuentan con los accesos –principalmente información de calidad– para ir a servicios privados.

Las mujeres que acuden a los servicios de salud estatal a terminar con abortos inducidos son aquellas que se han sometido a procedimientos inseguros, mal informados o negligentes. Del testimonio de Joanna es importante analizar que, en primer lugar, ella no ha tenido acercamiento con ningún tipo de organización de ninguna índole, de donde pudo haber tenido contactos que le dieran información acertada o le remitieran a un lugar seguro para interrumpir su embarazo. Desconoce de sus derechos, a la vez, conoce que el aborto es ilegal y es una práctica negativa.

Cuando esta informante tomó la decisión de abortar, se resalta que lo hizo 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 se reconoce desde las mujeres, como una estrategia para el ejercicio de derechos, mucho menos como una manera de ejercer soberanía sobre su propio cuerpo o de autonomía.

Como Joanna pertenece al estrato social de pobre, resulta razonable que para las interrupciones de sus embarazos haya utilizado las prácticas menos costosas, tomar pastillas y acudir a un servicio estatal que no le cuesta, tampoco buscó otras opciones.

La ruta de esta mujer inicia con la toma de decisión de abortar, pasa por la ingesta y aplicación del medicamento, de una manera incorrecta, sin mayor información. En el trayecto tiene complicaciones y su parada última es el servicio estatal, donde es atendida y se asegura su salud física.

Joanna se ubica en el estrato social pobre. 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 al estrato social de Joanna, significaría que su ubicación le sitúa potencialmente a seguir una ruta insegura donde su vida está en riesgo. Sin embargo, la paradoja que envuelve al Estado ecuatoriano – sanciona, protege y castiga-, hace que el 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, más no es definitoria en la calidad de la ruta. Más adelante se evidencia que mujeres del estrato medio y medio alto vivieron sus interrupciones en condiciones mucho más inseguras que las de Joanna, al igual que esta, no contaron con la información oportuna.

La ruta por los consultorios privados

Como lo expliqué en el capítulo III, en la parte de servicios privados, puedo decir que dentro de este grupo, existen dos tipos de servicios, principalmente; los que cuentan con las condiciones idóneas para asegurar, únicamente, la salud física de las mujeres y los que no ofrecen condiciones aptas, por ejemplo, no cuentan con los equipos adecuados “Camilla ginecológica con pierneras, mesa auxiliar, taburete, fotóforo, tubo de Oxígeno, manómetro, máscara de Oxígeno o bigotera, bolsa de Ambú”.(Galimberti, 2009: 15).

Los primeros, que los denominaré consultorios privados seguros, ofrecen para las interrupciones de embarazo los equipos necesarios, el personal médico capacitado, procedimientos actualizados y no invasivos. Para conocer como ha sido la ruta de las mujeres que han acudido a este servicio, tomaré el caso de Denisse.

Denisse, es una mujer de 26 años, al momento de la entrevista se encontraba en el séptimo mes de embarazo del que sería su primer hijo, vive en unión libre con su pareja. Estudió y pertenece al grupo de danza y acaba de graduarse en una universidad

privada en Quito, se ubica en el estrato social bajo. Sus ingresos se encuentran entre los 500 dólares por mes. Denisse se ha sometido a dos interrupciones de embarazo.

En su niñez vivía con sus abuelos paternos, su padre era arquitecto pero no se ocupaba de sus hijas, relata que cuando era niña y adolescente su situación económica no era buena “no teníamos mucha plata pero sí estábamos en colegios anidados, yo me acuerdo que había épocas que no teníamos nada que comer, pero yo estudiaba en un colegio que si costaba bastante, mi tía es periodista [ella pagó todos los estudios]” (Denisse, 2012, entrevista), toda su educación la cursó en establecimientos educativos privados.

En su familia no se hablaba sobre sexualidad. Conoció de métodos anticonceptivos a los 18 años cuando inició su vida sexual, los anticonceptivos -dice- no le sientan bien.

Sus interrupciones se dieron mientras cursaba sus estudios. Para esta mujer la decisión de abortar tuvo que ver con su proyecto de vida “no tenía trabajo, no tenía una carrera, yo siempre he querido ser bailarina y es muy difícil serlo [...] yo había pensado tener un hijo cuando tenga una carrera artística formada”. La decisión de las interrupciones las tomó con su novio.

Denisse empieza su ruta acudiendo a una organización feminista, pensando que le podían ayudar, ahí “me dieron el número de esta persona, un número que creo que es el que está escrito en las paredes o algo así” (Denisse, 2012, entrevista). Ella llama a la Línea de Aborto Seguro, donde contesta la grabadora que pide dejar el mensaje, “tenías que dejar el mensaje y te devolvían la llamada, me pareció la cosa más impersonal del mundo entonces no, no funcionó” (Denisse, 2012, entrevista). Mientras seguía su ruta un amigo le dijo que por el sector de la Marín –Centro de Quito– podía encontrar un lugar, “me dijeron que vea un letrero que dice obstetrix, alguno de esos, por suerte no lo encontré, fuimos pero nunca encontramos por suerte” (Denisse, 2012, entrevista), a Denisse no le gustaba ese sector de la ciudad.

Un amigo le dio un contacto diferente, “es una cadena larguísima a la final mi amigo le dijo a su amiga, su amiga le dijo a su otra amiga, esta chica le había llamado al doctor y le había dicho que yo voy a ir, pero yo no le conozco a esa chica, pero yo le dije [al doctor] que si”. Denisse se realizó sus dos interrupciones en este consultorio, 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, 2012, entrevista). Denisse desconocía que todos los centros de salud pública o privada estaban en la obligación de atenderla; la salud es un derecho.

Esta informante encontró en el consultorio privado, un espacio que le dio seguridad, se tomaron algunas medidas para precautelar su salud física y se le permitió decidir sobre el procedimiento a usar.

...nos hizo un chequeo de rutina, de lo que te miden, te pesan, me hizo un eco para comprobar que estaba [embarazada] yo no le dije que me haga el eco, entonces nosotros le dijimos que nosotros no queríamos tener, y ya básicamente ahí nos contó las opciones que él tenía, lo pueden hacer con pastillas o una intervención quirúrgica anestesia local o anestesia general y ya, opté por la anestesia local (Denisse, 2012, entrevista).

Denisse se sometió a una aspiración. Sobre el consultorio médico comentó que se trataba de un lugar cómodo, grande, iluminado con un baño, limpio, alfombrado. Yo conocía el lugar y sí era así, también tenía un televisor plasma en el recibidor. Concluido el procedimiento el médico le pidió a mi informante que volviera en dos semanas para un chequeo. Cada una de las interrupciones le costó 220 dólares, en ninguna de las dos ocasiones tuvo complicaciones.

Otra de mis informantes también acudió al mismo consultorio privado que Denisse. Su nombre es María, es soltera, no tiene hijos, tiene 31 años, vive sola, trabaja en el sector público y sus ingresos mensuales son de 4500, aproximadamente, su estrato es alto.

Su infancia la vivió con su familia de origen en Cuenca, su padre cuenta con estudios de cuarto nivel. La primaria y secundaria las cursó en colegios privados en el país, la universidad en Estados Unidos y la maestría en Canadá. No se ha vinculado a ninguna organización ni política, ni cultural.

María escuchó hablar de sexualidad en familia, no así en los centros educativos a los que asistió, en una ocasión, en el colegio, vio un video sobre aborto. Inició su vida sexual a los 22 años y empezó a usar métodos anticonceptivos.

Su interrupción la tuvo a los 31 años, explica que se trató de “una relación irresponsable debido a que estaba en otros compromisos personales, con mi trabajo”

(María, 2012, entrevista). En un primer momento le resultó difícil encontrar el contacto de un servicio para interrumpir su embarazo, "...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, nadie comenta y si se habla del aborto es algo muy fuerte". 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 logró que se contactara conmigo.

En la búsqueda del misoprostol, llegamos a una farmacia donde nos dieron el dato de un médico que nos podía dar la receta. Así, conocí el consultorio privado y al médico que más adelante se convertiría en informante de esta investigación. María se sometió al chequeo, se hizo el eco que le costó 30 dólares, el médico le dio la receta para el misoprostol que costó seis dólares. Yo estaba preocupada porque la dosis no era la correcta (según el Manual de procedimiento de la Línea de Aborto Seguro). Ella volvió al consultorio para que sea el médico quien le coloque las pastillas vía intravaginal. A María, a diferencia de Denisse, no le gustó del todo este consultorio privado.

Era una clínica común, es un lugar que causa un poco de dudas en el sentido que uno tiene una concepción en el tema de instalaciones, un lugar un poco antiguo, un poco descuidado aparentemente, pero la verdad no puedo criticar porque fue el lugar en el que yo pude encontrar la solución realmente estuve muy contenta de encontrarle a la persona y el lugar en el que pudiera solucionar (María, 2012, entrevista).

Esta informante no tuvo ninguna complicación, "...no, gracias a Dios, tranquila como te comenté, creo que es un tema que logré superar en su momento" (María, 2012, entrevista), para estar segura de su bienestar físico "después de eso, me hice una ecografía, dos ecografías después de esto para cerciorarme de que todo se había expulsado" (María, 2012, entrevista). María calculó que lo que gastó en toda la ruta fueron 100 dólares, en lo que más gastó fue en los ecos posteriores.

Denisse y María son mujeres de distintos estratos socioeconómicos –por sus ingresos-, siguieron rutas parecidas, se sometieron a distintos procedimientos, no tuvieron complicaciones ni en su salud física, ni emocional, no vivieron situaciones de violencia o maltrato durante sus interrupciones. Ellas resolvieron sus abortos en el mismo consultorio privado que contaba con las condiciones técnicas idóneas, ninguna

menciona que recibieron algún tipo de acompañamiento por parte del médico, esto último más bien es común en los servicios de salud que no cuentan con un enfoque de derechos.

Como lo indiqué al inicio de este acápite, en el grupo de los consultorios privados también se ubican consultorios 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 obstetrix, pruebas de embarazo o se devuelve la menstruación, son lugares conocidos” (Diario de campo, 2012). La atención es inmediata si se cuenta con el dinero.

Tres de mis informantes siguieron rutas que las llevaron a este tipo de servicios, Alegría, Cecy y Diana. A las tres se les practicaron legrados, ellas recuerdan sus interrupciones como experiencias difíciles, dolorosas y violentas.

Alegría tiene 33 años, está casada, tiene un hijo de 14 años, es docente universitaria e investigadora, gana 2000 dólares al mes, aproximadamente.

En su niñez vivió con su madre y hermanos, sus padres se divorciaron cuando ella tenía cuatro años. Sus estudios primarios y secundarios los cursó en colegios privados y religiosos, su pregrado –universidad privada- y maestría las realizó en Ecuador y fue ella quien los pagó. No ha formado parte de ningún tipo de organización, ni política, ni religiosa. Se ha realizado dos interrupciones.

Alegría, recuerda que en su casa, su madre era frontal con respecto a temas relacionados con la sexualidad, en sus colegios si tenía clases de educación sexual, - dice-

...era como hablar de la educación en valores yo que sé, era más bien biológica, así funciona el aparato reproductor femenino, así funciona el aparato reproductor masculino esto es lo que pasa y ahí [...] nos hacían ver el llanto silencioso, me acuerdo que había una cuestión muy punitiva hacia el aborto, el aborto se trataba en ese video como un asesinato era muy sangriento (Alegría, 2012, entrevista).

Su vida sexual inició a los 18 años, a esa edad se embarazó.

...sabía lo que estaba haciendo, sabía cuáles eran los riesgos, no es que no sabía que era ignorante, no es que era pobre, no es que no tenía educación, no es que no había escuchado en mi vida que era un método anticonceptivo, todo, todo sí yo creo que hay muchos factores psicológicos detrás de eso (Alegría, 2012, entrevista).

Decidió interrumpir ese embarazo. Al principio su madre no estuvo de acuerdo, luego la apoyó y juntas fueron a un consultorio. Alegría se sometió a un procedimiento con una sonda, su madre se la colocó, no funcionó y su hijo ahora tiene 14 años.

Esa experiencia fue muy fuerte para Alegría “después de eso me quedé traumatizada, obviamente nunca más sin condón y no solamente sin condón [...] la T de cobre, inyecciones, píldoras, parches todos los métodos anticonceptivos que tú has oído, yo usaba aparte del preservativo” (Alegría, 2012, entrevista).

Su segundo embarazo se dio diez años después de haber tenido a su hijo, estaba utilizando la píldora como método anticonceptivo, le falló. Relata que su situación con su pareja no era muy estable, “lo primero que yo sentí el rato que me hice la prueba y vi que estaba embarazada fue pavor, fue un pánico horrible a volver a ser madre soltera, eso fue lo más, creo que nunca he tenido tanto miedo como esa vez” (Alegría, 2012, entrevista). Ella y su pareja acordaron interrumpir ese embarazo. En nuestro contexto, un embarazo fuera del matrimonio, es muy cuestionado. La estructura patriarcal genera que la sociedad denigre y víctimice a las mujeres que son madres solteras.

Alegría conocía de un consultorio porque había acompañado a una amiga “mi amiga había conocido también porque le había acompañado a otra amiga, pero esa otra amiga era de la universidad, entonces hay como una red o por boca se sabe donde hay, como ir” (Alegría, 2012, entrevista). Al consultorio asistían varias mujeres, al parecer era un lugar bien conocido.

...atrás del consultorio era la casa de él, [del médico] eso había sido la lavandería, había sido adecuado, puesto baldosa en el piso y pared había dos camillas, una camilla donde tú te acostabas y una camilla que era la camilla de operación, un baño horrible [...] tu 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 (Alegría, 2012, entrevista).

Mientras mi informante se recuperaba, su pareja tenía que ir a comprar unos medicamentos, ampollas, inyecciones, pastillas, antibióticos. Alegría explica que ese consultorio era un lugar bastante conocido. “entonces ahí se hizo mi amiga, sí ahí me hice yo también y muchas otras” (Alegría, 2012, entrevista). Esta informante, en su oportunidad, también intentó contactarse con la Línea de Aborto Seguro, le dijeron que llame otro día, nunca le devolvieron la llamada “seguía pasando el tiempo, entonces

aunque yo quise hacer el procedimiento de otra manera no tenía como más, así que por eso tuve que ir a este otro [consultorio]” (Alegría, 2012, entrevista). No tuvo complicaciones en su salud física, más si en su salud emocional.

Un año y medio más tarde, Alegría nuevamente se quedó embarazada “esa si 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” (Alegría, 2012, entrevista). En la primera interrupción tenía nueve semanas de embarazo, en la segunda “fue muy rápido, no sé seis semanas o algo así, el mismo procedimiento anterior y en el mismo lugar, no quería perder tiempo buscando otro sitio [en esta ocasión el médico le dijo] ya no volverá pues mijita, él se acordó” (Alegría, 2012, entrevista), aunque este médico era amable a Alegría le parecía que “él utilizaba una retorica de ayuda, de yo le voy a ayudar mijita, era como que tú sabías que lo estaba haciendo por la plata” (Alegría, 2012, entrevista). Cada interrupción le costó a mi informante 300 dólares.

Después de algunos años de su último aborto, Alegría se casó con la pareja con la que vivió las experiencias de las interrupciones. Ambos quieren tener hijos, Alegría ha tenido dos abortos espontáneos “ahí empezaron un montón de cosas como lo que llaman los sicólogos anclajes, así como un montón de dudas, de culpas, de karmas [...] la educación religiosa a uno siempre le queda, entonces dije puede ser una cosa bien tenaz [...] de no quisiste, ahora sí, ahora quieres, ahora no hay como” (Alegría, 2012, entrevista), los doctores le han dicho que no existe una razón médica para que sus embarazos no puedan llegar a término.

Alegría ha vivido procesos muy distintos en su vida sexual y reproductiva, su maternidad, las interrupciones y la búsqueda de una nueva maternidad, ella dice que la práctica médica, en general, ha sido violenta en todos los casos.

La entrevista se convirtió en una grata y larga conversación reflexiva. Para cerrar, mi informante agregó que “hay cosas que se quedan dentro de una, hay ciertas heridas que pueden ser físicas que le pueden pasar a tu cuerpo, puede ser esta cuestión energética que se queda en tu cuerpo, puede ser una cuestión emocional muy difícil de procesar, creo que si lo puedes evitar, evítalo, esa sería mi primera idea” (Alegría, 2012, entrevista).

El consultorio al que llegó Alegría no cumplía las condiciones apropiadas. Otras de mis informantes también transitaron por la ruta de los consultorios privados

negligentes. No se les hizo ninguna evaluación médica previa, la anestesia fue aplicada sin un examen, no se les explicó ni el procedimiento, ni se les informó de los medicamentos que les fueron aplicados. A partir de los testimonios se puede decir que estos lugares no contaban con infraestructura adecuada.

Cecy tiene 29 años, está casada y tiene una hija, es docente de primaria y los ingresos de su hogar corresponden a 600 dólares, ella se ubica en un estrato social bajo. Toda su educación la cursó en establecimientos fiscales, en la adolescencia fue parte de ASA una organización religiosa dirigida por Las Madres Hijas del Oratorio de Argentina, se trataba de la niñez misionera; eran grupos de niños y adolescentes, realizaban actividades de voluntariado y eran formados en temas de valores y religión.

En su familia no se hablaba sobre sexualidad, en el colegio muy poco. Hasta el momento de la entrevista mencionó que no conocía sobre temas relacionados con la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos, que no se había interesado en conocer.

Cecy inició su vida sexual a los 17 años, el método anticonceptivo que conocía y usaba era el del ritmo, a esta edad vivió su única interrupción. Estaba con una pareja estable, él quería que siguieran con el embarazo, ella decidió interrumpirlo, tenía miedo de las reacciones de su familia y quería seguir con sus estudios. En este escenario, una de sus amigas le dio el contacto de un consultorio. Así, interrumpió su embarazo.

Te acuestan, me sedaron pero de la cintura para abajo, el resto yo estaba consciente de lo que te hacían, después te dan una receta tienes que tomarte eso [...], ellos no te dicen nada con tal de que tú les pagues hacen y ya, luego te dicen que hagas de cuenta que a ese lugar no fuiste [¿quién te dice esas cosas?] la doctora, ella dijo, usted de aquí tiene que hacer como que aquí no ha pasado nada [...] es algo feo, yo sentía como me iba sacando (Cecy, 2012, entrevista).

A Cecy le practicaron un legrado, ella recuerda que fue un proceso extremadamente doloroso, tal parece que, desde mi punto de vista, no le administraron la dosis de anestesia correcta, dice que, durante todo el proceso sintió dolor y toda la manipulación de las curetas. Por la interrupción le cobraron 600 dólares, su pareja consiguió el dinero porque en esa época ella no tenía ningún ingreso. Años más tarde ella culminó sus estudios como docente y se casó con su novio de ese entonces.

A lo largo de la entrevista, esta informante mencionó por varias ocasiones que se sentía arrepentida, tenía miedo de que su familia se entere y le dolía que su pareja la

recrimine por lo que pasó. También era recurrente el recuerdo del dolor físico que dice haber sentido.

Cecy piensa que el aborto no es la mejor opción, dice, que ella no lo haría y que lo mejor es conversar con la familia. También reconoce que en el caso de no interrumpir ese embarazo no habría seguido estudiando y no sería la profesional que es hoy.

Otra de mis informantes es Diana, ella tiene 26 años, en su niñez vivió con unos tíos, a los nueve años regresó a vivir con su madre y sus cuatro hermanos. Actualmente, está cursando el quinto año de secundaria, vive sola y sus ingresos son de 300 dólares mensuales. Ella se ubica en el estrato social pobre. Ni en su niñez, ni adolescencia recibió algún tipo de información sobre relaciones sexuales o métodos anticonceptivos.

Diana se ha realizado cuatro interrupciones de embarazo, 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, hace como cinco años acudió a un consultorio. En este servicio se le ofrecía una interrupción rápida y segura, “me dijo que con eso de las inyecciones era como más fácil, me inyectaban nomás ahí y no tenía que estar tomando nada, ni nada de eso, yo quería estar como más segura, como más confiada de que no me iba a pasar nada, entonces así fue” (Diana, 2012, entrevista). Durante el procedimiento no le explicaron cual era el medicamento que se le iba a aplicar en la inyección, le dijeron que era un medicamento suizo.

Diana no tuvo complicaciones médicas en su última interrupción, a la vez, tiene muy presente la forma en que fue tratada al momento de solicitar el servicio.

La doctora me dijo que lo piense que por qué no me había cuidado, todas esas cosas que te dicen, que ya sabes pero no lo haces, entonces, como que me estaba juzgando, como que me estaba diciendo algo que yo ya sabía, me dijo que si estaba pensando lo que estaba haciendo que no estaba bien, que eso a la larga me podía afectar, todo eso. Es típico que al principio te dicen no, no lo hagas y luego ya te empiezan a explicar cómo funciona, cómo procede todo. Me dijo, no quiero que venga solamente para hacerse eso sino también para ayudarlo con un método anticonceptivo para que no tenga que pasar por estas cosas que son también traumantes. Yo le dije si bueno, pero nunca volví (Diana, 2012, entrevista).

Diana se sintió juzgada, le dieron consejos que no solicitó, ella no volvió al chequeo que le correspondía. Este tipo de prácticas de los médicos se constituyen en maltrato

psicológico, en formas de violencia. El costo del procedimiento fue de 320 dólares, todos sus ingresos mensuales.

Las experiencias de aborto que vivieron Alegría, Cecy y Diana dejan ver cómo operan en la ciudad de Quito, consultorios médicos privados que no cumplen con las condiciones para asegurar ni la salud física, mucho menos la salud emocional de las mujeres. En el documento Guía post-aborto de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2009) se menciona cuáles son las condiciones óptimas para realizar distintos tipos de aborto.

Las rutas por los servicios vinculados a ONG

Como ya lo mencioné, en la ciudad de Quito existen servicios que interrumpen embarazos que se encuentran vinculados con organizaciones no gubernamentales. Trabajan con enfoque de derechos humanos, promueven el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y están de acuerdo con la legalización y despenalización del aborto. Estos servicios en algunos casos interrumpen embarazos, en otros brindan información para que las mujeres puedan autoinducirse un aborto.

Antes de iniciar esta investigación pude conocer una organización feminista no gubernamental que cuenta con un consultorio médico donde se realizan las interrupciones de embarazos. Durante el trabajo de campo me relacioné con las médicas y pude averiguar sobre la forma con la que opera este servicio. No fue posible acceder a información o contactar directamente con las usuarias puesto que, es política de este espacio no exigir a las mujeres que asisten el registro de sus datos; y, además se guarda absoluta confidencialidad.

De las 16 mujeres que se convirtieron en mis informantes, tres interrumpieron sus embarazos en este espacio Lucy, Negra y Salomé. A manera general, las tres concuerdan en que allí se les brindó no solo la atención médica pertinente, sino también el acompañamiento que requerían, las respetaron y no tuvieron posteriores complicaciones de ninguna índole.

Lucy tiene 28 años, es soltera y no tiene hijos, vive sola, es docente universitaria y trabaja como consultora, acaba de concluir una maestría en sociología, se autoidentifica como feminista. Sus ingresos mensuales ascienden a 600 dólares mensuales. El estrato social al que pertenece es el bajo.

En su niñez vivió en Riobamba, cursó la primaria en una escuela fiscal, la secundaria en Quito en dos colegios privados religiosos, la universidad también en una institución privada, sus estudios de cuarto nivel los realizó a través de una beca, un postgrado en España y una maestría en Ecuador. Lucy menciona que sus padres son divorciados, su padre y su madre se dedicaban a la docencia, su padre logró una mejor condición económica y pudo costearle sus estudios universitarios.

Lucy recuerda claramente que en el colegio de monjas se proyectó un video sobre aborto “el niño que llora en el vientre, luego te muestran los pedazos, una cosa espantosa, un tipo de traumas psicológicos que generan a las niñas” (Lucy, 2012, entrevista). En el otro colegio le hablaron de prevención y métodos anticonceptivos, “era súper machista, nunca nos hablaban del placer femenino, nada más allá de los métodos anticonceptivos” (Lucy, 2012, entrevista), por el contrario, en su familia se hablaba con mucha libertad sobre temas relacionados a la sexualidad, no eran vistos como un tabú.

Su vida sexual la inició a la edad de 15 años, “chuta no sé si yo decidí tener relaciones sexuales en realidad, mi primera relación sexual tuve a los 15 años con mi primo, era grande, no estoy muy segura de yo haberlo decidido [...] luego de eso como que me bloquee [...] empecé mi vida sexual con un novio a los 17 o 18 años, es mi pareja hasta ahora” (Lucy, 2012, entrevista), menciona que siempre usó preservativo, los métodos hormonales le afectan. A los 26 años se sometió a su única interrupción.

Lucy siempre estuvo a favor del aborto, ella se hacía sus chequeos en un consultorio vinculado a una ONG feminista, ahí algunas amigas abortaron, Lucy les acompañó. En la época de su embarazo no deseado ya estaba cercana a colectivos feministas, así que no dudó y acudió a este espacio. Su madre la acompañó, “...ella sabía, ni siquiera me lo preguntó, porque mi decisión era no, no seguir con el embarazo” (Lucy, 2012, entrevista). Su ruta duró dos días, en la mañana se enteró, en la tarde las pastillas y al siguiente día el procedimiento.

En este consultorio, antes de realizar el aborto, le informaron del procedimiento y sobre las posibles reacciones de su cuerpo. Primero le pusieron pastillas para dilatar el útero (misoprostol) y al día siguiente la aspiración. No pregunto mucho porque ya conocía el procedimiento.

... es un evento un poquitín traumático, y más allá de tus convicciones ideológicas, políticas lo que tú quieras, tú cuerpo pasa por un proceso medio feíto [mientras está embarazado]. El procedimiento [de la interrupción] duró 10 minutos, 15, [anestesia] local, yo estuve consiente todo el tiempo, pero era chévere el lugar, como estas manes también son feministas te dan como apoyo moral, entonces hay una man que te está sosteniendo y te dice tranquila, respira y de ahí te acaricia [...] no son precisamente dulces ellas, son así como de estas feministas medias duras, en general, pero era chévere eso te digo la [doctora] te tenía la mano y te va explicando, así como tranquila esto te va a doler un poquito, respira no pasa nada, ya casi terminamos, etc., no es esta carnicería brutal que hay en otros espacios. [...y este consultorio cómo es] no es una clínica hermosa, no, obviamente no es como ir a un lugar súper bonito, pero es bastante decente, era muy higiénico, era decente, bastante decente (Lucy, 2012, entrevista).

Para Lucy el acompañamiento fue muy importante. Su experiencia correspondió a un aborto seguro. Ella recuerda que el procedimiento sí le dolió un poco, pero no más que el sacarse las muelas del juicio, descansó un par de días y volvió a sus actividades habituales.

El procedimiento costó 250 dólares, en el lugar no existe un precio, cada mujer paga lo que puede, hay algunas que no pueden pagar, otras como Lucy aportan el valor tope 250 dólares.

Mi informante me explicó que en los espacios feministas se habla abiertamente del aborto, tenía la información y estaba decidida, eso ayudó a que viviera el proceso con tranquilidad “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 mas allá de lo emocional y de lo biológico” (Lucy, 2012, entrevista).

Para Lucy la parte que le resultó difícil fue contarle a su pareja sobre su interrupción, porque el embarazo se dio en un tiempo que no estaban juntos.

...yo decidí contarle porque también me parecía ético, o sea yo porque me tenía que guardar eso como un pecado, como un agravio a él y siempre tener en secreto, cuidado se escuche y en el ginecólogo mentir, yo que sé, entonces le dije, al principio se quedó en shock, me dijo sabes hablamos luego, yo dije, esta es la prueba si este man se pone así, no, topes, yo no voy a estar así, con un tipo que me juzgue o algo así. Al contrario el man bien, lo que me dijo es que la única diferencia entre él y yo, es que yo me puedo embarazar y él no, digamos, y que no me va a juzgar [pareja milita en el feminismo], no mucho, él respeta mucho mis espacios y mis convicciones y de alguna forma también las comparte (Lucy, 2012, entrevista).

Ella piensa que no sintió culpa por la decisión de abortar, a la vez, sí reconoce que el contexto en que se dio este embarazo fue lo que la hacía sentirse incomoda.

...en mi caso era el haberme embarazado de este man que no era mi pareja digamos, bueno yo decía si me hubiese embarazado del que fue y ha sido siempre mi pareja esto hubiera sido distinto, no sé si era la moral, tal vez incluso la decisión hubiera sido distinta, tal vez hubiera decidido, lo hubiera decidido con él, incluso en el aborto, yo sé que él me hubiese acompañado y hubiera respetado eso, yo me culpaba mucho en este tema, que es un tema moral, así como soy una perra y me acosté con otro, en el fondo era algo así. También lo que me afectó mucho es que después tuve mucho miedo de volver a quedar embarazada, entonces me corte un montón mi vida sexual, tenía miedo y creo que eso es algo psicológico, moral también, así como vas a ser castigada esta idea bien religiosa del castigo. [...]...son cosas que están ahí en la cultura así como la culpa, bueno yo no tuve culpa, no me arrepentí, no me he arrepentido tampoco es que pienso que edad tendría mi hijo, así como veo en otras mujeres, o mi hijo, para mí no existe un hijo, no existe, pero si habían cosas, este tema de la moral (Lucy, 2012, entrevista).

Como Lucy lo menciona, el feminismo permite librarte de lo traumático, -dice- es duro socialmente y físicamente hablando, menciona que es un privilegio haber contado con su madre y estar en condiciones de seguridad. Cree que 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, más allá de la salud sexual y reproductiva es un tema que hay que deconstruirlo [...], chucha hay un montón de mujeres que les duele [...], llevan una marca dura que les hace sufrir (Lucy, 2012, entrevista).

Negra, otra de mis informantes que también se realizó dos interrupciones en este consultorio vinculado a una ONG. Tiene 33 años, es soltera, sin hijos, comparte departamento con amigos.

Sus estudios secundarios y universitarios los cursó en establecimientos privados, tiene un posgrado. Es consultora y sus ingresos van de 600 a 900 dólares dependiendo del mes. Ella se ubica en el estrato medio bajo.

En su casa y en el colegio se hablaba poco sobre sexualidad y era más bien orientado a conocer el cuerpo y a la reproducción, conoció del tema en otros espacios con sus pares. En la adolescencia realizaba trabajo comunitario y estuvo relacionada con organizaciones juveniles que trataban temas relacionados al género y feminismo. En la

actualidad Negra -dice- que es cercana a varios colectivos como el Lado Sur y con la Casa Trans.

Inició su vida sexual a los 16 años, desde entonces, ha usado el método del ritmo y el preservativo. Los métodos anticonceptivos hormonales no le sientan bien, le afectan a su salud. 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, no era legal. Dice que le trataron muy bien, y piensa que ella recibió un trato diferente al habitual.

...me explicaron de lo que se trataba, pero yo tuve una ventaja que no tuvieron otras amigas a las que yo remití, como mi amiga era muy relacionada con las redes feministas, ella me remitió a [...], tuvo una conversación conmigo súper paciente, súper como maternal, súper así como de bueno debes estar segura, entonces eso fue súper bonito, después que yo fui [...] pensé que era parte del procedimiento, pero no creo que es siempre así, creo que fue por mi amiga, que es bien cuidadosa y que estaba bien relacionada (Negra, 2012, entrevista).

En cuanto al procedimiento de sus dos interrupciones, en un primer momento ingirió pastillas (misoprostol) y en el segundo le hicieron aspiraciones. La primera vez pagó 150 y la segunda un poco más 200. El acompañamiento emocional fue uno de los aspectos más importante para Negra.

La trayectoria que siguió Negra fue segura, solo tuvo una parada, luego de los procedimientos siguió con su vida normal, no tuvo ninguna complicación.

Salomé es otra de las mujeres que siguió la ruta por este servicio de organización no gubernamental con enfoque de derechos y feminista. Tiene 19 años, se encuentra en unión libre con su pareja, al momento tiene siete meses de embarazo y está cursando su último año de bachillerato en un colegio fiscal. No ha sido ni es parte de ninguna organización social, política o artística. No tiene un trabajo remunerado, su pareja percibe 300 dólares mensuales. Se ubica en el estrato socioeconómico de pobreza.

Ella dice que en el colegio no le hablaron mucho de temas relacionados a la sexualidad, aunque sí conoce algunas cosas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Interrumpió su embarazo cuando tenía 16 años, tenía una pareja estable y en un primer momento ambos querían continuar con ese embarazo.

Cuando la mamá de Salomé se enteró no estuvo de acuerdo, enseguida buscó un lugar donde se realicen abortos seguros, no le fue muy difícil porque sus contactos conocían de un lugar. La madre de Salomé es activista por los derechos sexuales y reproductivos de los grupos LGBTI, -dice- haberse sentido muy frustrada con la situación, cree que su hija tuvo toda la información para evitar un embarazo (Marcela, 2012, entrevista).

En el hogar de Salomé conversaron y después de analizar la situación decidieron por la interrupción “tenía razón mi mami, porque era arruinarme la vida, aunque creo que un bebé no te arruina la vida, pero sí es más difícil hacer las cosas que tenía que hacer para la edad en la que yo estaba” (Salomé, 2012, entrevista). El costo fue de 100 dólares, ese fue el valor que la madre de Salomé pudo pagar en ese entonces.

Ambas fueron a una cita previa, las médicas recomendaron esperar, después de 15 días Salomé se realizó la interrupción.

...eran bien tiernas para hacer eso, me cogieron de la mano me dijeron que este tranquila que todo iba a pasar, no fueron groseras [para ti fue importante esa actitud] si, porque si fue algo muy doloroso, si dolió mucho, mucho físicamente y psicológicamente también. Tenía el hecho de pensar que era una vida la que yo me estaba sacando de mí. Ella [la madre] me decía, que esto recién se estaba formando y que eso no era realmente una vida en sí y que por esa parte yo tengo que estar tranquila (Salomé, 2012, entrevista).

Durante la experiencia de Salomé resonaban los discursos que ella había escuchado sobre el aborto y sobre el inicio de la vida. Han pasado tres años y esta informante siente que esa fue 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. Sobre este espacio me referí ampliamente en capítulo III. La Línea no interrumpe embarazos, informa sobre la manera de autoinducirse un aborto seguro, con medicamentos.

Cuatro de mis 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 estas mujeres es que ellas conocen de sus derechos y los ejercen - soberanía de su cuerpo-.

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.

Adriana tiene 24 años, es soltera y no tiene hijos, vive con su madre y un primo. Todos sus estudios los ha cursado en establecimientos de educación pública. Acaba de concluir su formación superior en turismo, trabaja en una agencia de viajes y es parte del Colectivo Salud Mujeres. Ella pertenece a un estrato socioeconómico bajo.

En la secundaria le hablaron, en escasas situaciones, sobre sexualidad. La mayor parte de información relacionada a derechos de las mujeres, a sexualidad y al aborto la ha conseguido a partir de su militancia activista.

Adriana inició su vida sexual a los 18 años y en esa primera ocasión utilizó un método anticonceptivo. Tenía 22 años cuando interrumpió su embarazo, estaba trabajando y tenía una relación estable. Menciona que el embarazo se dio en este contexto, “sabía que estaba en mis días fértiles pero creí que no iba a pasar nada, con mi novio siempre en los días fértiles, siempre, nos cuidábamos con condón, ese día no lo hicimos”, 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” (Adriana, 2012, entrevista), desde que empezó a sospechar sobre su embarazo decidió que iba a abortar. Con su pareja acordaron que así sería, aunque en un momento ella sintió que él estaba dudando, al final ambos decidieron que era la mejor decisión.

Mi informante optó por utilizar misoprostol vía intravaginal -dice- que así es más efectivo; ella tenía la información sobre el procedimiento y la 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 medicamentos. Planificaron hacer el procedimiento en un hotel cercano a un hospital del sur de Quito, esto por si había complicaciones, también compró analgésicos en caso de dolor, pero no fue necesario usarlos.

...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, de ahí pienso que como tenía seis semanas cuando hicimos el procedimiento, yo sentí como a la hora ocho la expulsión del saco gestacional, no lo distinguí porque todo era del mismo color, entonces al otro día comencé con un sangrado muy leve y como al décimo día ya no tenía sangrado (Adriana, 2012, entrevista).

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, lo que conocía Adriana con respecto a sus derechos, sería la razón principal para tener una trayectoria rápida, pensada, sin mucha importancia a los síntomas corporales, ni marcas. Durante su testimonio dijo sentirse muy tranquila con su decisión.

Otra de mis informantes, Sarahí tiene 21 años, es soltera, no tiene hijos, vive con su familia, 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.

En su familia se habla abiertamente sobre sexualidad, no es un tema tabú. Inició su vida sexual a los 15 años. Dice que en un viaje a Canadá, tuvo un acercamiento profundo con el feminismo. Ella se reconoce como feminista y participa en varias incursiones activistas.

Sarahí ha tenido tres interrupciones, la primera a los 15, le hicieron un legrado; la segunda, cuando tenía 17 años, tuvo un embarazo ectópico; y, la última interrupción, fue cuando tenía 20 años, usó el misoprostol que le regalaron unas compañeras. 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, esto le resultaba irónico. A las siete semanas interrumpió su embarazo, los síntomas le duraron algunos días, “yo no acabe 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 pare” (Sarahí, 2012, entrevista), lo que en realidad le conflictuaba a Sarahí, no era el aborto en sí, ella se cuestionaba por el hecho de que teniendo toda la información, estuviera en esas circunstancias.

...tuve momentos de depre, así como de bajón, porque sentía esta contradicción entre todo lo que digo, hago, hacia talleres de prevención; y, yo misma, entonces 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 que importa, o sea, no me voy a echar una nueva culpa, modernizar la culpa cristiana

en mi activismo laico, entonces ahora está superado eso, pero en ese entonces fue como súper duro, entonces eso me dio depresión (Sarahí, 2012, entrevista).

Después de la interrupción mi informante dice no haber tenido secuelas de ningún tipo, únicamente buscó un método anticonceptivo, “no, nada, solo ver si es que me ponía la T, pero fui al centro de salud y me dijeron que solo podía opciones hormonales, me decían que la T no me recomiendan, [...] todavía no estoy convencida de cuál método usar, bueno pero de ahí con ningún tipo de complicación” (Sarahí, 2012, entrevistas).

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 que “pueden mejorar que la experiencia, que sea tranquila, armoniosa y más rápido, [la interrupción] lo antes posible, porque de todas formas es algo que le está pasando a nuestros cuerpos y que lo sentimos” (Sarahí, 2012, entrevistas).

La última trayectoria de aborto que siguió Sarahí fue segura, ella es una mujer posicionada y bien informada sobre lo que significa ejercer derechos, sobre todo cuando se habla de derechos sexuales y reproductivos; tiene contactos y acceso a otros espacios para llegar a interrupciones seguras, en este escenario ella decidió usar misoprostol, puesto que resulta seguro y adecuado.

...el misoprostol es justamente el mecanismo para mi ideal que nos permite saltarnos la violencia, violencia médica que es horrible, es una tortura y no están solas las mujeres generalmente pueden buscar sus círculos y si deciden estar solas saben que es lo mejor; en cambio 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 (Sarahí, 2012, entrevista).

Otra de mis informantes, que también está a favor del uso del misoprostol, es Vero; activista feminista, fue vocera del Colectivo Salud Mujeres y trabajaba en La Línea informando sobre la manera segura de usar misoprostol.

Vero tiene 23 años, es soltera, no tiene hijos y vive con su pareja. A su familia de origen la ubica en un estrato medio alto, su padre y su madre cuentan con estudios de tercer nivel. Todos sus estudios los ha cursado en establecimientos educativos privados.

Es egresada de comunicación social, actualmente trabaja en la Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género. Sus ingresos van desde los 600 a 900 dólares mensuales. Ella se ubica en el estrato socioeconómico medio bajo.

Desde los 14 años empezó a vincularse a espacios relacionados con derechos, como el Consejo Consultivo de la Niñez y Adolescencia, Ecuador Adolescente; fue en la CPJ que tuvo mayor acercamiento al tema del aborto, actualmente ella es un referente cuando se trata esta temática, cuenta con una amplia formación.

Su vinculación a temas relacionados con los derechos y la sexualidad inició en su familia, su hermana mayor también es activista feminista, en el hogar los temas sobre sexualidad no eran sancionados, ellas podían hablar abiertamente con sus padres.

Vero inició su vida sexual a los 18 años y se ha sometido a dos interrupciones. En las dos ocasiones se encontraba en una relación estable con su pareja actual. La primera ocasión 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, ella cree que es muy joven para ser madre, quiere ser madre más adelante.

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; dice, 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. Si bien, Vero no tuvo complicaciones, dice que en esta última ocasión sí sintió malestar.

...como no me funcionó repetí y ya me iba de viaje, justo tenía un viaje que no podía evitar entonces me fui de viaje al día siguiente creo de haber hecho el procedimiento, me sentía como débil, o sea no es que te sientes mal, sientes como que tu cuerpo estaba herido o sea como que tienes algo que tiene que sanarse, entonces ahí sí me cogió fuerte, porque fue el viaje, estar sola en otro lugar, creo que tuve un sangrado súper fuerte, tenía miedo de no saber a dónde ir en otro país, entonces eso fue, pero igual siempre estuve en contacto con mi novio, no tenía miedo a nada, solo a no saber qué hacer porque estaba en otro país (Vero, 2012, entrevista).

Mi informante destaca que después de las interrupciones sentía que, “fue súper tranquilo, yo me sentí relajada luego de hacerlo, full alivio” (Vero, 2012, entrevista). Vero cree que el aborto debería ser admitido en todos los casos 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 que es lo mejor que tiene que hacer, es horrible” (Vero, 2012, entrevista).

Sus interrupciones le han servido para proporcionar una mejor información sobre el procedimiento, “la primera experiencia a mí me ayudó un montón para poder dar información más certera, siento que es distinto cuando vives la experiencia, porque te da cercanía” (Vero, 2012, entrevista), Vero menciona que ahora puede dar información que ayuda a la interrupción y que no necesariamente está escrita científicamente “tomar agua te ayuda a pujar y eliminar restos”, por ejemplo.

Esta activista cree que para las mujeres que piensan en el aborto como un asesinato, el abortar les significa vivir trayectorias más duras; para otras el procedimiento no es lo duro, difícil o doloroso, a otras lo que les afecta son las circunstancias.

...las condiciones en las que se lo tiene, por ejemplo, yo me acuerdo, yo siempre estuve acompañada por mi pareja, mi pareja es una persona súper decente me parece un hombre regio, jamás me cuestionó, siempre estuvo ahí, pero tengo amigas que el procedimiento no les hace sentir culpables, pero lo fuerte y que marcó sus vidas es lo que les pasó en esa época, más allá del aborto, mi pareja me dejó sola o cada vez me sacaban en cara lo que hice o que mate a nuestro hijo, son todas esas experiencias que están alrededor las que marcan súper fuerte que el aborto sea tan trascendental en tu vida, entonces no le permiten olvidar el proceso, porque tiene esa referencia fea (Vero, 2012, entrevista).

Para Vero 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, le ha enseñado a decidir, a saber cuándo quiere o no alguna situación.

Otra de mis informantes que siguió la ruta de la interrupción con el misoprostol es Mel. Ella no es ecuatoriana, se encuentra en Quito estudiando. Tiene 30 años, es soltera, no tiene hijos y vive sola. La mayoría de sus estudios los realizó en establecimientos públicos, al momento se encuentra cursando una maestría. Ha militado en organizaciones de izquierda y tiene amistades feministas. Sus ingresos mensuales son de aproximadamente 500 dólares, su estrato socioeconómico es bajo.

Recuerda que desde muy niña, en su casa se hablaba más o menos con normalidad de temas relacionados a la sexualidad, no era un tema que se reprimiera, lo que primaba era un enfoque de cuidado del cuerpo.

Cuando tenía 16 años inició su vida sexual, antes de su primera vez fue al ginecólogo para que le ayude con un método anticonceptivo. Dice haber usado pastillas y preservativo, de este último método no tiene una muy buena experiencia, “tuve una relación con preservativo y se me quedó el preservativo adentro, eso fue terrible porque ahí sí que una mujer no sabe que mierda hacer, es algo que nadie te explica, que es una cosa importante que además sucede” (Mel, 2012, entrevista).

Mel se ha sometido a una interrupción, espera que ni una más, tenía 29 años y acababa de llegar a Quito. Desde los 15 tomó anticonceptivos, su salud se veía afectada, la médica le recomendó dejar las pastillas por tres meses, fue en ese período que se embarazó, a semanas de llegar de su país se dio cuenta que estaba embarazada.

La decisión de abortar la tomó con su pareja, analizaron que no era el momento porque no contaban con las condiciones, sobre todo económicas, para asumir esa maternidad y paternidad.

En Quito tenían buenas amistades, se informaron y estas fueron quienes le apoyaron y le conectaron con La Línea de Aborto Seguro. Mel decidió usar misoprostol por vía sublingual y no le funcionó, esto fue muy frustrante para ella.

...lo traumático fue que no me funcionara, si pudiese haber una forma de que uno se entere de este tipo de cosas, que más vale esperar un poquito más, 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 (Mel, 2012, entrevista).

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 si estaba funcionando” (Mel, 2012, entrevista).

Durante su aborto, mi informante tenía miedo de que en caso de una emergencia no supiera dónde ir. En su país conocía la trayectoria que podía seguir. Pidió asesoramiento a La Línea sobre los lugares donde podría ir y sobre lo que debía decir; no tuvo que asistir a ninguna casa de salud. En lo que se refiere a conseguir el medicamento, ella explica que “...la primera vez, aunque fui a muchas farmacias, nunca me la vendieron, me la dieron las chicas de La Línea Aborto Seguro [Mel tenía un contacto, este no es un procedimiento de La Línea]” (Mel, 2012, entrevista), en el segundo intento un amigo compró las pastillas en una farmacia.

Le pregunté a Mel ¿cuáles eran sus sentires después de esta experiencia?

...creo que tenía como muchas tranquilidades digamos, igualmente ese método duele, digamos que con ese método tú ves que sale una parte de un tejido de un cuerpo digamos, es inútil pretender pensar que solo voz estas ahí, es una decisión que tomaste sobre un proyecto de bebé que todavía yo no lo considero un bebe, en el momento que decidí que iba abortar decidí junto con eso que ya no lo pensaba como un bebé, hay que tratar de no enrollarse, porque la cabeza también a veces es traicionera, pero después de que pasó todo, después del tiempo sentí que disfruté muchas cosas que me pasaron acá, con lo cual reafirme la decisión (Mel, 2012, entrevista).

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, primó en ella la decisión de cumplir con su proyecto de vida.

Mi informante, plantea que el aborto es una situación que se debe, en lo posible evitar, y 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, porque eso es duro.

Desde los testimonios de mis informantes fue posible conocer detalles en el uso del misoprostol. En Quito la utilización de este medicamento 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 manera general, de la siguiente forma:

Una de las primeras paradas es conversar con su amiga y luego ir a la farmacia o a las farmacias y conseguir Cytotec, pero claro el punto o la ruta es desde que la mujer sabe que está embarazada y ya lo asume, [...] la ruta es ésta, toman el miso y sangran y luego van viendo como les va yendo, van a la maternidad esa es otra parada para que les terminen el proceso, en la gente pobre en la gente que no tiene mucha información y no tiene plata, porque aquí la oferta de interrupción es grande hay cientos de profesionales y de gente no profesional que entrega misoprostol [...] desde que la mujer está embarazada y decide no tenerlo hay una ruta en relación a tomar el medicamento. Para unas mujeres es más fácil conseguir, tienen suerte, para otras no y el embarazo avanza y mientras más avanza es más complicado que el medicamento haga efecto, entonces la ruta del medicamento es compleja por eso, cuando llaman a La Línea, por ejemplo, esa es otra ruta alguien les dijo o vieron y llaman y en 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 (Gómez de la Torre, 2012, entrevista).

En el caso del Ecuador el misoprostol aparece en el mercado como hace unos diez años (Gómez de la Torre, 2012, entrevista) y según los testimonios es solo como hace cinco años que se conoce más de su existencia, a partir de ello, puedo decir que las rutas de aborto con el uso del misoprostol son relativamente nuevas. El uso del misoprostol, marca un antes y un después, para el aborto en el contexto quiteño.

Como se pudo ver a lo largo de este acápite existen dos rutas que tienen que ver con servicios vinculados a ONG de derechos, la primera es la ruta por el consultorio, la segunda la ruta del aborto autoinducido con misoprostol. En ambas, el acceso a la información correcta y al medicamento -misoprostol- es fundamental.

Las rutas múltiples

A partir del análisis de los testimonios de mis informantes me fue posible determinar que, en algunos casos, las mujeres que abortan recorren rutas múltiples, asisten a diferentes servicios, es decir, van a un primero y debido a la atención que reciben en éste, les es necesario acudir a un segundo debido a las complicaciones que se les presentan por atención negligente o no apropiada.

De todas mis informantes, son tres las que recorren rutas múltiples Jessy, Janeth y Laly. Las tres coinciden en que su primera parada es el consultorio privado, en donde no había condiciones sanitarias, técnicas y profesionales adecuadas. Luego cada una de las mujeres hace una ruta diferente por otro tipo de servicio.

Jessy tiene 33 años, es divorciada, tiene tres niñas y un varón. Vive con su hermana, la pareja de su hermana y dos de sus hijos, actualmente no tiene una actividad remunerada, antes se dedicaba a la atención de clientes y generalmente ganaba el sueldo básico. Por los ingresos del hogar, se ubica en un estrato pobre.

Sus estudios primarios los cursó en una escuela pública, llegó a segundo año de secundaria. En su vida no se ha vinculado a ninguna organización ni política, ni social. Hasta los 15 años no había escuchado nada relacionado a temas referentes a la sexualidad. En su familia no se hablaba del tema.

Inició su vida sexual a los 15 años con el padre de sus dos hijas, no utilizaron métodos anticonceptivos, se embarazó y se casó. Tenía 22 años cuando se divorció, luego estableció una relación con un hombre casado, tuvo un hijo dentro de esta relación,

cuando le llegó un nuevo embarazo, no deseado, decidió abortar. Tenía tres meses de embarazo. Su cuñada le dio la información de un consultorio donde le ofrecían interrumpir el embarazo utilizando una inyección, Jessy conocía que a su cuñada no le fue muy bien “ella también se hizo una interrupción de bebé y entró en estado de shock porque se murió y vivió otra vez, algo así por una de estas inyecciones que le habían puesto” (Jessy, 2012, entrevista). A pesar de ello decidió ir al mismo lugar y pagó 300 dólares, “...tome la decisión de ponerme esta inyección, la cual me hizo abortar el bebé” (Jessy, 2012, entrevista). Tuvo complicaciones, pasó 15 días en cama, perdió mucha sangre. Esto fue superado en su casa.

El consultorio que visitó estaba ubicado por el centro de la ciudad, le atendió una doctora quien le dio la siguiente instrucción, “te voy a inyectar y tienes que irte a la casa a ver qué pasa, porque si es que te da hemorragia, si te llevan al hospital no sabes ni porque y simplemente fue que te caíste porque no deja rastros esto” (Jessy, 2012, entrevista). A Jessy no le informaron cual fue el medicamento que le aplicaron, recuerda que también le pusieron, un óvulo y dos pastillas.

...me fui normal y después ya empecé a sentir escalofríos el cuerpo, ya empezó a ponerse mal a ponerse tenso frío, al mismo tiempo caliente y frío y en un momento ya comienzan las contracciones, que es peor que dar a luz más o menos comienza a dolerte todo y bueno, en este primer aborto que tuve casi me muero porque salió el bebé pero no salió la placenta, entonces mi cuerpo comenzó ya a enfriarse y casi me muero (Jessy, 2012, entrevista).

Mi informante tuvo su segunda interrupción, y esta es la que se constituye en 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, allí completó su aborto, le hicieron un legrado. Ella describe así su experiencia:

...tiene una cosa redonda donde ella [la doctora] ve los meses y ella saca cuantos meses estas, entonces a veces te manda a hacer un eco, entonces con el eco ella dice esto esta así, ella mira, inyecta y se acabó, te pincha te coge y te coloca el óvulo, te da las dos pastillas y luego te manda a descansar a esperar. Pero nosotras las mujeres somos tan débiles, por algo somos mujeres, ya salimos con ese malestar en el cuerpo, es algo que es rápido, yo ya salí con un malestar, con un mareo como que ya se me enfrió el cuerpo, como que ya me puse helada, como que ya me empezó a doler la barriga, y empecé a sentir esos efectos, en el momento en que me puse ya empecé a sentir algo horrible en mi cuerpo, es algo que va directamente me imagino a

matar..., [Jessy tuvo complicaciones en su salud] llamé a una ambulancia y los señores para médicos me llevaron, no me acuerdo de nada porque me desperté en una sala de recuperación en el Hospital del Sur, claro ellos enseguida me atendieron, me pusieron unos sueros, no pude expulsar todo, entonces ellos ya me ayudaron a hacer eso. [¿Tuviste complicaciones posteriores en tu salud?] ...no porque después de unos dos meses me hice chequear y estoy bien, estoy sana, estoy tranquila, o sea todo normal (Jessy, 2012, entrevista).

En esos momentos Jessy ya no vivía con su pareja, vivía con su familia, cuando se enteró que estaba embarazada su familia no estaba de acuerdo en que continuara con ese embarazo, “entonces lo que hicimos fue reunir entre todos mis hermanos y yo pude hacerme esto porque en realidad el papá de mis hijos tenía muchos problemas, [su familia] no estaba de acuerdo en que tenga este bebé, fue entre todos, todos estuvimos de acuerdo” (Jessy, 2012, entrevista).

Después de estas dos interrupciones Jessy volvió a embarazarse, menciona que en esta ocasión decidió tener a su hija, -dice- “ahí si no pude, el papá de mi hijo como que me insistía que yo lo haga y simplemente yo no lo hice, no pude, tampoco me dejé llevar guiarme por él, porque las veces que yo lo hice fue por él, yo no me dejé llevar” (Jessy, 2012, entrevista).

Mi informante a lo largo de la entrevista, enfatizaba que ya no iba a sacarse otro niño, se sentía mal porque sus embarazos se dieron cuando dejó de usar un método anticonceptivo, por descuido. Aunque dice que su hermana le ha mencionado que el aborto es un derecho, a la vez, ella cree que “ya son dos veces y la tercera capaz que ya me va mal, en realidad puedo morirme, a fin de cuentas tengo hijos por quien ver, tengo hijos pequeños que cuidar y simplemente no lo haría, después vienen todos los achaques” (Jessy, 2012, entrevista). Jessy reconoce que sus decisiones le han permitido tener una estabilidad, tanto emocional, como económica. Esta entrevista se cerró con las siguientes frases, que desde mi punto de vista, representan la materialización de la tradición marianista.

...demos chance a estas personas de vivir, que no tienen la culpa, que bueno ellos son el fruto de nosotros, nosotras como madres que Dios nos dio el don de la procreación deberíamos pensarlo dos veces, tenemos la capacidad de ir y cuidarnos y si queremos tener un bebé, simplemente lo tengamos que le demos el derecho a la vida, quererlos, ellos no tienen la culpa (Jessy, 2012, entrevista).

Janeth es otra de mis informantes que siguió una ruta múltiple. Tiene 36 años de edad, está casada y tiene dos hijos, es docente secundaria en un colegio religioso. Todos sus estudios los cursó en establecimientos públicos. No ha sido parte de ningún tipo de organización. Su estrato socioeconómico es medio bajo.

En su casa se hablaba muy poco de temas relacionados con la sexualidad, con su madre lo hacía acerca de la menstruación y nada más. Decidió iniciar su vida sexual a los 24 años, cuando se casó. Tuvo una hija y un hijo, cuando se embarazó por tercera vez su hija tenía 9 años y su hijo 1, decidió interrumpir este embarazo, esta ha sido su única experiencia.

...fue una decisión que tome rápidamente, fríamente, porque si dejaba pasar el tiempo ya no había nada que hacer creo que era 15 días del retraso, me daba temor me daba miedo porque siempre inclusive como maestra se ha dado a conocer los riesgos, los peligros de un aborto. Le comenté a mi esposo igual se puso mal, más nervioso que yo, de ahí le comente a mi hermana y ella me dijo que si quiero tener este bebe, dije no, entonces dijo yo te voy a ayudar, dije bueno (Janeth, 2012, entrevista).

La hermana de Janeth hizo averiguaciones, una amiga le comentó que su hermana había interrumpido dos embarazos en un consultorio, coincidentalmente se trataba de Jessy, otra de mis informantes, a pesar de las malas experiencias, Jessy recomendó el consultorio a Janeth y le acompañó. Para Janeth el aborto costó 200 dólares, ella tenía un mes de embarazo.

A Janeth le significó una experiencia terrible, dolorosa y maltratante, fue amenazada, le quitaron su cédula y le hicieron firmar un papel en blanco. El proceso lo relata así:

...me dice desvístase de la cintura para abajo, que miedo, ganas de salir corriendo, dije y ahora que me va hacer, dijo estese no más tranquila me inyectó en el brazo creo que fue anestesia, o algo así, no sé, me sentí un poquito mareada y de ahí me hizo tomar unas pastillas y me puso unos como óvulos en la vagina, me dijo de aquí llega se toma esta receta y va a sentir cólicos, va a sentir unos fuertes cólicos, tiene que estar acostada para que surta efecto entonces eso hice salí de ahí llegue a mi casa estuve recostada y sí que dolía, nunca he tenido cólicos, entonces sí fue doloroso, fue como que se te desgarraba algo por dentro pase así toda la tarde, hasta la noche pero al otro día me sentí un poco mejor, así que me fui a trabajar, igual me llegó la regla pero una regla abundante, abundante, me salían coágulos que me asusté (Janeth, 2012, entrevista).

La salud de Janeth se vio complicada después de siete meses, un dolor abdominal que tenía después 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. La médica le informó que también tenía unos miomas y endometriosis y que era necesario extraerle el útero. Mi informante se sometió a un tratamiento y no fue necesaria la extracción del útero. 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 constituyó 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” (Janeth, 2012, entrevista). Esta informante, a pesar de estar cercana a discursos religiosos -trabaja en un colegio de monjas-, manifiesta “Yo me siento tranquila, me siento segura puedo seguir con mi vida que es lo que más me interesa a mí” (Janeth, 2012, entrevista), ella reconoce que el aborto es un derecho, que fue su opción y su derecho a decidir.

Para cerrar con la descripción de las rutas que siguen las mujeres jóvenes de Quito para llegar a un aborto, destaco que de los testimonios recogidos durante el trabajo de campo, la mayoría de mujeres tuvieron un rápido acceso a los distintos procedimientos, una vez tomada la decisión –no pasaron meses antes de encontrar el servicio-.

El encontrar el espacio que brinde un servicio seguro no fue la principal preocupación a la hora de practicarse un aborto, en el caso de las mujeres que hicieron una ruta múltiple; lo que realmente sucedió es que la toma de decisión estuvo marcada por la premura, lo que les llevó a espacios inseguros y luego a servicio público de salud o a un servicio no gubernamental.

En contraste hay mujeres, dentro de las testimoniadas, que, por tener información y contactos accedieron al espacio adecuado, tuvieron un procedimiento rápido y se les brindó garantías para su salud.

Otro aspecto que tiene que ver con un aborto seguro, es el hecho de que todas las mujeres que dieron su testimonio indican haberse realizado las interrupciones antes de

las 12 semanas de embarazo, lo que es importante en relación a la salud física y emocional de las mujeres y a la eficacia de los procedimientos²⁹. Desde mi punto de vista, esto es una muestra de que en el contexto quiteño circula información estratégica en relación a la realización de un aborto sin riesgos para la salud³⁰, debido al tiempo de gestación.

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 de un aborto, para todas la toma de decisión significa un momento clave. Abortar se constituye en una decisión importante y compleja sobre todo en un país donde el aborto es ilegal y está sujeto a una fuerte sanción moral³¹.

Las razones para decidir por un aborto son distintas y dependerán de la realidad de cada mujer. Más que profundizar en las razones, lo que pretendo en este acápite es evidenciar, a través de los testimonios, cómo el hecho de contar con conocimiento e información previa, relacionada a derechos sexuales y reproductivos y feminismo, configura la manera en la que se toma la decisión, la forma en la que se accede y en la percepción futura con respecto a la decisión de abortar.

Del testimonio de Adriana 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” (Adriana, 2012, entrevista). Ella es una activista feminista, está consciente que en su caso no le resultó complejo tomar la decisión de abortar, recuerda que en un momento determinado se sintió presionada; sin embargo, su decisión prevaleció.

²⁹ Siete de las 15 informantes utilizaron misoprostol (Cytotec) como procedimiento para la interrupción, en este sentido, el protocolo de atención de la Línea de información gratuita sobre aborto seguro explica que: “El Cytotec es efectivo en cualquier etapa del embarazo, sin embargo, los riesgos aumentan rápidamente a partir de la semana 9. Nuestras médicas aconsejan que no se practiquen abortos con Misoprostol después de las 15 semanas, porque es demasiado riesgoso y puede resultar muy traumático” (Salud Mujeres, 2008).

³⁰ En los servicios privados, visitados, se pide a las mujeres un eco para verificar el tiempo de gestación, pasadas las 12 semanas el costo aumenta y se explica que es más complicado (Diario de campo, 2012).

³¹ 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 menciona las complejidades y los riesgos que acarrea decidir por 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)

Él estaba muy confundido, él decía que sí, pero que teníamos que abortar, pero en un momento estuvo medio feliz, medio haciéndose a la idea de que quería ser padre, eso me confundió a mí pero en el tema de que yo ya había decidido, me ponía mal el hecho que sentía que de una forma u otra me estaba presionando para que mi decisión sea otra, entonces hablamos y consensuamos en la idea de abortar (Adriana, 2012, entrevista).

Ahora, después de dos años del evento y cuando se le pregunta sobre su aborto, ella explica que:

El derecho a decidir esta en nosotras, está en nuestro cuerpo, es un derecho que nos corresponde a nosotras como mujeres, no es un derecho que pasa ni por el cuerpo de los hombres, ni por la iglesia, ni del Estado, solo pasa por el cuerpo de las mujeres. Es una situación bastante compleja pero que no necesariamente significa que la mujer va a quedar traumatizada, yo no quedé traumatizada, yo aborté y yo soy feliz con mi decisión, sé que hice lo mejor, yo jamás he pensado en arrepentirme. 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 le falta a las mujeres, empoderarnos de la decisión, estar informadas, no más (Adriana, 2012, entrevista).

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, desde mi punto de vista, menos culposas, con menos dolores y más seguras.

Estaba ya cercana al feminismo y a algunos colectivos feministas de esa época, Asamblea de Mujeres por la vida, Las Diversas, La Casa Feminista de Rosa, he estado en un espacio de autodefensa, pero sí creo que me ayudó en realidad eso, a afrontar, entender y no tener temor, pero también era que yo desde antes, estaba convencida de que el aborto era un derecho y también era una opción y ya había acompañado el proceso digamos de dos amigas muy cercanas (Lucy, 2012, entrevista).

Escenarios similares se repiten en los testimonios de Vero, Sarahí, María, Negra, Laly, Salome, Mel, Denisse. Ellas no cuestionan su decisión de interrumpir sus embarazos no deseados, independientemente de la realidad de cada una, plantean que fue la mejor decisión para sus vidas, en ese momento. Se puede observar que se encuentran muy seguras respecto a sus decisiones. Su postura respecto al aborto es distinta a la de mujeres que no contaban con información o contactos.

Me ayudo mucho el hecho de que la cosa fue muy pensada, fue muy meditada, fue sabiendo las consecuencias quizá esa fue la parte menos difícil porque creo que tome el tiempo adecuado para pensarlo y fue una decisión que no tenía remordimientos y no tenía dudas (María, 2012, entrevista).

Uno de los más importantes preceptos de la teoría feminista es el empoderamiento³². Según Magdalena León (1997) “empoderarse significa que las personas adquieran el control de sus vidas, logren la habilidad de hacer cosas y de definir sus propias agendas” (León, 1997: 3). La soberanía del cuerpo y el ejercicio de derechos tienen relación con el empoderamiento; y, el empoderamiento se configura a partir de la autonomía de las mujeres (Lagarde, 1997). Las mujeres que han llegado a la ser autónomas en sus decisiones buscan ejercer sus derechos y tienen otra lectura del aborto, desde la toma de decisión, hasta su percepción futura de la experiencia; tienen el poder y los elementos para configurar el suceso de manera positiva, independientemente de la experiencia en sí, independientemente del procedimiento usado o del servicio.

Por el contrario, los testimonios de mujeres como Cecy, Jessy, Diana, Joanna, 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, quedó en un segundo plano; “estábamos bien, de la persona con la que estoy casada estuve embarazada, ahí creo que fue más el temor de haberles fallado a mis papás, y cómo les digo, mínimo a mi papá le hubiera dado un ataque” (Cecy, 2012, entrevista). Por su parte Jessy, después de sus dos abortos decidió tener a su hija, “el papá de mis hijos como que me insistía que yo lo haga y simplemente yo no lo hice, tengo una muy buena relación con mi hija, no pude, tampoco me dejé llevar, guiarme por él, porque las veces que yo lo hice fue por él” (Jessy, 2012, entrevista).

En el discurso de Diana persiste un afán de justificar sus abortos, “Yo soy sola, igual he pasado como necesidades, entonces uno se pone a pensar que ese ser va a venir a sufrir y a pasar necesidades y pienso que yo lo he hecho porque yo no he querido que pase eso” (Diana, 2012, entrevista). Como ya lo mencioné, este grupo informantes

³² El concepto de empoderamiento ha sido tratado por autoras como: Naila Kabeer, Margaret Schuler, Magdalena León, Stephanie Riger, Nelly Stromquist, Kate Young, Saskia Wieringa, Srilatha Batliwala, entre otras.

tomaron la decisión no pensando únicamente en su bienestar, es el caso de Joanna “La primera fue porque mi nena estaba muy pequeñita todavía lactaba. La segunda ocasión, porque ya tuve mis tres hijos y me di cuenta que con la situación que yo tenía no era bueno que tenga otro, mi marido es irresponsable, solo tomaba, hasta ahora” (Joanna, 2012, entrevista).

Existe otra coincidencia con respecto a este último grupo de mujeres, las cuatro identifican a 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; Cecy es un ejemplo, “en realidad si yo me hubiera quedado embarazada, yo no habría podido estudiar, no tendría la carrera que tengo” (Cecy, 2012, entrevista), en su testimonio también se puede evidenciar que actualmente Cecy se autorecrimina por su aborto “yo no quiero ni acordarme, trato de no acordarme, aunque las cosas que están ahí te hacen acordar, era algo que trataba de evitar si me venía ese pensamiento trataba de estar en otra cosa” (Cecy, 2012, entrevista). Resulta entendible que a partir de sus sentires, mujeres como Cecy, Joanna y Jessy aconsejen a otras la no realización de un aborto “la posición mía es que no lo volvería a hacer, en realidad porque a fin de cuentas es una vida que no tiene la culpa, claro que ya me di cuenta tarde” (Jessy, 2012, entrevista). El imaginario del aborto y los discursos de los grupo pro-vida, en relación al inicio de la vida, resuenan en las trayectorias de estas mujeres y en la forma que conciben sus decisiones, “bueno si me hace feo, porque yo misma vi como algo de mí salía, caía y yo estaba matando estaba acabando con eso, y si me he sentido mal cuando me acuerdo” (Joanna, 2012, entrevista). Estas informantes muestran resistencia frente al aborto; sin embargo, Diana, Jessy y Joanna han vivido la experiencia en reiteradas ocasiones. Existe una contradicción entre sus acciones, decisiones, prácticas y sus discursos o simplemente no tienen otras opciones.

Una vez que la decisión de abortar es concebida y sentida como un derecho los dolores físicos y emocionales, cuando los hay, según mis informantes, son superables, se asimilan de manera positiva, se los piensa 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 el tiempo. En este escenario, para la médica Virginia Gómez de la Torre, el hecho de que la decisión

de abortar haya sido tomada por la mujer, ya influye para que en todos los casos el aborto se constituya un proceso que, de una u otra forma, termina siendo terapéutico.

Las mujeres que quieren abortar, que no quieren ese embarazo, se aguantan esos dolores y el aborto sigue siendo terapéutico, sigue siendo un alivio, 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 (Gómez de la Torre, 2012, entrevista 2).

Estoy de acuerdo con Gómez de la Torre. Cuando una mujer no desea el embarazo, y decide por el aborto es terapéutico – se alivia y se tranquiliza-. A la vez, no para todas, el hecho de tomar la decisión de abortar, se configura como una forma de ejercer derechos o de ejercer soberanía sobre el propio cuerpo, es ahí, donde existen una serie de factores que inciden. A continuación me referiré a dos factores, el contar con la información correcta y el contar con los recursos económicos, dos factores que tienen que ver con el acceso de las mujeres para llegar a un aborto decidido.

Juego de capitales y las trayectorias al aborto

En la vida práctica de las personas entran en juego condiciones que determinan que los sujetos seamos ubicados en una u otra posición y/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, también operan capitales. Estos entran en el juego social y es así que, tener uno 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 en la manera cómo, en lo posterior, perciben o configuran la decisión tomada. Para analizar el juego de capitales armé una matriz que sistematiza la información de los testimonios de mis informantes (Anexo 9).

Según los planteamientos teóricos de Bourdieu, 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 (Bourdieu, 2001: 131), la acumulación puede ser objetiva o interiorizada.

Según este mismo autor, 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 grupo³³ -contactos, redes, relaciones-.

Es interiorizada cuando las personas reconocen el valor del capital en su forma objetiva y la usan en su beneficio, por ejemplo, cuando se tiene el dinero se accede a ciertos espacios o bienes exclusivos; cuando se cuenta con títulos académicos, la opinión, dependiendo del área, se vuelve legítima y aprobada; cuando se pertenece a un grupo, que se conoce y reconoce, se puede acceder a contactos y establecer relaciones que aseguren beneficios. Cuando se interioriza el valor del capital, se reconoce su importancia y se usa en beneficio propio, los capitales se transforman en capital simbólico.

Para hacer el siguiente análisis es pertinente, volver a mencionar, la conceptualización –capítulo I- sobre la forma en la que se entienden los capitales de Bourdieu para esta investigación.

Capital económico como los ingresos del hogar; al capital cultural como la posesión de información específica sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y feminismo; al capital social como las relaciones sociales que generan contactos y oportunidades de acceso a trayectorias para el aborto.

Mi forma de entender el capital cultural y el capital social, basada en nociones que vienen de la práctica política de la teoría feminista, es que cuando estos dos capitales están reconocidos, interiorizados y puestos al beneficio del sujeto -mujeres-, se transforman en un tipo de posicionamiento político que tiene que ver con una manera específica de reapropiación y reconfiguración del cuerpo.

Esta transformación de los capitales, a la que me refiero influye en la toma de decisiones y en la manera de asumir la vida, por tanto, la concepción sobre el cuerpo se vuelve política, cuando esto sucede hablo de poseer un capital político. El ejercicio real de la soberanía del cuerpo –como la he definido-, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, correspondería a la objetivación -materialización- del capital político.

Apelando a estas bases teóricas, al grupo de mujeres entrevistadas lo he dividido en tres subgrupos: el primero, corresponde a las mujeres que poseen capital cultural y

³³ 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).

social, es decir, conocimiento y reconocimiento de la importancia de la información, específicamente relacionada al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, - soberanía del cuerpo-; El segundo a aquellas que cuentan con el capital cultural - conocen sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos-, pero no lo tienen interiorizado, y por tanto no fue determinante al momento de acceder al servicio para interrumpir sus embarazos, este grupo de mujeres no cuenta con un capital social fuerte; el tercer grupo aglutina a mujeres que no cuentan ni con el capital cultural, ni con el social, a los que hago referencia.

En el primer grupo, se ubican cuatro activistas feministas Adriana, Sarahí, Verónica y Lucy; dos que también son parte de organizaciones de derechos humanos y con ideologías de izquierda Mel y Negra. María y Janeth son mujeres que conocen de derechos sexuales y reproductivos y cuentan con contactos y relaciones con espacios feministas.

De estas ocho mujeres, las siete recorrieron rutas que las llevaron a un aborto seguro e hicieron uso de su capital cultural y social, tomaron su decisión de abortar en base a su capital cultural y accedieron al servicio a través de su capital social, contactos. De sus testimonios se rescata que el haber interrumpido un embarazo no deseado fue necesario para la concreción de sus proyectos de vida. Janeth es la excepción, a pesar de tener información y contactos, las circunstancias le obligaron a seguir una ruta por un consultorio privado que no le garantizó el bienestar, ni físico, ni emocional y tuvo secuelas posteriores. Todas ellas reconocen en el aborto un derecho y una estrategia para el ejercicio de la soberanía del cuerpo, no mencionan sentimientos de culpa en relación a la interrupción y reivindican que su decisión fue la más acertada.

Las mujeres ubicadas en el grupo de las que únicamente conocen sobre derechos sexuales y reproductivos pero que no estaban conscientes de la importancia de contar con esta información, en el momento de decidir por un servicio son cinco, Diana, Salomé, Denisse, Laly y Alegría. Salomé accede a un servicio que le permitió un aborto seguro –bienestar físico y emocional, acompañamiento-; Denisse llega a un consultorio privado que únicamente le garantizó su salud física, el mismo que María. El capital social de Salomé y Denisse les permitió recorrer rutas donde cumplieron con su objetivo de llegar a interrupciones que no complicaran su bienestar, ni sus proyectos de vida. Ambas estaban preocupadas por su seguridad. Los casos de Diana, Laly y Alegría son distintos

en tanto en cuanto, su capital cultural no se potenció en su beneficio, pero tampoco contaban con contactos. Ellas llegaron a servicios privados inseguros, donde según sus testimonios, fueron maltratadas, podían sentir en el ambiente de estos lugares el estigma que pesa sobre la situación clandestina e ilegal. Los prestadores de esos servicios no tenían criterios, ni sensibilidad con respecto a la situación que estaban viviendo estas mujeres. Las tres informantes no tuvieron consecuencias negativas en su salud física, a la vez, desde sus testimonios y expresiones corporales durante las entrevistas se mostraron marcadas desde el dolor, el cuestionamiento y el estigma.

En el tercer grupo de mujeres se ubican quienes no cuenta ni con información, ni con contactos en relación a temas de derechos sexuales y reproductivos, es decir, no cuentan con capital cultural, ni social. Están en este grupo Cecy, Jessy y Joanna. Cecy recorrió la ruta por un consultorio privado. Jessy hizo una ruta múltiple, una parada en un consultorio privado y otra –de urgencia- en los servicios de salud estatales; Joanna se autoindujo un aborto con medicamentos y le fue necesario acudir a un servicio estatal. A todas, sus interrupciones les significaron poner en riesgo su vida, ser lastimadas emocionalmente y tener secuelas emocionales que hasta el momento no han podido superar.

En los dos primeros grupos se puede ver una forma determinada de apropiación del capital cultural, los beneficios van de acuerdo al grado de capacidad que tienen las personas para dominar y poner en juego su capital cultural (Bourdieu, 2001, 146). Las mujeres del tercer grupo no cuentan con un capital cultural –información específicamente relacionada al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y feminismo- por tanto no obtienen beneficios, no tienen capital cultural para poner en juego.

Educación formal y acceso a un aborto seguro

Dentro de la configuración del capital cultural, también he ubicado a 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.

Se destaca, de este análisis 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 únicamente concluyeron la primaria y cursaron uno o dos años de la secundaria.

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 riesgos, por ejemplo, un aborto inseguro. En este estudio se puede ver que las mujeres, que dieron su testimonio han llegado a un embarazo no deseado y a un aborto decidido, independientemente de su nivel de educación, que en cambio sí ha pesado para la vinculación a espacios desde donde pudieron haber acumulado capital cultural y social –grupos feministas, organizaciones políticas y de derechos–.

Estos resultados invitan a repensar estas premisas basadas en la relación altos niveles de instrucción, menor riesgo de embarazo no deseado y abortos inseguros. Desde la información recogida en los testimonios planteo que la educación formal en general, como se la imparte en la mayoría de centros educativos de nuestro país, no representa una variable 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 –entendida desde los principios feministas–, les permite ejercer su soberanía del cuerpo; y, establece una diferencia al momento de buscar, acceder y recorrer rutas seguras al aborto.

Capitales, soberanía del cuerpo y aborto seguro

En este acápite reviso cómo la forma como se usan los capitales, tiene que ver con el ejercicio de la soberanía del cuerpo y el acceso a un aborto seguro.

En un primer momento me referiré al capital cultural y social, y cómo su transformación nos lleva a la configuración de un capital político. “La mayoría de características del capital cultural pueden ser inferidas del hecho de que éste se encuentra fundamentalmente ligado al cuerpo y presupone la interiorización (incorporación)” (Bourdieu, 2001: 139). Para definir la trayectoria hacia el aborto seguro, el capital cultural incorporado y que se lo usa en beneficio propio es fundamental. Es así que aquellas mujeres que son poseedoras de un capital cultural – conocimiento, información sobre sus derechos– lo han interiorizado, lo han puesto a su favor y esto les ha significado ejercer autonomía y soberanía sobre su cuerpo y configurar su “cuerpo político” configurado desde la teoría feminista. Esta

interiorización no se da de manera mecánica, o casual, involucra un proceso que requiere tiempo y recursos que no son necesariamente económicos.

Del grupo de informantes, son las mujeres activistas feministas las que han convertido su capital cultural y social en un capital político. Cuando el valor de estos capitales es reconocido por las mujeres -agentes-, estos capitales se transforman en un capital político, que cobra un valor simbólico, las mujeres se empoderan y esto les lleva a configurar sus cuerpos políticos a tener otras posturas –diferentes a las tradicionales– ante la vida. Así se expresa Sarahí, una de mis informantes.

...creo que todavía estamos muy desconectadas de poder entender que nuestros cuerpos, nuestras expresiones, nuestros movimientos y las acciones que podamos tener, de manera consciente, en base a derechos, en base a asumir que es real que podemos ser soberanas y hacer de nuestro cuerpo un territorio soberano. Es como un ejercicio que tenemos que irlo haciendo de a poco no, entendiendo y generando una conciencia más amplia que es hermoso también poder ejercer los derechos, como más concretos de la vida si, pero también difíciles de ejercer en un punto, porque todo el entorno así lo social, lo cultural, históricamente lo religioso, invadieron nuestros cuerpos y nuestras decisiones... podemos como seguir difundiendo eso porque no está entendido qué es, qué implica, y yo creo que una de las mayores implicaciones es el tema de la no culpa, así, de la armonía con tus decisiones con tus prácticas con tu ejercicio de esos derechos (Sarahí, 2012, entrevista).

Hablar de un cuerpo político, desde el feminismo, en primer lugar significa apropiarse del cuerpo y luego representa deconstruir la forma de presentarse y representarse en el mundo. Paralelamente, significa conformar de manera consciente una serie de representaciones, ideas, actitudes, imágenes, técnicas y conductas, para comprender el mundo de distinta forma al que se les ha enseñado, tradicionalmente, a las mujeres –estructura patriarcal–.

La construcción del cuerpo político se concreta en estas mujeres 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, se lucra inescrupulosamente de la demanda de esta práctica, se estigmatiza y se transgreden derechos, 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 se ubican en una situación privilegiada³⁴ en relación a quienes no han llegado a conformar su cuerpo político y se han expuesto a seguir trayectorias inseguras. Las mujeres que reconocen la importancia de contar con información sobre derechos sexuales y reproductivos, desde mi punto de vista, también son privilegiadas en la medida que su posición política respecto al cuerpo les direcciona hacia una reconfiguración positiva y saludable de la práctica del aborto y sus implicaciones. Así, la culpa que va de la mano con el imaginario tradicional del aborto, en estas mujeres se desdibuja.

En contraste, en los testimonios de las mujeres que no están informadas, que no conocen sobre temas de derechos sexuales y reproductivos, sexualidad y feminismo, se visibiliza una fuerte carga de culpabilidad, remordimiento y cuestionamiento frente a la decisión tomada.

Verás yo estoy bien como estoy ahora, pero no lo hubiera hecho. Creo que me incliné más a esta carrera [maestra] porque yo les veo y digo, mi hija hubiera estado ahí, sino hubiera hecho esto. No lo haría y si a mí me vinieran a contarme yo les diría que no lo hicieran que es algo feo [el aborto], yo sentía como me iba sacando, yo creo que lloré lloraba todo ese día, cuando llegué a la casa, mi papi me hablo, yo lloraba y en realidad no lloraba por lo que mi papi me hablo, eso era lo de menos, era por lo que había hecho en esa tarde. El hermano del Luis [esposo] tiene la hija y [mi hijo] hubiera nacido en esas fechas, [tendrían la misma edad], eso me va a acompañar siempre (Cecy, 2012, entrevista).

¿Cuál es la importancia de esta transformación, del capital cultural y social en capital político? Bourdieu no habla de un capital político, menciona al capital simbólico y lo constituye como un poder simbólico, este tiene la capacidad 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, identifico 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 basado en el patriarcado.

En relación al aborto, las mujeres que tienen información sobre derechos y la usan en su beneficio, son las que tienen una forma de poder político con el que pueden

³⁴ Quien dispone de una competencia cultural determinada, por ejemplo, saber leer en un mundo de analfabetos, 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).

lograr transformaciones en la forma de mirar esta práctica, así mismo, pueden lograr cambios en la forma de vivenciarla.

En lo que se refiere al capital económico, el análisis da como resultado la siguiente conclusión, el capital económico (tener dinero) no prima a la hora de seguir una determinada trayectoria para llegar a un aborto seguro. Lo que ha primado en los casos testimoniados ha sido el capital cultural, es decir, poseer información sobre los derechos humanos y particularmente, los derechos sexuales y reproductivos.

Es el capital cultural -información y formación en derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos-, junto al capital social –contar con los contactos– es lo que ha determinado que las mujeres ejerzan sus derechos, tomen sus decisiones y accedan a abortos seguros. En este escenario, la relación determinista pobreza – aborto inseguro se diluye. Los ingresos o el capital económico no aseguran la calidad de la ruta del aborto.

Para correlacionar el estrato dado por los ingresos de hogar con las trayectorias de aborto seguro de mis informantes, he clasificado al grupo de 16 mujeres así: en el estrato pobre se ubican Adriana, Joanna, Diana, Jessy y Salome; en el estrato bajo están Mel, Cecy, Laly, Denisse y Lucy; en el estrato medio bajo, Vero, Janeth, Negra; en el medio típico Alegría; y, en el medio alto/alto María y Sarahí³⁵.

Las mujeres que reconocen al aborto como un derecho a decidir sobre sus cuerpos, (soberanía del cuerpo, política del cuerpo), son ocho de mis 16 informantes, se encuentran ubicadas indistintamente en los cuatro estratos socioeconómicos definidos (pobre, bajo, medio y medio alto/alto). Cinco de ocho se ubican en las clases media y media alto/alto. De este grupo de ocho mujeres seis tuvieron abortos seguros en servicios relacionados con organizaciones no gubernamentales, una tuvo un aborto en consultorio privado que garantizó su seguridad física y una de las ocho, se sometió a un aborto inseguro en consultorio privado.

Las mujeres que únicamente conocen sobre derechos se ubican, la mayoría, en los estratos pobre y bajo (cuatro de cinco). De este grupo solo una accedió a una ruta de aborto seguro, las otras accedieron a servicios privados que garantizaron su salud física.

De las mujeres que desconocen sobre derechos sexuales y reproductivos, dos se ubican entre las pobres y una en el estrato bajo. Las tres acudieron a servicios privados

³⁵ Mirar Anexo 8.

que no contaban con las garantías ni para su salud física, mucho menos para su salud emocional. Las tres, en sus testimonios, dejan ver la permanencia de secuelas.

De las mujeres que han recorrido rutas de aborto seguro, todas cuentan con estudios superiores y cuatro cuentan con estudios de cuarto nivel. De las que accedieron a consultorios privados que precautelaron su salud física tres tenían estudios superiores y dos estaban concluyendo la secundaria. De las que no conocen sobre derechos sexuales y reproductivos, ni de soberanía del cuerpo, dos contaban con estudios primarios y una se encontraba concluyendo la secundaria.

Si se plantea una relación entre el estrato socioeconómico dado por ingresos y con el acceso a educación –capital cultural-, a simple vista parecería que el estrato socioeconómico y el nivel de educación, sí podría haber determinado que estas mujeres accedan 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, entendiendo 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 a espacios de ONG feministas, juntos estos dos capitales posibilitan que las mujeres tengan accesos para un aborto seguro.

A lo largo de este capítulo he mencionado el costo de las interrupciones. En Quito donde la oferta para interrumpir un embarazo es alta y diversa, al parecer, un valor específico no asegura un aborto en las mejores condiciones, la mayoría de mis informantes pago entre 200 a 300 dólares, el valor no tiene relación con el acceso a un aborto seguro, un valor económico alto no brinda garantías.

Quienes usaron misoprostol de forma correcta invirtieron menos de 100 dólares, no tuvieron complicaciones y consideran que su aborto fue seguro. Esto se debe a que en el tema del acceso al aborto, actualmente en la ciudad de Quito, el capital económico no es determinante, (Bourdieu, 2001, 133) entran en juego otros valores relacionados con el capital cultural y social. El acceso al aborto seguro de ninguna manera se reduce a un simple intercambio económico o relaciones de mercado, paradójicamente las mujeres más pobres pagaron más por sus abortos. Tampoco quiere decir que no sea

importante, lo que sí involucra, es repensar cuál es el lugar del capital económico y su verdadero peso en la búsqueda de una ruta de aborto segura.

En lo que respecta a la relación estrato de las mujeres y las trayectorias que estas siguen al momento de interrumpir sus embarazos, parecería que el estrato dado por los ingresos, no significa un factor diferenciador o determinante, entre seguir trayectorias seguras e inseguras al momento del aborto, más bien, lo que aparece corresponde a la manera de vivenciar la experiencia. Existen ciertas prácticas de clase que diferencian a unas de otras al momento de abortar. En este sentido es importante aclarar que el alcance de este estudio no permitió profundizar en lo que tiene que ver a la clase –desde los capitales- y su relación con las prácticas, según la clase social de las mujeres que abortan.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Mi interés principal ha sido explorar cuál son las relaciones que existen entre la clase social y el aborto decidido. Esta inquietud se ha traducido en las siguientes ¿en qué medida la clase social representa un factor relevante en los posicionamientos de la opinión pública frente el aborto?; y, ¿en qué forma la clase social se relaciona con las distintas rutas de un grupo de mujeres que decidió interrumpir su embarazo?

En la investigación planteé incluir la categoría de clase social, pensada desde la generalización que se hace en las ciencias sociales y el sentido común, el recorrido de la investigación me llevó a conocer y reconocer que esta mirada de la clase social resultaba limitada para contestar estas dos interrogantes. Por consiguiente, fue necesario replantear conceptual y metodológicamente mis argumentos y el análisis.

Trabajar e investigar con la categoría de clase social en el contexto de la ciudad de Quito es complejo, en buena medida porque no existe un modelo estandarizado para hacer una clasificación social de la población y puesto que existen diversas teorías sobre las clases sociales.

Ante esta complejidad y con el objetivo de concretar la investigación sin perder el eje central –la clase social–, adopté dos formas de entenderla. Por un lado la categoría de estrato socioeconómico, desde las teorías funcionalistas de la clase social; y, por el otro a partir de la teoría sociológica contemporánea de Pierre Bourdieu, que configura a la clase desde la acumulación de los capitales económico, cultural y social, la cual profundizo.

Hice referencia a estrato socioeconómico en la parte correspondiente al análisis de la opinión pública relacionada con el aborto. Con la segunda teoría -Bourdieu-, desde los capitales analicé las trayectorias para el aborto decidido. Una combinación de las dos teorías apoya el análisis para comprender cómo los capitales y el estrato socioeconómico de las mujeres, las llevan a una determinada trayectoria. Esta combinación la he nombrado como clase social.

En el primer acápite de este capítulo, abordo la relación entre la temática de aborto y la opinión pública. El segundo me refiere a la paradoja que se presenta en la relación Estado y aborto. En la tercera y última parte de este capítulo, trato las rutas y factores de decisión que influyen para la toma de decisión de un aborto seguro. Cierro

este capítulo mencionando la manera cómo se ha entendido y conceptualizado a la soberanía del cuerpo a lo largo de la investigación.

Opinión pública, aborto y estrato social

Una de las interrogantes de la investigación pretendía averiguar sobre la relación que existe entre los debates y la opinión pública sobre aborto y el estrato socioeconómico. Los resultados de la encuesta de opinión pública -Hábitus- dieron respuesta a esta pregunta. Sí, efectivamente existe una relación entre la opinión pública y estrato social. Los datos revelan que hay aceptación frente a la práctica del aborto, bajo ciertas condiciones; cuando haya riesgo en la salud de la madre, cuando existan malformaciones genéticas y en caso de embarazos por violación a la madre.

Al mirar esta aceptación, encontramos que el núcleo más renuente está ubicado en el estrato pobre, conforme el estrato es más alto -estratos medios y altos- la apertura aumenta, de manera que la opinión pública sobre el aborto parece correlacionarse con la estratificación social. Menor apertura en estratos bajos, mayor apertura en estratos altos. También se puede ver que es más alta la aceptación en los hombres que en las mujeres.

Es relevante, destacar que la mayoría de las personas ubicadas en los estratos pobre, bajo, medio bajo, medio típico y medio alto/alto no aceptan la práctica del aborto cuando la mujer quiera o decida por propia voluntad y cuando hay limitaciones económicas de los padres. Se aprecia en estos resultados que la relación, estrato más alto, mayor aceptación al aborto, dada en los casos anteriores, se diluye. La posición que tienen las personas de todos los estratos se presenta pareja en estos dos casos.

Analizando de manera desagregada los resultados generales, se tiene que en los casos de aborto terapéutico, aborto por malformaciones y aborto por embarazo por violación, son las dos primeras causales las que tienen una aceptación mayoritaria, de estas dos es la de aborto terapéutico la más aceptada en la población quiteña. En el caso de embarazo por violación a la madre, existe una extendida aceptación. Y en los casos de aborto por decisión propia y por limitaciones económicas existe una rotunda negativa en todos los estratos.

De lo mencionado, se destaca que es el aborto terapéutico, legalizado en nuestro país, el más aceptado en Quito. Como quedó explicado en el capítulo II, a mi juicio esta

aceptación mayoritaria tiene que ver con la trascendencia de la ley, su conocimiento y reconocimiento. De ahí, que las propuestas feminista apelen a la inclusión en la normativa, del aborto en todas las circunstancias. Asombra que la opinión de una parte importante de mujeres encuestadas, se muestre contraria al aborto terapéutico, parecería que no hay una conciencia para valorar las propias vidas.

Es interesante observar que el aborto en caso de malformación y embarazo por violación a la madre también estén altamente aceptados por la opinión pública, aunque no se encuentren reconocidos por la ley. Esto lleva a reflexionar que, existe esta aceptación debido a que se tratan de situaciones que salen de las manos de los individuos –enfermedades físicas-, condiciones periféricas que no tienen que ver exclusivamente con la decisión personal e individual de las mujeres.

Son dos las situaciones en las que la opinión pública no admite rotundamente la práctica del aborto –y su legalización–: cuando es por decisión de la mujer y cuando los padres no cuentan con los recursos económicos. En nuestro país estos dos casos tampoco son legales. La explicación de estos resultados, sería la resistencia de la población al reconocimiento del derecho a decidir de las mujeres.

Asombra aun más que en una sociedad donde persisten las desigualdades, la mala distribución de la riqueza, la dificultad para contar con ingresos suficientes, la mayoría de la opinión tanto de hombres, como de mujeres, se muestre mayoritariamente contraria al aborto por consideraciones económicas. Desde las creencias populares, la decisión autónoma y las limitaciones económicas, no significarían justificaciones para llegar a un aborto decidido, puesto que la decisión de la mujer no es pensada como relevante y las limitaciones económicas para asumir la maternidad son superables generalmente por acción de las mismas mujeres.

Sugiero que estas posturas frente al hecho social que es el aborto decidido tienen que ver con la persistencia de estructuras de dominación como el patriarcado y la tradición marianista que persisten instauradas en las instituciones sociales y en el cotidiano y conciencia de las mujeres, estas estructuras son reforzadas, producidas y reproducidas a través de la influencia del discurso dominador. No existe un discurso homogéneo en la opinión pública con relación a la temática del aborto, su aceptación y legalización, lo que sí se ve es una importante aceptación a la práctica del aborto en casos específicos.

Se puede decir que en la opinión pública existe un discurso dominante. Discurso que resulta ser el conservador, el aborto no debe ser admitido, mucho menos legalizado o despenalizado desde la ley. Este discurso llega a la mayoría de la población como un discurso legitimado, configurándose como la opinión pública.

Al mismo tiempo, se presentan en la esfera pública otros discursos que aparecen como alternos y poco visibilizados, vienen de los movimientos de mujeres, de los colectivos proderechos, de las activistas feministas. Estos discursos reivindican al aborto como un derecho, reconfiguran el imaginario negativo que envuelve a esta práctica y establecen que la posibilidad de decidir por un aborto es una forma de ejercer soberanía sobre el cuerpo –autonomía, independencia y poder–.

Los debates en relación al aborto y su legalización, aparecen únicamente en momentos coyunturales de la sociedad ecuatoriana, donde el discurso dominante, se activa igual que se activa el discurso alterno. En estos debates, principalmente en los medios de comunicación, sobresale el discurso conservador y moralista proveniente de la jerarquía de la Iglesia Católica y de grupos conservadores pro-vida. Los discursos alternos (el aborto como un derecho, el aborto como una manera de justicia social) no son visibilizados, no resuenan en la opinión pública quiteña, esto se debe, en parte, a la escasa cobertura de los medios de comunicación.

Estado y aborto

En la práctica del aborto se presentan situaciones ambiguas y paradójicas. Una de ellas es el hecho que pese a estar penalizado desde las leyes, el aborto decidido es una práctica cotidiana y naturalizada, tanto es así, que el Estado invierte recursos para prestar atención médica a las mujeres que la requieren a consecuencia de abortos mal practicados.

Esta paradoja que se presenta entre el Estado y el aborto, corresponde a un hallazgo que no estaba pensado, puesto que esta relación Estado-aborto, no era parte del estudio. Sin, embargo, analizar cuál es la posición del Estado frente al aborto sí concierne a uno de los subtemas de la investigación, puesto que en algunas rutas de aborto el Estado se constituye en una parada, en un servicio más.

El sistema de salud pública atiende únicamente una parte de las atenciones relacionadas al aborto, en la provincia de Pichincha. La otra parte de los abortos se resuelve en servicios privados. Desde el análisis de los datos estadísticos, se ve que en la provincia la mayoría de atenciones relacionadas al aborto tienen que ver con casos de aborto no especificado. Desde mi criterio, las casas de salud públicas, están atendiendo casos relacionados con el aborto decidido. Tipo de aborto que es penalizado en nuestro país.

Tanto en los servicios estatales, cómo en los privados, no se inducen abortos. A mi parecer, algunas de las mujeres que acuden a los servicios estatales y privados, serían aquellas que se sometieron a un procedimiento previo de interrupción de embarazo y que acuden a solucionar las consecuencias; lo que deja ver que los servicios que sí inducen a abortos decididos, no estarían garantizando ni siquiera la salud física de las mujeres.

La naturalización de la existencia de la oferta de servicios para interrumpir embarazos resulta paradójica frente a la penalización tanto legal, como social. En Quito es fácil acceder a estos servicios, muchas personas los conocen.

El Estado ecuatoriano al mismo tiempo que penaliza a las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos, al mismo tiempo, las protege. Mientras en la ley sanciona al aborto, en la práctica invierte recursos, no de manera explícita, para asegurar que un grupo de abortos decididos concluyan de la mejor manera. Esta paradoja que se presenta en el Estado ecuatoriano salva la vida de miles de mujeres que deciden abortar.

Una vez más rescato que se mantiene lo paradójico en las trayectorias que siguen las mujeres que abortan, son sancionadas pero son atendidas. En el fondo, desde este estudio, lo que se observa es que el Estado no criminaliza tanto a la práctica del aborto, cómo a la toma de decisión de las mujeres sobre su cuerpo –autonomía, ejercicio de la soberanía del cuerpo–.

Rutas, decisión y clase social

Las rutas que siguen las mujeres jóvenes de Quito para llegar a un aborto decidido, se encuentran matizadas por factores relacionados a la clase social.

Desde el análisis de los testimonios y entrevistas recogidas en la investigación, fue posible identificar la presencia de factores que intervienen en la toma de decisión de las mujeres. Estos corresponden a factores políticos y factores relacionados con la clase social.

Clase social y aborto

La clase social en Quito no define la calidad de la trayectoria al aborto. Lo que se puede ver es una cuestión más específica respecto a la clase son otros capitales —el cultural y el social— transformados, en capital político los que sí representan un factor relevante para llegar a abortos seguros no así el capital meramente económico.

Las mujeres que reconocen al aborto como un derecho a decidir sobre sus cuerpos, es decir, que cuentan con capital político son las que llegan a abortos seguros; y se encuentran ubicadas en distintos estratos socioeconómicos (pobre, bajo, medio y medio alto/alto). No existe un estrato social en el que se aglutinen, ni las mujeres que han recorrido rutas seguras, ni rutas inseguras de aborto.

En relación a los recursos utilizados para llegar a un aborto, se puede visibilizar que el costo de las interrupciones en Quito, donde la oferta para interrumpir un embarazo es alta y diversa, al parecer, un valor específico (alto en relación a los ingresos mensuales de las mujeres) no asegura un aborto en las mejores condiciones. La cantidad de dinero no tiene relación con el acceso a un aborto seguro. Al parecer el capital económico, como generalmente se piensa, no siempre establece un tipo de garantía con la que puedan contar las mujeres.

La decisión y el ejercicio de la soberanía del cuerpo

A partir del análisis del contexto y la opinión pública en relación al aborto se puede ver que mínimamente se conecta a la soberanía del cuerpo con la decisión de interrumpir un embarazo. No se encuentra instalado en el sentido común, el imaginario del aborto como un derecho de las mujeres.

La mayoría de mujeres, en general, al momento de tomar la decisión de abortar no tienen presente un reconocimiento de la soberanía del cuerpo y la autonomía como uno de sus derechos. Son las mujeres que se encuentran cercanas a organizaciones no gubernamentales, a formación en derechos humanos y derechos de las mujeres y al

activismo feministas quienes tienen la conciencia de que la práctica del aborto corresponde a una manera de ejercer derechos, específicamente los derechos sexuales y reproductivos; y, es en este escenario que la toma de decisión por el aborto se configura como una forma de ejercer la soberanía sobre el cuerpo.

Este ejercicio de la soberanía del cuerpo no se da de manera azarosa, tiene que ver con el juego de capitales que configuran la posición social de las mujeres en un determinado contexto.

La información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y feminismo, en nuestro contexto y en el tema del aborto, se convierte en un capital cultural, como se pudo ver no todas las mujeres disponen de él. Yo diría que la mayoría de mujeres no disponen de este capital porque el sistema patriarcal así lo requiere. Sin embargo, de la investigación se rescata que cuando las mujeres lo han llegado a obtener, por distintos medios, su realidad frente a una experiencia de aborto es distinta. Las mujeres tienen otras miradas y busca seguir rutas que las lleven a abortos seguros, seguros tanto para la salud física, como para la emocional y para el ejercicio de sus derechos –abortos seguros–.

Para poder acceder a un aborto seguro, no solo se requiere de la decisión, se necesita la información, los contactos y las relaciones que permitan llegar a servicios de aborto seguro. Es en esta parte de la ruta que entra en juego el capital social, las mujeres que cuentan con contactos que son parte de redes, tienen mayores facilidades para acceder a abortos seguros, se encuentran acompañadas, tienen la información correcta y saben que puede ser apoyadas por los mismo servicios. A pesar de la ilegalidad del aborto decidido, estas mujeres reconocen que la decisión por un aborto es legítima.

Juntos el capital cultural y el capital social, reconocidos y usados a beneficio, se transforman en un capital político. Las mujeres que cuentan con capital político, al momento de abortar, se encuentran en una situación privilegiada con respecto a las que no tienen este capital. Tener el capital político significa en la vida práctica, tener las condiciones para ejercer un real ejercicio de la soberanía sobre el cuerpo. De la investigación se rescata que son las mujeres activistas feministas quienes han llegado a acumular el capital político y lo usan en su beneficio, al momento de decidir por un aborto.

Para las mujeres activistas que han abortado, esta experiencia les significa continuar con su proyecto de vida, a la vez, que también corresponde a una estrategia de ejercicio de derechos, y sobre todo una forma de construir una política del cuerpo, basada en el ejercicio de la soberanía de sus cuerpos y el reconocimiento de sus decisiones.

Los beneficios de contar con este capital van de acuerdo al grado de capacidad que tienen las mujeres para beneficiarse de él. Las mujeres que no cuentan con un capital político, no obtienen beneficios; no tienen capital político para usar en el juego social, ellas son las que se arriesgan a seguir trayectorias de aborto inseguro.

El aborto solo podrá constituirse en una estrategia de soberanía del cuerpo, siempre y cuando esté interiorizada en las mujeres ésta idea, siempre y cuando las mujeres estén conscientes de sus derechos y de la legitimidad que tienen sus decisiones, es decir, siempre que cuenten con un capital político del que puedan beneficiarse. Sin duda, esta interiorización solo puede darse a partir de una formación en derechos de las mujeres, con enfoque de género, solo así es posible hablar de un ejercicio de derechos real, de un ejercicio de derechos que cambie no solo la percepción sobre el aborto, sino también, que reconfigure la calidad de las trayectorias que se siguen las mujeres.

En este punto, en el de las rutas seguras, la educación formal no corresponde necesariamente a un factor determinante, es la formación en derechos y feminismo la que aporta a que las mujeres busquen rutas de aborto seguro. Lo que si se ve es que las mujeres que tienen las posibilidades de realizar sus estudios formales son quienes llegan a ser parte de organizaciones sociales y eso les ayuda a acumular capital cultural.

A lo largo de la investigación, siempre estuvo presente el planteamiento de que la soberanía del cuerpo no puede ser ni pensada, ni abordada sin tomar en cuenta los planteamientos teóricos y las reivindicaciones políticas del feminismo.

La soberanía del cuerpo es una categoría joven, a la vez, incluye toda una historia feminista relacionada con la autonomía y la emancipación de las mujeres, no se encuentra nombrada en las construcciones teóricas del feminismo como tal. Aún no se ha instalado como una categoría teórica, desde mi punto de vista, es una categoría que se encuentra configurándose, que viene desde las bases activistas del feminismo y eso es algo que hay que resaltar. Es una categoría política que surge para enfrentar la subordinación, particularmente la subordinación de las mujeres en un sistema patriarcal.

La soberanía del cuerpo se constituye en una variable para llegar a una ruta de aborto seguro, cuando las mujeres llegan a una posición donde pueden tomar sus decisiones desde la autonomía y la libertad. La puesta en práctica de la soberanía del cuerpo es posible a partir de que las mujeres puedan contar con los capitales antes mencionados, capital cultural, capital social, y juntos ser transformados en capital político, así se ejerce la soberanía del cuerpo.

BIBLIOGRAFIA

- Academocracia y UNFPA (2010). *Cairo + 15, Agenda Nacional de Prioridades de la Sociedad Civil 2009-2014*. Quito. No publicado.
- Agra, María Xosé (2000). "Multiculturalismo, justicia y género". En *Feminismo y Filosofía*. Celia Amorós Puente (ed. lit.). 135-164. Madrid: Editorial Síntesis.
- Arango, Gabriela (2007). "Género, discriminación étnico-racial y trabajo en sectores populares urbanos: experiencias de mujeres y hombres negros en Bogotá". *La manzana de la discordia*, Año 2, No. 4.: 37-47. Bogotá.
- Aszkenazi, Marcela (2007). *Clausuras y Aperturas: debates sobre el aborto*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- AWID derechos de las mujeres (2012). "Uruguay: El Senado Aprobó el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo". Disponible en: <http://www.awid.org/esl/Las-Noticias-y-Analisis/Nuevos-Recursos/Uruguay-El-Senado-aprobo-el-proyecto-de-ley-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>. Visitado en 06.13.12.
- AWID derechos de las mujeres (2011). "28 de Septiembre: Educación Sexual para Decidir. Anticonceptivos para no Abortar. Aborto Legal para no Morir". Disponible en: <http://www.awid.org/esl/Las-Noticias-y-Analisis/Temas-y-Analisis/28-de-Septiembre-Educacion-sexual-para-decidir.-Anticonceptivos-para-no-abortar.-Aborto-legal-para-no-morir>. Visitado en 11.3.12.
- Balanta, Xiomara (2009). "Sentencia de constitucionalidad condicionada. Caso sobre despenalización del aborto en Colombia". En *FORO Revista de Derecho* N°. 12: 233-244. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2311/1/11-Jurisprudencia.pdf>. Visitado en 05.18.13.
- Blasi, Gastón (2009). ¿Cuál es el estatus jurídico del embrión humano? En *Revista Persona, Derecho y Libertad* (s/n): 95-120. Disponible en: <http://www.circulodoxa.org/documentos/Cual%20es%20el%20estatus%20juridico%20del%20embrion%20humano.pdf>. Visitado en 05.18.13.
- Barranco, Dora (2012). "Soberanía del cuerpo". Disponible en: http://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzeptebereich/ba_soberania/contexto.html. Visitado en 11.5.12.
- Becerra, Manuel, Adriana Povedano y Evelyn Téllez (2012). "La soberanía en la era de la globalización" Disponible en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2790/5.pdf>. Visitado en 11.8.12.
- Bonan, Claudia (2003). "Sexualidad, reproducción y reflexividad: en busca de una modernidad distinta". En *Sexualidades y sociedades contemporáneas*, Kathya Araujo y Carolina Ibarra (editoras): 21- 43. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- 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.

- CLACAI-ICMA (2010). *Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica*. Disponible en: http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5. Visitado en 10.14.12.
- CLADEM y Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (2006). *Manifiesto Por una convención interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*. Lima: Campaña por la convención de los derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/salud-derechos-humanos-y-genero-en-la-ensenanza-de-grado/manifiestoesp.pdf> Visitado en 10.4.12.
- Carbajal, Mariana (2009). *El aborto en debate: aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Castello, Paula (2008). “Despenalizar el aborto un nuevo proyecto Constitucional”. En *Iconos* No. 32: 19-23.
- Carrión, Nancy (2010). “Soberanía del cuerpo: hablando de aborto”. En *Soberanías*, Martínez Esperanza y Acosta Alberto (Comps.): 249-266. Quito. Abya-Yala.
- Católicas por el derecho a decidir (2011). *Mujeres de espíritu y de lucha. Módulo de formación en derechos de las mujeres desde una perspectiva y ética de la teología feminista*. Quito. Graphus.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2005). *Informe Preliminar de ENDEMAIN 2004, Capítulo 4. Comportamiento sexual y reproductivo de adultas jóvenes*. Quito. Colección ENDEMAIN 2004. Efecto gráfico.
- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (2004). *25 Años de Feminismo en el Perú: historia, confluencias, perspectivas*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Cevallos, María Rosa (2011). “El temor encarnado: Formas de control y castigo a mujeres con aborto en curso en Quito. Ecuador”. Tesis para la obtención de título de Maestría en ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo: FLACSO Ecuador.
- Chávez, Susana (2003). *Atención humanizada del aborto inseguro*. Perú: R&R Artes Gráficas Asociados S.A.C. Disponible en http://www.flora.org.pe/pdfs/Aborto_Inseguro.pdf Visitado en 05.18.13
- Código Penal ecuatoriano (2010). [1971]. Documento disponible en: http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/ecu/sp_ecu-int-text-cp.pdf. Visitado en 11.11.12
- Comisión de transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género (2011). *¿Sabías qué? Un glosario feminista*. Quito. Manthra Editores. Disponible en <http://www.comisiondetransicion.gob.ec/phocadownload/publicaciones/glosario-final.pdf> Visitado en 05.18.13
- Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (2003). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador*. Quito: CLADEM.
- Colectiva Salud Mujeres (2011). “Misopostrol”. Disponible en: <http://saludmujeresecuador.blogspot.com/search?updated-min=2011-03-01T00:00:00-08:00&updated-max=2011-04-01T00:00:00-07:00&max-results=6>). Visitado en 11.9.12.

- Colectivo Pro Derechos Humanos (2007). *Derechos Humanos en la Mirada Juvenil: Guía para Talleres. 3 temas de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito. Eureka Soluciones de Diseño.
- Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género (s/f). *Yo también decidí abortar*. Ecuador: Indymedia Ecuador.
- Coordinadora Política Juvenil (2007). *De eso no se habla: percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador*. Quito.
- Córdova, Julio (2010). “Despenalización del aborto como un imperativo ético desde una teología de la misión integral”. En *Conciencia latinoamericana. Revista de la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir* N°18: 12-17. Bolivia. CDD/Bolivia.
- De Beauvoir, Simone (1999). *El segundo Sexo*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (2009) *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto*. Buenos Aires Coordinación editorial Área de Comunicación Social.
- Egüez, Pilar (2005). “Mujer y población”. En *Mujeres ecuatorianas: Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*. Prieto Mercedes (ed.): 25-90. Quito: FLACSO – Sede Ecuador.
- El tema del aborto preocupa políticamente al Gobierno (2008). *El Comercio*, 5 de julio. Política.
- 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 & Asoc., S.A. San José.
- Felitti, Karina (2010). “Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986)”. Disponible en: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/CQY39DLRPJU6YLL3NM5P7E5BS5R6Q5.pdf. Visitado en 09.11.12.
- Fraser, Nancy (1997). *Iustitia Interrupta*. Colombia: Siglo del Hombre, Universidad de los Andes.
- Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (2011). “Comunicado a las mujeres y hombres del país”. Disponible en: <http://www.fundaciondesafio-ec.org/pdf/comunicado.pdf>. Visitado en 11.7.12.
- Foucault, Michel (1998). *Historia de la sexualidad I, La Voluntad de Saber*. México: Siglo veintiuno de España editores, s.a.
- Fuller, Norma (1995). “En torno a la polaridad marianismo y machismo”. En *Género e identidad*. Luz Gabriela Arango, Magdalena León y Mara Viveros, (comp.): 241-264. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Fundación Desafío (2011). “*Decisiones Cotidianas*”, Virginia Gómez de la Torre y Martha López (Comp.) Quito. Graphus.
- Fundación Desafío (2012). *Guía de los buenos noviazgos: libertad y Respeto desde el comienzo*. Quito: DANKORP GROUP.
- Gebara, Ivonne (2010). “Derecho a decidir: algunas reflexiones filosóficas y teológicas”. En *Conciencia latinoamericana. Revista de la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir* N°18: 4-11. Bolivia. CDD/Bolivia.
- Gil, Franklin (2008). “Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad”. En Wade, Peter; Urrea, Fernando y Viveros, Mara,

- eds, *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*: 485-512. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES) Escuela de Estudios de Género.
- Gobierno Nacional del Ecuador (2011). “Informe para primer debate del Proyecto de Código Orgánico Integral Penal”. Disponible en: <http://www.asambleanacional.gov.ec/tramite-de-las-leyes.html>. Visitado en 11.11.12
- Gómez, Virginia (2011). “La salud de las mujeres al 2010 en el Ecuador”. En *Informe de Derechos Humanos Ecuador 2009-2010*. Quito: humanas. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género.
- Guattmacher Institute (2011). “El aborto en los Estados Unidos”. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=06Pq9IVf7Ug>. Visitado en 09.9.12
- Habitus (2011) Resultados de encuesta de opinión. Quito.
- Haraway, Donna (1995). “Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial”. En *Ciencia, Cyborgs y Mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, Cátedra.
- Herrera, Gioconda (2001). “Los estudios de género en el Ecuador: entre el conocimiento y el reconocimiento”. En *Antologías. Estudios de Género*: 9-60. Gioconda Herrera (ed.) Quito. FLACSO-ILDIS.
- _____ (1997). “Los enfoques de género: entre la gettoización y la ruptura epistemológica”. *Revista Ecuador Debate No. 40*: 109-209. Ecuador.
- hooks, bell (2004). “Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista”. En *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*: 33 – 50. Madrid: Traficantes de sueños.
- Htun, Mala (2010). *Sexo y Estado: Aborto, divorcio y familia bajo dictaduras y democracias en América Latina*. Santiago: Ediciones UDP.
- INEC (2012) “Estadísticas de egresos hospitalarios, provincia de Pichincha”. (Redatam). Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2010&MAIN=WebServerMain.inl>). Visitado en 11.9.12.
- INEC (2011). “El estrato socioeconómico medio del Ecuador es del 83,3%”. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=474%3AEl-estrato-socioeconomico-medio-del-ecuador-es-del-833&catid=68%3ABoletines&Itemid=51&lang=es. Visitado en 11.9.12.
- Kaufman, Philip (2004). “Conciencia moral”. En *Manual para católicos disconformes. Divorcio, anticoncepción, aborto*. Buenos Aires: Marea Editorial.
- La Iglesia pone reparos al proyecto (2008) *El Comercio*. 29 de julio. Política. Ecuador.
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo, cuerpo, género desde los griegos hasta Freud*. Madrid. Ediciones Cátedra, S.A.
- Lagarde, Marcela (1997) Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Disponible en: <http://sidoc.puntos.org.ni/publicacionesptos/documentos/claves-feministas-para-el-poderio-y-autonomia.pdf>. Visitado en 10.10.12
- Lamas, Martha (2008). “El aborto en la Agenda del desarrollo en América Latina”. En *Perfiles Latinoamericanos*. México: Flacso sede México-REALYC-UNAM.

- Laurin, Nicole (1989). “Las teorías funcionalistas de las ciencias sociales, sociología e ideología burguesa”. Disponible en:
http://books.google.com.ec/books?id=5Asz9hdgGq0C&pg=PA1&lpg=PA1&dq=Las+teor%C3%ADas+funcionalistas+de+las+ciencias+sociales,+sociolog%C3%ADa+e+ideolog%C3%ADa+burguesa&source=bl&ots=HKPrNf2WJ0&sig=qA0XYidIA8u_NdPyzZSsKCEOP6I&hl=es&sa=X&ei=8YWeUMSkKIyy8QTq0IGAAg&ved=0CCYQ6AEwAg#v=onepage&q=Las%20teor%C3%ADas%20funcionalistas%20de%20las%20ciencias%20sociales%2C%20sociolog%C3%ADa%20e%20ideolog%C3%ADa%20burguesa&f=false. Visitado en 11.12.12.
- Lavrín, 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 (1999). *Derechos sexuales y reproductivos: avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*. Quito: FEDAEPS.
- León, Magdalena (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Colombia: Tercer Mundo.
- López, Teresa (2002). “Autonomía”. En *10 palabras clave sobre mujer*, Celia Amóros (directora): 151 – 188. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Loring, Jorge (2012). “El aborto: asesinato de inocentes”. Disponible en:
<http://es.catholic.net/escritoresactuales/251/846/articulo.php?id=8948>. Visitado 9.8.12.
- Mackinnon, Catharine (1989). *Hacia una teoría feminista del Estado*. Madrid: Cátedra.
- Maldonado, Viviana (2008). “Aborto, política y religión en el Ecuador. Un análisis filosófico en la coyuntura de la Asamblea Nacional Constituyente”. Tesis para la obtención de título de Maestría en ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo: Flacso Ecuador.
- Medina, Clara (2002). *El relato de vida como testimonio: Un ejemplo chileno de memoria histórica*. Santiago: Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME).
- Meny Ives y Jean-Claude Thoening (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Miguel, Ana (2002). “Feminismo”. En *10 palabras clave sobre mujer* Celia Amóros (directora): 217 – 256. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Millán, Margarita (2002). “Cultura, sexismo y racismo”. En *Poderes cuestionados: sexismo y racismo en América Latina*. San José Epsy Campbell y Gloria Careaga (comp.): 59-66. San José CR: Diseño Editorial.
- Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de la salud. (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito.
- Maternidad Isidro Ayora (2012) “Partos normales, cesáreas y abortos por grupos de edad según egresos y años. Estadísticas 2010” Disponible en:
<http://www.hgoia.med.ec/docs/estadisticas/informe2010/PARTOS,%20CESAR%20EAS%20Y%20ABORTOS%20POR%20GRUPOS%20DE%20EDAD.pdf>.
 Visitado en 05.14.12
- Miyares, Alicia (s/f). “Derechos sexuales y reproductivos en América Latina”. Disponible en:
<http://www.pensamientoiberoamericano.org/xnumeros/9/pdf/pensamientoIberoamericano-191.pdf>. Visitado en 09.11.12.
- Mizrahi, Liliana (s/a). “Mujeres Libres y Crímenes Sociales. La penalización del aborto y la aceptación del abuso”. Disponible en:

- <http://www.pachami.com/LilianaMizrahi/Aborto/Aborto.pdf>. Visitado en 09.7.12.
- Moya, Mónica (2011). *Mujeres de espíritu y de lucha: módulo de formación en derechos de las mujeres desde una perspectiva y ética de la teología feminista*. Graphus. Quito: Católicas por el Derecho a Decidir – Ecuador.
- Mujica, Jaris (2007). *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Naciones Unidas (2003). “El Desarrollo Basado en un Enfoque de los Derechos Humanos: Hacia una Comprensión Colectiva entre las Agencias de las Naciones Unidas”. Disponible en: http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_CommonUnderstandin_Sp.pdf. Visitado en 11.10.12.
- Naciones Unidas (2011b). “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Disponible en: <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>. Visitado en 11.7.12.
- Ortiz, Gustavo (2009). *La moralidad del aborto*. México, D.F: Siglo XXI.
- Panqueva, Ángela (2007). “Influencia de la Iglesia Católica y las redes transnacionales feministas en los asuntos domésticos: La despenalización del aborto en Colombia (2005-2006)”. Tesis para optar por el grado de magíster en la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito.
- Pareja, Mónica (2008). “La despenalización del aborto consentido en la legislación ecuatoriana”. Tesis para optar por el grado de magíster en Derecho Constitucional en la Universidad Andina Simón Bolívar. Quito.
- Pateman, Carol (1995). *El contrato sexual*. México: ANTHROPOS-UAM.
- Presidente Constitucional de la República (2011). Proyecto de Reforma Código Orgánico Integral Penal. Quito.
- Puleo, Alicia (2002). “Patriarcado”. En *10 palabras clave sobre mujer*. Celia Amóros (directora): 21 – 54. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Rapp, Rayna (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York, NY: Routledge.
- Montecino, Sonia (1996). “Género y Desarrollo”. En *Conceptos de género y desarrollo*, Sonia Montecino y Loreto Rebolledo (ed): Santiago: Universidad de Chile.
- Red Latinoamericana de Católicas por el derecho a decidir (s/f). Carpeta informativa.
- Salud Mujeres (2012). “Aborto: aspectos sociales, éticos y religiosos”. Disponible en: <http://saludmujeresecuador.blogspot.com/2012/10/miscelaneas-aborto.html>. Visitado en 11.11.12.
- Rohden, Fabiola (2007). “Medicina, estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XXI”. En *Iconos Revista de Ciencias Sociales* N° 28: 47-57.
- Sagan, Carl (1990). “La cuestión del aborto: una búsqueda de respuestas: Entre la vida y la elección”. Disponible en <http://argatea.blogspot.com/2006/08/la-cuestin-del-aborto-una-bsqueda-de.html> Visitado en 02.08.06.
- Salgado, Judith (2008). “Análisis de la sentencia de la Corte Constitucional de Colombia sobre la despenalización parcial del aborto”. En *Foro. Revista de derecho* N. 9: 219-230. Quito: UASB-Ecuador.
- Salud Mujeres (2010) “Bases de Datos Línea de Información Aborto Seguro”. Documento no publicado.

- Sémblar, Camilo (2006). *Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medio*. Santiago de Chile. CEPAL.
- Schild, Verónica (2000). “Equidad de género sin justicia social: los derechos de la mujer en la era neoliberal”. En *NACLA Report On the Americas* N° 34: 1-9.
- Scott, Joan (1997). “El género: un categoría útil para el análisis histórico”. En *Género. Conceptos básicos*: 1-35 Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf>. Visitado en 17.05.13.
- Távora, Luis (s/f). “El aborto como problema de salud pública en el Perú”. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A07V47N4.pdf. Visitado en 9.10.12.
- Tenorio, Natalia (2012). “Repensando el amor y la sexualidad: una mirada desde la segunda modernidad”. En *Sociológica*, año 27, N°. 76: 7-52.
- Varea, Soledad (2008). “Entre la clandestinidad y la liberación: representaciones del aborto en la ciudad de Quito”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Kathya Araujo y Mercedes Prieto (comps.): 269-291.: FLACSO - Sede Ecuador.
- Valdés, Teresa y Gabriel Guajardo (2003). *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile*. FLACSO Chile. Disponible en http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Seminario_Hacia_una_Agenda_sobre_Sexualidad_y_Derechos_Humanos_en_Chil.pdf Visitado en 01.18.13.
- Vida Humana (2011). “Misión y visión”. Disponible en: <http://vidahumana.org/>. Visitado en 11.7.12.
- Villanueva, Rocío (1996). *El aborto: un conflicto de derechos humanos*. Perú: Movimiento Manuela Ramos.
- Weeks, Jeffrey (1998). *Sexualidad*. México: UNAM, PUEG y Paidós.
- World Health Organization (2012) “Clasificación Internacional de Enfermedades”. Disponible en <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Visitado en 11.10.12.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Identificación	Fecha
1. Lucia	Junio 2012
2. Negra	Junio 2012
3. Marce	Junio 2012
4. Salome	Junio 2012
5. Diana	Junio 2012
6. Laly	Junio 2012
7. Vero	Junio 2012
8. Alegría	Junio 2012
9. Jessy	Junio 2012
10. Johana	Julio 2012
11. Denisse	Julio 2012
12. María	Julio 2012
13. Mel	Julio 2012
14. Sarahí	Julio 2012
15. Janeth	Julio 2012
16. Cecy	Julio 2012
17. Adriana	Julio 2012

Nombre	Tema	Fecha
Entrevista a Virginia Gómez de la Torre (médica)	Soberanía del cuerpo.	2012
Entrevista a Virginia Gómez de la Torre (médica)	Aborto y clase social.	2012
Entrevista a Diego Carrión (médico)	Aborto y uso del misoprostol.	2012
Entrevista Martha López (médica) Fundación Desafío.		
Entrevista a Verónica Vera (activista)	Soberanía del cuerpo.	2012
Entrevista a Verónica Vera (activista)	La línea de información sobre aborto seguro.	2012
Entrevista a Sarahí Maldonado (activista)	La línea de información sobre aborto seguro.	2012
Entrevista a María Rosa Cevallos (investigadora)	Aborto y clase social.	2012
Dra. Linda Arturo Delgado (coordinadora PAGC Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora)	Petición de autorización para trabajo de campo.	2012
Entrevista médico ONG	Espacios privados ONG de realización de abortos.	2012
Entrevista a médico	Espacios privados de realización de abortos.	2012
Entrevista a médica	Espacios privados de realización de abortos.	2012
Entrevista a Pamela Quispe (activista)	Proceso de la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género y aborto en el país.	2012
Entrevista a Ivett Rodríguez Funcionaria pública	Información Ley de Maternidad Gratuita	2012

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla: Estratos sociales en Quito

Estrato social	Porcentaje
Alto / MA	22%
Medio típico	28%
Medio bajo	14%
Bajo	24%
Pobreza	12%
Total	100%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Anexo 2.

Tabla: Nivel socio económico

Casos en los que estarían de acuerdo con el aborto

	Nivel Socio Económico				
	Pobres	Bajo	Medio Bajo	Medio Típico	Medio alto/alto
En ningún caso	39%	22%	25%	15%	14%
En ciertos casos	50%	76%	71%	78%	81%
En todos los casos	10%	2%	4%	6%	5%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Anexo 3

Tabla: Nivel de instrucción

Casos en los que estarían de acuerdo con el aborto

	Instrucción		
	Ninguna/ primaria	Secundaria	Superior
En ningún caso	25%	19%	17%
En ciertos casos	70%	77%	76%
En todos los casos	5%	4%	7%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Anexos 4.

Tabla: Razones en las que se debe admitir el aborto

		Sexo	
		Hombres	Mujeres
6. En caso de que esté en riesgo la vida de la madre	SI	71%	61%
	NO	27%	37%
	NS	1%	1%
7. En caso de embarazo por violación a la madre	SI	43%	38%
	NO	55%	58%
	NS	2%	4%
8. En caso de que se detecten malformaciones genéticas en el feto	SI	56%	58%
	NO	40%	39%
	NS	4%	3%
9. En caso de que la mujer quiera o decida por su propia voluntad	SI	24%	18%
	NO	75%	79%
	NS	1%	3%
10. En caso de que los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas	SI	13%	11%
	NO	86%	87%
	NS	2%	2%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Anexo 5.

**Tabla: Nivel socioeconómico
Razones en las que se debe admitir el aborto**

		Nivel Socio Económico				
		Pobres	Bajo	Medio Bajo	Medio Típico	Medio alto/alto
1. En caso de que esté en riesgo la vida de la madre	SI	57%	71%	56%	66%	73%
	NO	43%	28%	41%	33%	25%
	NS	0%	2%	3%	1%	1%
2. En caso de embarazo por violación a la madre	SI	32%	40%	33%	43%	49%
	NO	65%	56%	60%	54%	51%
	NS	3%	4%	7%	2%	0%
3. En caso de que se detecten malformaciones genéticas en el feto	SI	41%	55%	53%	59%	67%
	NO	52%	41%	39%	40%	33%
	NS	7%	5%	8%	1%	0%
4. En caso de que la mujer quiera o decida por su propia voluntad	SI	21%	21%	23%	22%	17%
	NO	76%	78%	74%	76%	81%
	NS	3%	1%	3%	2%	1%
5. En caso de que los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas	SI	10%	12%	15%	12%	9%
	NO	90%	85%	83%	87%	88%
	NS	0%	3%	2%	1%	3%

Fuente: Habitus, agosto 2011.

Anexos 6.

**Tabla: Nivel de instrucción
Razones en las que se debe admitir el aborto**

Casos	Opción	Instrucción		
		Ninguna/ primaria	Secundaria	Superior
1. En caso de que esté en riesgo la vida de la madre	SI	65%	67%	65%
	NO	33%	32%	32%
	NS	2%	1%	3%
2. En caso de embarazo por violación a la madre	SI	38%	42%	39%
	NO	58%	55%	56%
	NS	4%	3%	5%
3. En caso de que se detecten malformaciones genéticas en el feto	SI	52%	57%	65%
	NO	43%	40%	33%
	NS	5%	3%	2%
4. En caso de que la mujer quiera o decida por su propia voluntad	SI	22%	21%	18%
	NO	76%	77%	78%
	NS	2%	2%	3%
5. En caso de que los padres no tengan las condiciones económicas apropiadas	SI	14%	12%	10%
	NO	84%	87%	87%
	NS	2%	1%	3%

Fuente: Habitus, agosto 2011

Anexo 7

Tabla: estrato dado por ingresos del hogar

Estrato	NSE	Ingreso Total del hogar (promedio)
Pobreza	E5	311
	E4	325
	E3	339
Bajo	E2	362
	E1	475
Medio bajo	D-	741
	D+	1.024
Medio típico	C-	1.125
	C+	1.698
Medio alto	AB	2.004

Fuente: Habitus

Anexo 8

Mujeres/ No. abortos	Edad	Clase social autodefinida	Según estratificación x ingresos	Ingresos hogar	Actividad es	Perso nas - hoga r	Nivel de educación	Tipo Educación	Sector vivienda	Costo (u) aborto	Pertenece a alguna red o colectivo
Adriana 1	24	Media -baja	Pobreza	300	Asistente agencia de viaje	3	Superior - egresada	pública	Chillogallo arriendo	12 pareja	Activista colectivo salud mujeres
Joanna 2	29	media	Pobreza	300 - 600	Empleada doméstica	9	Primaria	pública	Tola Chica arriendo	5 ella	Equipo de fútbol
María 1	31	alta	Medio alto/alto	4500	Coordina dor institució n pública	1	maestría	privada	Carolina	100 ella	No
Mel 1	30	Media	Bajo	520	estudiante	1	Superior - maestría	privada	Floresta	150 ella	Militanci a de izquierda y danza
Sarahí 3	21	Media -alta	Medio alto/alto	3300	Estudiant e - ONG	4	Superior (cursando)	privada	Carolina	---	Activista Salud Mujeres y Coordina dora
Vero 2	23	Media	Medio/bajo	600 - 900	Sin empleo	2	Egresada	Privada	San Blas	6 ella	Activista Salud Mujeres y Coordina

											dora
Alegría 2	33	Media	Medio/típico	1500 - 2000	Docente universitaria	3	maestría	Privada	Floresta propia	300 ella	No
Cecy 1	29	media	Bajo	300-600	Profesora esc.	3	superior	pública	Carcelén	600 pareja	Adolescencia infancia misionera
Laly 1	47	media	Bajo	600 - 900	Asistente proyectos	2	superior	pública	Jardín del Valle arrienda	300 Ella (en relación a dólares)	No
Diana 4	26	baja	Pobreza	200-300	bodeguera	1	Secundaria incompleta	privada	Cumbayá arrienda	320 pareja	No
Janeth 1	36	Media-baja	Medio/bajo	600-900	Docente secundaria	4	superior	pública	Lulunaoto arriendo	200 ella	No
Jessy 2	33	Media	Pobreza	300	Ama de casa	5	Secundaria incompleta	pública	Cardenal de la Torre	300 pareja	No
Dennis 2	26	Baja	Bajo	300	Arquitecta - danza	2	Superior - egresada	privada	Floresta arrienda	220 pareja	Futuro Si danza independiente
Lucy 1	28	Media -baja	Bajo	600	Docente universitaria	1	Maestría	Privada	Floresta	250 ella	Activista colectivos feministas

Negra 2	33	media	Medio bajo	500	Ong - proyectos	1	Diplomado	Privada	Coruña y Madrid (Floresta)	250 ella	Lado Sur y con la Casa Trans
Salome 1	19	media	Pobreza	300	estudiante	2	secundaria	pública	La lucha de los pobres	96 madre	No

Anexo 9

Tabla de valoración para matriz de capitales

	valores
Estratos	
Estratos pobre y bajo	= bajo
Medios	= medio
Medio alto	= alto
Información	
Aborto entendido como ejercicio soberanía del cuerpo	= alto
Conocen de derechos sexuales o reproductivos	= medio
No conocen	= bajo
Instrucción concluida:	
Superior	= alto
Secundaria	= medio
Primaria	= bajo

MATRIZ DE CAPITALES

Mujeres No. abortos	Capital económico Estrato por ingreso de hogar	Capital social Vinculación a organizaciones /contactos, redes	Capital cultural		Capital político Reconocimiento aborto como derecho derechos	Total de valores	Trayectoria de aborto
			Información sobre derechos sexuales y reproductivos y feminismo	Nivel de instrucción formal			
Adriana 1	Bajo 1	Alta 3	Alto 3	Alto 3	Alto 3	13	Aborto seguro
Joanna 2	Bajo 1	Baja 1	Bajo 1	Bajo 1	Bajo 1	5	Aborto inseguro
María 1	Alto 3	Baja 1	Alto 3	Alto 3	Alto 3	13	Aborto (salud física)
Mel 1	Bajo 1	Media 2	Medio 2	Alto 3	Alto 3	11	Aborto seguro
Sarahí 3	Alto 3	Alta 3	Alto 3	Alto 3	Alto 3	15	Aborto seguro
Vero 2	Medio 2	Alta 3	Alto 3	Alto 3	Alto 3	14	Aborto seguro
Alegría 2	Medio 2	Baja 1	Medio 2	Alto 3	Medio 2	10	Aborto (salud física)
Cecy 1	Bajo 1	Media 2	Bajo 2	Medio 2	Bajo 1	8	Aborto (salud física)
Laly 1	Bajo 1	Baja 1	Medio 2	Alto 3	Medio 2	9	Aborto inseguro
Diana 4	Bajo 1	Baja 1	Medio 2	Bajo 1	Medio 2	7	Aborto (salud física)
Janeth 1	Medio 2	Baja 1	Medio 2	Alto 3	Alto 3	11	Aborto inseguro

Jessy 2	Baja 1	Baja 1	Bajo 1	Bajo 1	Bajo 1	5	Aborto inseguro
Dennis 2	Bajo 1	Media 2	Medio 2	Alto 3	Medio 2	10	Aborto (salud física)
Lucy 1	Bajo 1	Alta 3	Alto 3	Alto 3	Alto 3	13	Aborto seguro
Negra 2	Medio 2	Alta 3	Alto 3	Alto 3	Alto 3	14	Aborto seguro
Salome 1	Bajo 1	Baja 1	Medio 2	Bajo 1	Medio 2	7	Aborto seguro

Fuente: historias de vida sexuales