

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FLACSO –Ecuador**

**Programa de Género**

**Convocatoria 2004-2006**

**VOCES AUSENTES: MATERNIDAD ADOLESCENTE Y VIOLENCIAS EN  
QUITO**

**Tesis para obtención de título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género  
y Desarrollo**

**Postulante: Soledad Varea**  
**Asesora: Mercedes Prieto**

**Quito, junio del 2007**

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**

**FLACSO –Ecuador**

**Programa de Género**

**Convocatoria 2004-2006**

**VOCES AUSENTES: MATERNIDAD ADOLESCENTE Y VIOLENCIAS EN  
QUITO**

Tesis para obtención de título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género  
y Desarrollo

**Postulante: Soledad Varea**

**Asesora: Mercedes Prieto**

**Lectoras: Gioconda Herrera y María Amelia Viteri**

Quito, junio del 2007

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Pati, a Paola y a todas las madres adolescentes que me abrieron su corazón y al Programa de Atención a la Adolescencia que me abrió sus puertas para realizar esta tesis. A mi tutora Mercedes Prieto, por su generosidad académica, tiempo y solidaridad. A mis compañeras y compañeros del taller de tesis en especial a mis amigas Sofía Arguello, Leticia Rojas, Susy Rojas, Cris Carrillo y François T., quienes estuvieron presentes durante todo este proceso con importantes aportes tanto académicos como emocionales. Al Fondo de Becas FLACSO – UNFPA . A Gioconda Herrera y Ana María Goetchel por sus conocimientos. A la doctora María Astrit Dupret por su trabajo, al Diego por su amor. A mi hijo por su paciencia y a todas las mujeres que me ayudaron a cuidarle.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Agradecimientos.....  | 3  |
| Resumen .....   | 6  |
| Capítulo I.....   | 7  |
| Introducción.....   | 7  |
| Capítulo II.....  | 11 |
| La problematización de la maternidad adolescente en el Ecuador.....   | 11 |
| 2.1. Discursos maternos.....  | 12 |
| 2.1.1 Maternidad y crecimiento poblacional (1900-1960).....   | 12 |
| 2.1.2. Madres ilustradas e higiénicas (1960-1980).....  | 14 |
| 2.2. Maternidad adolescente (1980-2006).....  | 20 |
| 2.2.1 Intervención de los cuerpos adolescentes.....   | 27 |
| 2.2.2 Situación Actual de las adolescentes ecuatorianas.....  | 27 |
| 2.2.3 Creación del Programa de Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco-<br>Obstétrico Isidro Ayora ..... | 29 |
| 2.2.4. La SALA .....  | 30 |
| 2.3 Conclusiones.....   | 31 |
| Capítulo III .....  | 33 |
| Tensiones alrededor de la maternidad adolescente: discursos médicos .....                                       | 33 |
| 3.1. Discursos médicos: control de la fecundidad y cuerpo maternal .....  | 34 |
| 3.1.1 El control de la fecundidad y los embarazos subsecuentes .....  | 34 |
| 3.1.2. Maternidad y Familia .....   | 36 |
| 3.1.3. Derechos sexuales y sociales.....  | 40 |
| 3.1.4. Los derechos y la cotidianidad en la maternidad.....   | 40 |
| 3.1.5. Los estudios .....   | 46 |
| 3.1.6. Proyecto de vida .....   | 49 |
| 3.1.7. Maternidad y violencia.....  | 51 |
| 3.1.8. El abuso sexual y el embarazo.....   | 52 |
| 3.2. Conclusiones.....  | 58 |
| Capítulo IV .....   | 60 |
| Voces y prácticas adolescentes.....   | 60 |
| 4.1 El cuerpo maternal y la resistencia.....  | 60 |
| 4.2 Emociones y deseos maternos .....   | 63 |

|   |    |
|---|----|
| 4.3 Familias bricolages .....                   | 73 |
| 4.5 Conclusiones.....                           | 83 |
| Capítulo V .....                                | 85 |
| Conclusiones.....                               | 85 |
| 5.1. Ambigüedad de los discursos estatales..... | 85 |
| 5.2 Resistencias de las jóvenes .....           | 87 |
| 5.3 La violencia y el poder masculino.....      | 88 |
| Bibliografía.....                               | 92 |

## RESUMEN

Desde la década de 1990, la maternidad adolescente se convirtió en un problema en el que intervinieron el Estado ecuatoriano y la cooperación internacional, a causa del control de la fecundidad y el seguimiento de la categoría “adolescencia”. A partir de ésta época se construyeron políticas públicas que tienen como fin controlar la fecundidad de mujeres jóvenes. Desde entonces, vivimos una transición del discurso dominante maternalista pro-población que tiene su origen a inicios del siglo XX, a la idea anti-maternidad pro-mujer joven que inspiró la construcción de políticas públicas que tienen como objeto mujeres menores de edad no tengan hijos. Las mismas son interpretadas por el personal de salud que trabaja al interior del Servicio y Atención a la Adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora. En este Programa se manejan ideas dominantes (relativas a la sexualidad, madurez, familia y crianza de los hijos (as)) que están en permanente disputa. En base a las cuales, las personas que trabajan en el hospital, intentan ordenar la vida de mujeres adolescentes mediante capacitaciones que no resultan totalmente efectivas. Pues las mujeres adolescentes resisten parcialmente a estos discursos a través de sus vivencias, basadas en una continua procreación. Es decir que a pesar del control de la fecundidad, algunas de ellas insisten en ser madres. Otras deben someterse a una maternidad violenta basada en abusos e incestos que no resuelven las políticas públicas. La parcial resistencia o la aceptación de estas situaciones por parte de las adolescentes, probablemente es la razón por la cual en el Ecuador no existe un movimiento político fuerte alrededor de la maternidad y el abuso sexual.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

Al interior del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, existe una maternidad adolescente producto de la violencia sexual y una maternidad temprana deseada o percibida como un proyecto de vida por parte de las jóvenes. Estas situaciones contradictorias, directamente relacionadas con las decisiones y derechos sobre el propio cuerpo están ausentes en la mayoría de estudios relativos al maternalismo en el Ecuador<sup>1</sup>. Considero que las mismas, constituyen asuntos importantes cuando en nuestro país se están discutiendo temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y en especial el derecho que tenemos las mujeres a decidir sobre nuestros propios cuerpos.

A partir del año 2006 en el Ecuador se abrieron nuevos temas de discusión entorno a la sexualidad. Se debatió por ejemplo la “Ley Orgánica de Salud”, la misma que beneficiaba en muchos aspectos a mujeres, jóvenes, niños y niñas, porque su enfoque tomaba en cuenta la educación en salud sexual y reproductiva, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos, entre otros aspectos, que generaron reacciones por parte de segmentos conservadores de la población tales como diputados socialcristianos y el “Movimiento Provida”<sup>2</sup>. Otro fragmento de la población constituido por movimientos de mujeres realizó acciones simbólicas y políticas en favor de los derechos sexuales, logrando que en septiembre del 2006, el Congreso apruebe la “Ley Orgánica de Salud” con la consiguiente arremetida de los grupos conservadores, quienes sostenían que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres estaban directamente relacionados con el aborto y la muerte. En este contexto la decisión que tenemos las sobre nuestro propio cuerpo ha sido ampliamente discutida por movimientos feministas e instituciones que apoyan a las mujeres. El uso de la píldora anticonceptiva de emergencia produjo debates relativos a la maternidad deseada, responsable u obligada y el control social que ejercen las instituciones y personas adultas sobre las jóvenes<sup>3</sup>. En

---

<sup>1</sup> Vásquez (2006) menciona en su investigación que las mujeres que acuden a hospitales públicos de Buenos Aires, algunas veces deben continuar con su maternidad obligadamente y otras desean tener a sus hijos. No menciona sin embargo los embarazos adolescentes productos del incesto.

<sup>2</sup> Provida es un movimiento conservador, relacionado con el opus day... que ha realizado campañas agresivas en contra del aborto.

<sup>3</sup> Se debatió así mismo la idea de “vida y procreación” presente en la Constitución ecuatoriana Debido a esta coyuntura, el objetivo de muchos movimientos feministas ahora es llevar el asunto del aborto a la asamblea constituyente. El actual gobierno... realizó una consulta popular con el fin de cambiar la actual

esta coyuntura es importante preguntarse si en efecto la maternalización y control de las mujeres por parte de adultos, instituciones públicas y discursos médicos, ha trascendido a la implementación de la maternidad vista como una decisión y un derecho. O si las dos perspectivas conviven en la cotidianidad de las instituciones públicas a donde acuden las adolescentes madres en busca de interrumpir su maternidad o continuarla porque constituye el “único bien al que puede aspirar una joven en la vida” (Vásquez, 2006). El problema que presento en este trabajo es que ambos proyectos que pretenden realizar las mujeres adolescentes son cuestionados o incomprendidos por el personal de salud que trabaja en las instituciones públicas del Estado y en especial en el Servicio y Atención a la Adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Por estas razones consideré importante observar este programa público, pues las adolescentes que acuden allá son justamente aquellas que no estuvieron presentes en las acciones políticas y simbólicas a favor del aborto. Sus voces y proyectos heterogéneos todavía están ocultas en espacios privados. Cabe preguntarse entonces sobre qué cuerpos recaen las leyes que penalizan el aborto y la vigente maternalización de los cuerpos de las mujeres adolescentes ecuatorianas. Así mismo es urgente cuestionar por qué los abusos y capacitaciones que reciben las adolescentes por parte de la sociedad no generan maternidades políticas y rebeldías como ha ocurrido en otros contextos. De esta manera, vislumbrar las múltiples reafirmaciones de esas adolescentes madres constituye el principal objetivo de esta tesis.

Mi investigación empezó en el año 2005 cuando visité repetidas veces la Maternidad Isidro Ayora para definir mi tema de investigación. Llegaba a la sala de espera, observaba un poco la atención recibida por las mujeres; después subía a hospitalización y me resultaba muy difícil entablar conversaciones con las usuarias, me llamó mucho la atención la cantidad de madres jóvenes que asistían a este hospital, así que en el mes de diciembre fui al Servicio de Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora para pedir a la directora del Programa, que me permita realizar mi trabajo de campo para la tesis de maestría en el edificio color durazno llamado SALA (Servicio y Atención a la Adolescencia). Desde un inicio ella me abrió las puertas de su institución y me preguntó en qué área podría aportar. Yo le dije que

---

constitución, la institucionalidad, etc, a través de una asamblea constituyente con plenos poderes. Ganó el sí en la consulta... En la asamblea participarán distintos movimientos sociales...entre ellos las mujeres... una de las luchas...es el tema del aborto... cambiar al interior de la constitución la idea del derecho a la vida “desde la concepción...” luchar por el derecho a la vida que tenemos las mujeres es una de las consignas de los movimientos feministas...



tengo formación en disciplinas de ciencias sociales. Entonces ella me sugirió que ayude en el área trabajo social. Así que llamé a María del Carmen, la trabajadora social y le dije que yo iría a colaborar voluntariamente desde ese momento. María del Carmen me asignó la tarea de “reclutar” a las adolescentes que llegaban a hospitalización, me recomendó que para realizar ese trabajo tenía que usar un delantal blanco. Ese día [sin el delantal blanco] acompañé a Nancy una estudiante de la Universidad Central, para que me enseñe en que consistían las “captaciones”. Nancy conversaba con las adolescentes que llegaban todos los días abiertamente y les daba consejos y sugerencias mientras que yo era una extraña para ellas, a veces inexistente y otras intrusa. Así que al otro día asistí con mi delantal blanco, a las ocho de la mañana fui a realizar las “captaciones”, y las adolescentes hablaban conmigo con mucha confianza, me contaban sus cosas y me hacían consultas médicas. Como si el delantal blanco me hubiera dado un poder que no sabía como manejar. Hasta que un día una adolescente que vino de Otavalo, me contó llorando con muchos detalles y angustia como unos parientes cercanos abusaron de ella dejándole embarazada del niño que estaba en sus brazos, así que yo empecé a llorar con ella, se me bajó la presión y tuve que salir de hospitalización para decirle a la psicóloga que yo no se como abordar ese caso. Desde entonces me cuestioné algunos asuntos metodológicos relativos a la ética, a las relaciones de poder en el campo, qué podemos decir y que debemos callar. Algún día fui madre adolescente y en este momento era “médico” para la mirada de las jóvenes. Además tuve la oportunidad de compartir reuniones médicas, conversaciones privadas y me permitieron entrar al consultorio psicológico; entonces me vi envuelta en el dilema de mostrar o no esa información. Quise cambiar mi tema de tesis y me propuse no observar casos difíciles. Pero después pude verificar que la violencia es un discurso cotidiano dentro de la Maternidad al punto que no puede pasar por alto. Pues no era la muchacha que vino de Otavalo la única abusada, todos los días llegaban al hospital casos tan dramáticos como ese y las personas que ahí trabajaban estaban envueltas en círculos de violencia que se reflejaban en las relaciones entre profesionales y mujeres.

Después decidí visitar el otro lado sin el delantal blanco, fue entonces cuando experimenté la proximidad a la que se refiere Blanca Muratorio (2005), el espejo que a veces son las personas con quienes con – versamos. Entrevisté a Paola y Pati en su casa: una especie de comunidad de madres adolescentes; hermanas que se apoyan cada día para sobrevivir. Para ellas, quienes también sufren distintos tipos de exclusión y violencia, la maternidad constituía un deseo o un proyecto de vida.

Estas dos formas de concebir la maternidad, tal como mencioné al principio del capítulo, conviven al interior del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora y en las memorias de mujeres adolescentes<sup>4</sup>. El problema que planteo es que, a la vez que existen formas de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres, violencias, símbolos culturales y procesos históricos que construyen la maternidad. También hay resistencias parciales por parte de las jóvenes hacia estas situaciones problemáticas que probablemente son la causa de ausencia de espacios políticos y del efectivo cumplimiento de derechos.

Para contribuir a estos importantes debates, esta tesis se divide en cuatro partes. En el capítulo siguiente muestro que a partir de la década de 1990, el blanco de las instituciones públicas y la cooperación internacional es la maternidad adolescente. De manera que las mujeres, tal como a principios del siglo XX, siguen encargadas de sostener la patria, pero ahora en base al control de la fecundidad. Para lo cual el estado crea programas específicos. En el tercer capítulo me centro en los discursos contradictorios y distintos disciplinamientos alrededor de la maternidad, presentes en el Servicio y Atención a la Adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora, la enunciación de los derechos sexuales y sociales en el hospital y la maternidad relacionada a la violencia, abuso sexual e incesto. En el cuarto capítulo analizo la confrontación de discursos dominantes con las realidades cotidianas y narraciones de las y los adolescentes.

---

<sup>4</sup> Ahora pienso aquello que observé gracias al delantal blanco, la apertura de la institución, y mi propia historia; deben contribuir a transformar este sistema de violencia y exclusiones en el que todas estamos inmersas de una u otra forma. Por lo tanto es muy necesario anunciar estos problemas que oprimen a las niñas y adolescentes de nuestro país lo contrario sería continuar callando y manteniendo secretos en nombre de una ética.

## CAPÍTULO II

### LA PROBLEMATIZACIÓN DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL ECUADOR

Para que soy mujer, /debo no sólo  
inspirar el poema/ sino también  
escribirlo a máquina,/ no sólo  
concebir al niño sino también  
bañarlo/ no sólo bañar al niño/  
sino también llevarlo a todas  
partes, a todas partes (Jong,  
1993)

¿Por qué la maternidad adolescente se convirtió en un problema en el que intervinieron el estado, los y las profesionales, los grupos de beneficencia y la cooperación internacional? Es la pregunta que resolveré en este capítulo. Para responderla, a continuación, señalaré que a principios del siglo XX, el discurso hegemónico decía que las mujeres debían actuar en espacios privados, casarse, especializarse en el cuidado infantil y los asuntos reproductivos y eran responsables poblar la nación, por lo tanto no se discutía la edad en que ellas procreaban. A partir de los años ochentas, la mujer no sólo debía ser madre, además tenía que estudiar y trabajar fuera del hogar, desde esta década, las políticas de planificación familiar cobran fuerza. Para 1990, la “adolescencia” se inscribe dentro de un estatus legal, se instalan los derechos de los niños y adolescentes. De manera que las ONGS, la cooperación internacional y el Estado crean políticas específicas para jóvenes. Las mujeres en edades de 15 a 24 años debían estudiar, era su derecho y obligación, razón por la cual la maternidad en estas edades se convirtió en un problema de políticas públicas.

## **2.1. Discursos maternales**

### **2.1.1 Maternidad y crecimiento poblacional (1900-1960)**

Desde la época republicana hasta la actualidad, las mujeres han ejercido la ciudadanía a través de la maternidad, lo cual ha tenido varios matices y transformaciones a lo largo de la historia, a inicios del siglo XX, por ejemplo imperaban las políticas pro-natalistas que tenían como objetivo consolidar la nación y formar ciudadanos fuertes y sanos para lo cual era necesario educar a las mujeres con el fin de que sean madres, higiénicas y sanas.

De esta manera, las mujeres participaron en la construcción de la nación a través de la maternidad y desde los espacios privados. Según Guy (1999) en América Latina, antes de la época republicana las mujeres no podían cumplir con su deber patriótico, por lo tanto surgieron nuevas formas de ejercer el patriotismo femenino relacionadas con el cuidado de la vida para equilibrar a la sociedad y proteger al estado. En esta época las autoridades médicas y seculares construyeron una imagen de madre satisfactoria.

Según Clark (2001), a partir de 1910 los discursos referentes al cuidado de los niños afectaron en la vida de las mujeres que habitaban en el Ecuador. La prioridad entonces era poblar el país, las mujeres eran quienes construirían la nación por lo cual se elaboraban grandes campañas públicas dirigidas a combatir la mortalidad infantil.

Para Guy (1999) la maternidad era una construcción histórica atravesada por procesos económicos, políticos, religiosos y de género. Es así como en Argentina, el discurso de la maternidad, se construyó a través de concepciones religiosas, seculares, médicas, feministas y de clase alta que definían los parámetros de lo que se transformó en una visión burguesa de la paternidad y el papel de las madres. Las mujeres entonces, resultaban imprescindibles para engendrar herederos y ciudadanos. La autora también analiza las tensiones de un discurso basado en el género proveniente de una elite, impugnado por las clases populares. El estado en ese entonces debía asumir la responsabilidad de los niños abandonados. En el Ecuador, la situación era similar, pues el estado tenía que velar por la educación de las madres y era la instancia que definía el significado del amor maternal.

Clark (2001) analiza cómo los discursos de las feministas conservadoras ecuatorianas invitaban a las mujeres a ejercer su influencia sobre la política desde el hogar y no en los foros públicos. También argumentaban que las mujeres no debían volverse hombres, sino reconocer sus atributos especiales como sexo bello, al mismo tiempo existía la prioridad nacional de educar a las mujeres en todos los campos para

criar a sus hijos. Según la autora las organizaciones femeninas estaban ligadas a la maternidad.

La ciencia alrededor de la crianza cobró relevancia, de esta manera las redes de cuidado y los conocimientos tradicionales fueron cuestionados. Es por eso que los médicos eran protagonistas principales en todo lo que tenía relación con la maternidad a pesar de que las madres y las comadronas seguían presentes en el escenario del parto. Es así como una madre quiteña de clase media, que tuvo su primer parto en 1948, afirma lo siguiente:

“Mamá me enseñaba la asepsia que tenía que tener. Para que a mi no me de una infección, por el cuidado. Todo era con agua hervida. Me desinfectaban. A los cinco días se le cayó el ombligo... Todo era muy sano. Es que la alimentación mía era muy sana. La Maternidad siempre ha existido... Pero mi madre quiso cuidarme en mi casa. Me atendieron dos médicos y una enfermera. Y mi madre, lógicamente a lado mío, con mi marido que estaba también”<sup>5</sup>.

A partir de la preocupación por la vida, los niños ocuparon un lugar privilegiado dentro de la sociedad. Las sirvientas, ya no eran personas ideales para cuidarlos. Si bien, antes el cuidado de infantes por parte de las mujeres de clase alta estaba mal visto. A partir del discurso modernizador, ellas debían cumplir con esa responsabilidad. Fuentes (2001) afirma que la edad reproductiva de la mujer definía los roles que se le asignaban. De esta manera, ella afirma que

“La mujer debe hacer todo lo posible por ser una madre saludable y una esposa con buenas condiciones de salud para cumplir con los deberes que le impone su estado conyugal” (Fuentes, 2001: 75).

“Yo como me casé tan joven de 17 años. A los 18 ya tuve a mi primera hija. Sentirme madre el momento que ya estuve encinta de mi primera hija para mí fue lo más grande, lo más sublime. La mujer debe ser siempre preparada para tener una familia. Educarse para tener una familia. Porque tener un hijo en la vida es un reto. Pero así mismo el cariño que uno tiene para ese hijo que viene, como formarle el futuro de él, es un reto para mí fue un reto y tuve cinco hijos y a los cinco hijos yo les crié, les amé, les di todo, porque la maternidad es de la madre. El hijo es de la madre. Lógicamente el que debe acompañar es el padre, pero la responsabilidad es de la madre. El hijo si es bueno o malo es responsabilidad de la mujer”<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Entrevista #1, 20 de mayo, 2005.

<sup>6</sup> Entrevista #1, mayo del 2005

En esta trayectoria de vida se refleja la concepción de que la maternidad era un campo privilegiado de la mujer, así como la familia y la crianza, también se expresa que el rol maternal era un trabajo que debía realizarse en espacios privados. El resultado de la crianza de los hijos era una responsabilidad de la madre. Otro de los aspectos que podemos observar en el testimonio es que en 1948, fecha en la que la entrevistada tuvo su primer hijo, es que la maternidad adolescente no constituía un problema en el Ecuador.

Es así como en esta época la visión de los médicos respecto a la maternidad evolucionó, de una mirada compasiva, a una visión de la maternidad como un derecho. Según Clark (2001) el discurso de Andrade Marín propuso cambios en los derechos de las madres. En este aspecto, el estado fue un protagonista fundamental. Según Mannarelli (1999) son dos los problemas vinculados a este tema: los derechos propiamente femeninos y el control de la sexualidad. Es así como el control de la maternidad, por un lado trajo una serie de restricciones y por el otro la creación de nuevos espacios de desarrollo. Al mismo tiempo que la salud de las mujeres era primordial para el progreso de la patria, sus prácticas y formas de vida -según el discurso médico- constituían un impedimento para el desarrollo de la civilización.

### **2.1.2. Madres ilustradas e higiénicas (1960-1980)**

Si bien a inicios del siglo XX, las mujeres eran ciudadanas en cuanto parían hijos sanos y el problema se concentraba en la mortalidad infantil, el crecimiento de la nación y la especialización maternal. A finales de la década de los sesenta, la obligación de las mujeres era crear al ambiente familiar propicio para que el niño o la niña nazcan, debían realizarse como seres individuales y controlar el número y esparcimiento de nacimientos. De esta manera ellas contribuirían con la construcción de la nación pues para esta época la prioridad era el descenso de la fecundidad. A continuación mostraré como ocurrió este proceso.

En primera instancia, la mejora en servicios públicos de salud dio como resultado la disminución de mortalidad infantil y materna a partir de la década de 1960, según Pilar Egüez:

“El descenso de número de muertes en el Ecuador encuentra lógica en el cambio de perfil de la mortalidad de la población, que se ha producido debido a la ampliación de los servicios de salud y el acceso a servicios básicos, acorde al comportamiento general en América Latina. Esto deriva en gran parte en el tratamiento de afecciones biológicas

prevenibles, sobre todo relacionadas al sistema respiratorio y digestivo” (Egüez, 2005:37).

Junto con la disminución de la mortalidad infantil y materna, para esta época existió una proliferación de dispensarios de salud pública y la norma general era el parto en el hospital lo cual según Viveros (1995) rompió las relaciones que se construían y se construyen en torno a la salud reproductiva. El parto dejó de ser un ritual en el que participaban varios miembros de la familia. Y el conocimiento de la salud reproductiva se convirtió en un saber exclusivo de los médicos – hombres que no vivían la experiencia del parto<sup>7</sup>. A pesar de que no podían prescindir de la ayuda de las obstetras, ellas no tenían el mismo prestigio. En el siguiente testimonio en que se narra un parto ocurrido en 1975, observaremos como ocurre un nacimiento en el hospital.

“El parto fue terrible... Mi parto no fue muy normal. El ginecólogo me decía que el parto estaba previsto para el 20 o el 25 de septiembre y mi hijo nació el 2 de septiembre. El decía: “el tope es hasta el 25. Pero estaba dentro de la normalidad”. Fue un parto horrible. El Doctor le decía a mi marido: hay la posibilidad de la cesárea, y él decía: no yo no quiero cesárea. Me pusieron pitosín... difícil”.

(...)

“El rato que ya nació no estuvo mi marido, el Doctor le dijo que salga porque me ponía nerviosa. Porque el era estudiante de medicina. Cuando ya salió, a la media hora nació.

Estaba controlada todo el tiempo, me decían: puje este momento. Fue un parto muy doloroso. Dos enfermeras me ayudaron, yo tenía impregnadas las manos de las enfermeras”<sup>8</sup>.

El proceso civilizatorio, según Norbert Elías (1989) supone una construcción de una pared invisible de afectos que se levanta paulatinamente entre un cuerpo y otro, repeliendo y separando. Las reservas entre las personas crecen. Los contactos corporales se inhiben y van restringiéndose a espacios privados. De esta manera, los afectos y cercanías presentes en el parto de alguna manera se perdieron .

Las paradojas presentes en la instalación del discurso y práctica higienista, se expresaron en el hecho de que, a pesar de la significativa disminución de mortalidades maternas e infantiles, las prácticas ancestrales, fueron erradicándose poco a poco. La

---

<sup>7</sup> De hecho mi madre y mi abuela fueron madres a los 17 y 18 años, en ese tiempo no existía ninguna protección para ellas, más que su marido y su familia.

<sup>8</sup> Entrevista #2, mayo, 2005

presencia de la madre, abuela o partera, y el marido, que aún se da en los partos del campo, y que en 1948 ocurrían en algunos partos de la ciudad, huyen del escenario:

“Ellas no se hacían atender con los médicos [en Mulaló] Entonces yo empecé a ver esa cultura de las campesinas. Vivía yo en los partos, yo le esperaba afuera a mi marido. Por lo general estaba el marido de la indígena, la abuela, y por lo general lo que hacían era calentar agua ese rato, era en la chocita y daban a luz en la tierra. Entonces mi marido siempre que salía de las chozas y decía: es increíble como dan a luz las indígenas. Entonces por eso planificamos el parto en la casa. Pero fue el peor error de la vida porque yo no tenía esa cultura. Además yo no me preparé para dar a luz en la casa. Mi marido decidió. Ellas ni siquiera dan a luz con el médico, sino con la partera, con el marido, por último solas. Y yo no tenía esa cultura porque mi primer hijo nació en la clínica. Entonces yo veía que no había problema, pero yo no estaba preparada... Mi mamá dio a luz en la casa pero con los médicos, por eso ella estaba conmigo... El llevó todo lo de un hospital. Pero el parto se fue complicando. Estábamos en la casa. Entonces ya comencé con los dolores y mi marido me dijo bueno... y se fue complicando. Mi mamá me veía a mí y lloraba porque yo ya no sentía... Y de ahí ya no me acuerdo, mi mamá estaba conmigo. Mi mamá fue la que me protegió a mí y estuvo conmigo. Y cuando ya nació la placenta mi marido se dio cuenta de que se quedó un pedazo de placenta y mi mamá estuvo cuando realmente necesitamos ayuda. Fue la que nos salvó. Fui al hospital y a mi hija le tenían aisladita porque nació en la casa”<sup>9</sup>.

Además de la proliferación de dispensarios médicos, el cambio del parto en la casa al parto en el hospital y la mejora de las condiciones de salud, el uso de métodos anticonceptivos y el control de la fecundidad, fueron temas importantes en la década de 1970. Según el estudio de Pilar Egüez (2005), la oferta de planificación familiar, se dio en los años setenta y estuvo marcada por la intervención técnica y financiera internacional. El uso de métodos anticonceptivos, según la autora, es el determinante fundamental para el descenso en los niveles de fecundidad, desde 1970.

“El descenso en la fecundidad en América Latina, ocurrió de manera acelerada a partir de los años setenta desde aproximadamente 7 hijos por mujer. El principal factor que se le atribuye a este cambio fueron las políticas de planificación familiar impulsadas en estos países en esta época” (Egüez, 2005: 43).

Ya que para esta época lo que importaba era que las ciudadanas sean responsables de crear un ambiente social y familiar propicio para que sus hijos lleguen al mundo, los

---

<sup>9</sup> Entrevista #3, junio, 2005



especialistas comenzaban a mencionar la edad ideal para procrear, como se puede observar en la siguiente cita:

“Las estadísticas médicas señalan, que las madres muy jóvenes o añosas presentan mayores riesgos durante el embarazo, así como en el proceso del parto, situaciones, éstas que pueden gravitar en la salud psico – biológica del niño. Los especialistas califican el periodo vital de 20 y 35 años, como óptimo para la procreación, siempre que no existen contraindicaciones de carácter médico o psico-social” (CEPAR, 1984: 15).

En esta etapa entonces, se comenzó a mencionar la maternidad responsable e ilustrada. Es decir que las madres que no tenían escolaridad no eran capaces de cuidar a sus hijos tan bien como aquellas que habían logrado un nivel de instrucción alto. Por lo tanto aquellas mujeres que eran madres en edad de estudiar, según el discurso oficial, enfrentaban problemas. Sin embargo todavía no se creaban instituciones estatales dirigidas a tratar estos temas y al parecer las madres adolescentes de ese tiempo estaban conformes con su papel, como podemos observar en la siguiente historia de vida de una mujer que fue madre a los quince años en la década de 1970:

“Le dio la paranoia a mi mamá de que yo era muy joven para tener hijo... Al médico se le ocurrió que tenía que dar cesárea. Ya me estaba haciendo el chequeo. El decidió que tal fecha tenía que dar a luz, a cuento de que ya estaba parado y no iba a poder dar a luz pero a la final salió prematuro. A mi no me dio ni contracciones. El primero de febrero daba a luz.

El médico y mi mamá decidieron. Yo promulgo el argumento de que es más sano [tener hijos cuando una es adolescente]. Yo tenía la vitalidad para cuidar al guagua. Cargarle hasta los tres años. A los quince años es como cargar una pelota, una mochila. No es un trabajo. Todo el mundo le califica como una inconveniencia. Pero eso permitió que el guagua se críe sanamente, sin conceptos aprendidos ni dañados de lo que es la educación de un niño. El iba corriendo de vereda en vereda. Con esa libertad. No era un niño “educado” era un niño libre. Yo no le trataba como a un ser pequeño. Le trataba como un ser que entiende las cosas. Yo le explicaba todo: este es un árbol, la semilla.... Era una suerte de relación de que yo también era guagua.

Cumplí un papel biológico en un momento en que la biología manda. De no por qué te enfermas. Acaso que los perros salvajes esperan un periodo para entrar en celo, para procrear. Entran en celo y se dedican a criar. Ya después vienen los afares psicológicos, sociales de ser alguien... El principio natural de la mujer es parir”<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Entrevista # 3, julio del 2005.

Para la década de 1980, el aborto era un problema central que el Ministerio de Salud, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social) debían estudiar y prevenir por los riesgos a los que las mujeres se exponían cuando realizaban esta práctica. Los profesionales afirmaban que el aborto era una forma de anticoncepción. Por ejemplo se decía que:

“El aborto es una de las alternativas que eligen algunas parejas para resolver el problema de los embarazos no deseados. Es valedero afirmar que la mortalidad materna disminuye correlativamente cuando esta práctica se realiza en lugares seguros y por un personal debidamente entrenado. Se torna difícil calcular la incidencia de mortalidad materna en las sociedades donde el aborto es ilegal”(CEPAR:1980).

A causa del creciente problema del aborto, en esta década el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) contrató a un grupo de cineastas con el fin de realizar un filme que visibilice el problema del aborto dentro de la Maternidad Isidro Ayora, que en esa época recibía diariamente un alto porcentaje de mujeres que iniciaban procesos abortivos con parteras o “comadronas” que habitaban alrededor de la Maternidad y terminaban dichos procesos en el Hospital Gineco- Obstétrico. De esta manera uno de los realizadores de la película concurrió a la Maternidad alrededor de seis meses para registrar el problema del aborto en condiciones de insalubridad. Como resultado se realizó una película llamada “Cuerpo de Mujer”, en la cual se muestran varias escenas referentes a la vida sexual y reproductiva de las mujeres ecuatorianas, en las cuales se incluyen imágenes de partos y abortos realizados en la Maternidad Isidro Ayora.

El video se compone de tres partes, que Brite Pedersen (1980) calificó como: el paraíso, la primera escena, la segunda el purgatorio y la tercera el infierno, ya que la primera parte muestra una realidad que no necesariamente se corresponde con la de los amantes en el Ecuador, pues se trata de un par de jóvenes blancos que se aman muy felices en un bosque. Abruptamente, se muestra la sala de operaciones de la Maternidad Isidro Ayora, en donde los médicos practican un aborto, con la técnica llamada curetaje. Se trata de una mujer con rasgos mestizos que sufre, no sólo por las deplorables condiciones higiénicas sino por todo lo que significa este acto. Por último, la escena que la autora llama el infierno, en la cual se muestra un parto, con sucesos crudos y la falta de emociones y sentimientos del médico. La película termina, años después cuando el niño ha crecido y la madre sube una cuesta de un barrio pobre de la ciudad de Quito.

Según el autor, el video se realizó con el fin de mostrar la opresión y el maltrato a la mujer en las instituciones del Estado y específicamente en la Maternidad Isidro

Ayora. El objetivo del video era prevenir el aborto que en la década de los ochenta, tal como muestran los resultados de la encuesta del CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social), se realizaba con mucha frecuencia. Sin embargo Petersen, activista del movimiento de mujeres, en esa época se planteó las siguientes interrogantes:

“¿Será esta la forma de tratar el tema “cuerpo de mujer” ¿Qué tienen que ver los amantes de clase alta con las mujeres humildes maltratadas en condiciones infrahumanas en la maternidad. Acaso no hay métodos para evitar un embarazo no deseado ¿Acaso no se practican abortos también en otras circunstancias? ¿Qué es de las mujeres, que una vez tomada la difícil decisión de abortar, se sienten aliviadas después? Lo mismo vale para el parto.

¿Por qué nos presentan el aborto y el parto sólo bajo su aspecto clínico, y esto en las peores condiciones? Por qué no se toma en cuenta a la mujer? ¿Por qué no nos dicen lo que ellas sienten? ¿Por qué han llegado a tomar esta decisión?” (Petersen, 1980).

Según su perspectiva, las personas que hicieron el video, querían advertir a las mujeres: “no hagas el amor para que no te pase lo mismo”. Para Igor Guayasamín<sup>11</sup> (muchos años más tarde) sin embargo, era una forma de denunciar a las instituciones del Estado y por esta razón el video nunca pudo ser utilizado con fines educativos. Como podemos observar, en este periodo, la maternidad adolescente no forma parte de las demandas y discusiones de la ONU (Organización de Naciones Unidas).

Es decir que en la década de 1980, la anticoncepción y el aborto, eran problemas que se discutían en diferentes espacios, se incluían en las encuestas y el Ministerio de Salud elaboraba políticas públicas y campañas para que las personas usen anticonceptivos. Lo cual estaba muy vinculado a concepciones de planificación y deseo de procrear, como podemos observar en este texto:

“Uno de los aspectos principales que se incluye en la encuesta es la pregunta: que significa para las parejas el nuevo nacimiento.

Las tres cuartas partes de las investigadas, responden que el nacimiento de su nuevo hijo representa una felicidad. El resto de opciones son elegidas por un número de encuestadas poco importantes, que en orden de frecuencias se destacan responsabilidad económica, no ha pensado lo que significa el nuevo nacimiento, mandato divino, ayuda para la vejez.

Es importante subrayar que el 80% de las madres encuestadas señalan que el nacimiento de su nuevo hijo fue deseado. El 13% contestaron que el nacimiento no fue deseado” (CEPAR, 1984: 25).

---

<sup>11</sup> En una clase de antropología del género en el año 2005.

Otro de los temas que preocupaba mucho era la desigualdad de la mujer en el hogar, los trabajos que ella realizaba, las desventajas entre mujeres y hombres. Lo cual estaba muy ligado a los nuevos modos de vida capitalistas, en los cuales era urgente que la mujer se incorpore al mercado laboral. Se hablaba de “compartir trabajo” entre la pareja, los roles que la mujer debe cumplir y le colocaban en desventaja frente al hombre, etc. Sin embargo, siempre se hablaba de una familia nuclear y de una pareja heterosexual.

La lactancia estaba muy ligada al nivel de instrucción, y también era un determinante en la conducta pro creativa de las parejas la educación que estas habían adquirido. Las relaciones sexuales premaritales estaban asociadas con la formación de la mujer. Se asumía que las mujeres con mayor ilustración, tenían acceso a esa información, la frase que sonaba en la televisión era: “es un derecho de la pareja el decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos”. La mortalidad infantil, ocurría más en el caso de hijos de madres jóvenes, pobres y sin escolaridad.

En la década de los ochenta el problema principal de la maternidad no eran los embarazos y partos adolescentes. Las preocupaciones tenían mayor relación con el nivel de instrucción de las madres, relacionado al control poblacional, la fecundidad, el deseo de tener hijos, el uso de métodos anticonceptivos, la atención y el acceso a la salud. La familia nuclear heterosexual estaba inmersa en los discursos, al punto que las familias compuestas sólo por mujeres, solo por hombres u otra estructura, tampoco constituían un tema de discusión. Algunos informes del Ministerio de Salud, mencionaban la maternidad adolescente, pero todavía no existían políticas públicas concretas para tratar este problema, más bien las políticas eran pro - maternidad probablemente porque la familia nuclear, el matrimonio, todavía era la opción y la norma de vida que prevalecía en el país en las décadas 70 y 80, por lo tanto las madres jóvenes, en edades que estaban fuera del rango considerado normal, es decir 20 años, no constituían un conflicto.

## **2. 2. Maternidad adolescente (1980-2006)**

Como consecuencia de la obligación que tenían las mujeres de espaciar sus hijos, las políticas de planificación familiar, y la implementación de métodos anticonceptivos, a fines de la década de 1980, el periodo fértil se redujo. El objetivo en esta época era educar a las mujeres para que tengan hijos a edades que- según el discurso oficial - eran maduras. Ligada a este proceso está la creación de la categoría adolescencia. La misma que conceptualizada como la etapa de la vida en donde finaliza la infancia y

comienza la edad adulta<sup>12</sup>. De la Parra Calderón (2004) menciona que este término es una construcción cultural, según su punto de vista, los y las jóvenes adquirieron protagonismo a partir de la posguerra, donde el modelo norteamericano se impuso al mundo occidental y apareció la figura del *teenager*. Desde entonces los y las jóvenes deben ajustarse a un estereotipo que participa en bandas, tiene vestimenta, música y películas propias, en resumen: consume. Los y las adolescentes, no participan en las decisiones políticas pues no votan y tampoco se inmiscuyen en la vida productiva porque no trabajan. Además los y las jóvenes, según el discurso adulto son personas que no viven un presente, porque deben pensar permanentemente en su futuro<sup>13</sup>. De esta manera dicha etapa de la vida se convierte en un nuevo “estatus legal” (Collier, 2006) pues está protegida por una serie de derechos. Es así como en 1998, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) expidió el Manual de Normas y Procedimientos para la atención de Salud Reproductiva donde se incorporaron pautas relacionadas con la salud de los y las adolescentes y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Dentro de la reforma al código de menores se amplió la protección a la mujer embarazada y madre trabajadora. Se impulsó la consulta nacional a los y las jóvenes desde la Dirección Nacional de la Juventud para incluirlos en las decisiones sobre políticas para su beneficio; sin embargo los y las jóvenes no fueron convocadas de forma regular. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en donde la participación del Ecuador fue ambigua, se llegó a un consenso internacional sobre derechos de los y las adolescentes (Egüez, 2005).

Elías (1989) menciona cómo en épocas anteriores, aquellos que hoy consideramos niños (as) / adolescentes eran tratados como adultos (as), de esta manera, él cuestiona la nueva situación de las jóvenes, pues ellas no son quienes toman las decisiones.

---

<sup>12</sup> En occidente, al contrario de otras sociedades, no existen ritos de paso que marcan el fin de la infancia y el comienzo de la edad adulta, lo cual genera una serie de conflictos. En culturas más primitivas el gesto de paso de la niñez a la edad adulta está marcado por una ceremonia de iniciación absolutamente precisa. En los hombres la prueba de dolor y el esfuerzo, en las mujeres el secreto femenino entregado por vía oral desde las mayores a las muchachas con la marca corporal de la menarquia, la primera menstruación, que abre literalmente el cuerpo a la tierra en sangre convirtiendo a la niña en una mujer fértil. (Marco Antonio de la Parra Calderón: 152)

<sup>13</sup> El otro tema es la condición de ser que se le asigna, de estar preparándose para el futuro. Las adolescentes desde el punto de vista adulto aún no son alguien. Se piensa que están preparándose para ser alguien en la vida.

“En la actualidad, el proceso civilizatorio individual, así como el social, se lleva a cabo en gran medida de un modo ciego. Bajo la cobertura de lo que los adultos piensan y planean, la relación que establecen con los adolescentes suscita confusiones y efectos en el espíritu de éstos que aquellos no habían previsto y de los que apenas no saben nada”. (Elías, 1989: 461).

En la actualidad las políticas públicas se construyen en base a responsabilidades, derechos y prácticas adultas que no cuentan con la decisión ni el conocimiento de las y los jóvenes. De esta manera a partir de la década de los noventa, los profesionales y las políticas públicas, establecieron una edad ideal para ser madre sin contar con la opinión de las propias mujeres. Así el embarazo adolescente se convirtió en un problema de salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud, los organismos internacionales, la universidad y el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social) intervinieron en esta problemática. Lo cual podemos observar en la nueva estructura de la ENEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil). Dentro de la cual se incluye un cuestionario especial para “mujeres adultas jóvenes de 15 a 24 años de edad” y diagnostica que:

La alta incidencia de una fecundidad elevada que presentan las mujeres al comienzo del periodo reproductivo, relacionada a una iniciación sexual temprana en condiciones de inmadurez física, psicológica y posiblemente en situaciones sociales y económicas adversas” (CEPAR, 1994: 115).

La edad en que las mujeres inician su vida reproductiva, en los informes anteriores no era tan problemático como en el de 1994, en el cual se afirma que:

“La edad a la cual las mujeres inician su vida reproductiva constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad y de consecuencias importantes para: la salud de la madre y el niño; la familia y la sociedad” (CEPAR, 1994:115).

Los manuales producidos por el Ministerio de Salud, que se impartieron en los hospitales, tenían recomendaciones especiales para tratar a las adolescentes: cómo aproximarse a ellas, como darles confianza, qué preguntas hacerles, etc. Es decir, que el término adolescencia cobró importancia y se crearon espacios dedicados a este grupo de la población. En el informe de 1994, se mencionó que la maternidad temprana es un problema que afecta cada día más al país. Una de las cosas que en los años ochenta no

se mencionaban eran los riesgos fisiológicos que afronta una mujer embarazada cuando es muy joven:

“En las metas reproductivas es muy importante tener en cuenta el ritmo de formación de la familia por diversas razones entre las cuales se destacan las consecuencias de salud, principalmente los nacimientos de períodos intergenésicos cortos, ya que tiende a disminuir las probabilidades de sobrevivencia de los hijos y a complicar los embarazos de las madres muy jóvenes; otro aspecto se relaciona con la edad de la madre al tener el primer hijo y las complicaciones socio-económicas y de desarrollo personal de la mujer” (CEPAR, 1994: 119).

Los embarazos adolescentes, según estos informes, también estaban muy relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, y el nivel de instrucción de las madres. Es así como el contenido del cuestionario especial para las mujeres “adultas jóvenes”, tenía relación con la exploración de la actividad sexual, qué conocimiento existía al respecto, qué relación había con la persona con quién las mujeres tenían relaciones sexuales, el tiempo que conocían a ese sujeto, y los métodos utilizados.

Es decir que el cuerpo de las mujeres adolescentes se convirtió en el blanco privilegiado de distintos espacios y disciplinas: los clubs de beneficencia, el estado y las personas profesionales.

En el año 2001, se realizó el primer Congreso Nacional de Adolescencia, en el que participaron profesionales especialistas en el tema. Discutieron las causas de la maternidad adolescente desde una perspectiva multidisciplinaria. Es así como abordaron los riesgos fisiológicos que corren las mujeres adolescentes, la estimulación a sus hijos que generalmente es menos eficaz que aquella que brindan las madres mayores de 20 años, el ambiente social y familiar violento, el abuso sexual y la educación que se imparte en los colegios.

En los discursos pronunciados en este congreso podemos encontrar una nueva concepción de ser mujer. Si bien antes las mujeres estaban destinadas a “criar a los niños y realizar tareas reproductivas a causa del contexto histórico” (testimonio de un médico), el espacio en donde actuaban era el hogar, y no significaba un problema el hecho de tener hijos en edades en las que actualmente las mujeres estudian. Para este año la situación cambió, pues la maternidad a edades que no se consideraban maduras, no estaba dentro de los parámetros de normalidad, y también es un indicador de subdesarrollo, tal como podemos observar en las reflexiones médicas:

“El Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor número de adolescentes en gestación. Las niñas llegan a la pubertad a los 11 o 12 años, el inicio de las relaciones sexuales se da entre los 14 y 19 años. La adolescencia es un periodo diferenciado de otros con identidad propia en el curso de la vida humana. En épocas previas un embarazo durante este periodo (10 a 19 años) era considerado normal y visto como un hecho evolutivo socio cultural esperado. A inicio del siglo pasado, la mayoría de mujeres se casaban a edades muy tempranas, un buen número alrededor de los 15 años y pocas hacia los 18 años. Era un tiempo en el que se consideraba que el destino vital de una mujer no era otro que el de casarse y tener hijos. Obligación impuesta por las costumbres, pero también por la necesidad de un mundo donde la mortalidad infantil era de gran incidencia” (Guerra, 2001:62).

En este congreso entonces se expresó la idea de que las mujeres en edades de 10 a 19 años que estaban embarazadas estaban en situaciones de riesgo y el estado debía intervenir. Pues según los médicos las mujeres de inicios del siglo pasado y las de esa época tenían proyectos de vida distintos. Lo que no se mencionaba en el congreso era que la sexualidad que ejercían las mujeres de inicios del siglo pasado estaba legitimada por el matrimonio y la familia nuclear heterosexual. Más tarde las mujeres no debían estar casadas para ejercer su sexualidad sin embargo cuando lo hacían, según el discurso médico también estaban en situaciones de riesgo<sup>14</sup>. Lo cual se refleja en el cuestionario que diseñó el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social) para la presente década, en el mismo se dio especial atención a la educación sexual que las mujeres habían recibido, la edad en la que habían recibido esta información y quién les había proporcionado. Se mencionó el papel de las profesoras, las madres y las hermanas en la explicación de la menarquia. Se analizó la edad en la que la mujer inicia su vida sexual, que antes no era problemático, se mencionó el tema del abuso sexual en el caso de embarazos adolescentes. Se presentó un cuadro de las razones por las cuales las mujeres jóvenes no usaron métodos anticonceptivos:

“Las dos razones más frecuentes fueron: el deseo de embarazo (29.2 por ciento) y no conocía métodos (24.8 por ciento). El deseo de embarazo aumenta con la edad a la primera relación sexual, mientras que el desconocimiento de métodos disminuye. Las mujeres del área rural

---

<sup>14</sup> En Ecuador, la vida sexual de los y las adolescentes empieza a una edad cada vez más temprana. En el país la edad promedio de inicio de la vida sexual es 15 años. Una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años ha tenido al menos un embarazo. Estos embarazos son sancionados en los colegios con expulsiones y otras medidas discriminatorias. (Manifiesto de las y los adolescentes jóvenes frente a la resolución del Tribunal Constitucional que viola nuestro derecho a ejercer la anticoncepción de emergencia (2006).



reportan mayor desconocimiento de métodos y mayor deseo de tener hijos que las del área urbana” (CEPAR, 2000).

En estos resultados, se reflejaba por ejemplo una enorme preocupación por la pareja, si el embarazo era del compañero, la reacción de los padres cuando se enteraban del embarazo y la composición de la familia, que en los ochentas no eran temas centrales. Se hablaba de la interrupción del estudio y el “proyecto de vida”, concepciones que en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora están hoy en día muy presentes.

En el año 2004, el cuestionario de la ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil) también tiene un apartado para mujeres adultas jóvenes que se concentra en la actividad sexual y reproductiva, la educación sexual, además incorpora el tema de la violencia de la mujer. Si bien, en la última encuesta se incluyen nuevos asuntos que tratan problemáticas de género, la idea “materno-infantil” sigue presente como si madres e hijos se inscribirían en una misma clasificación y como si todavía las mujeres estarían confinadas a la maternidad. Parecería entonces que las políticas públicas aún se piensan desde concepciones maternalitas que responsabilizan a las mujeres del cuidado infantil.

Por otra parte, los conceptos que manejan: el CEPAR (Centro De Estudio de Población y Desarrollo Social), el Ministerio de Salud Pública, la cooperación internacional, y algunos profesionales, no toman en cuenta los proyectos de vida, los riesgos y los deseos de las y los jóvenes, lo cual podemos observar en la siguiente entrevista:

“Según mi punto de vista el tema de los embarazos adolescentes no ha sido comprendido y se ve a los y las adolescentes con una connotación de riesgo. Se les ha asignado particularidades a las y los adolescentes que según mi punto de vista es un error conceptual muy fuerte para realizar políticas públicas. La primera es que los adolescentes siempre están en riesgo [y según mi punto de vista] tanto los adultos como los adolescentes siempre están en riesgo . Pero además el riesgo se mide desde parámetros adultos y no desde parámetros adolescentes. En un estudio que realizamos junto con FLACSO [mapas de riesgo y sexualidad adolescente], nos dimos cuenta que lo que llaman riesgo los adultos no es lo mismo que llaman riesgo los jóvenes. Pues ellos tienen diferentes tendencias, es muy diferente lo que piensa una madre escolarizada, que lo que piensa una madre que no está escolarizada”<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Entrevista # 4, agosto del 2005.

La escolarización de las mujeres, que a inicios del siglo pasado estaba en debate porque el bando conservador advertía que era un camino hacia la prostitución, la libertad pecaminosa y la caída de la mujer (de la Parra Calderón, 2004), hoy en día es un asunto obligatorio, pues aquellas mujeres que no estudian según las concepciones adultas se enfrentan a riesgos:

“Sin embargo de ello, la maternidad de las adolescentes que en la mayoría de casos las convierte prematuramente en madres, es uno de los mayores obstáculos que les impide continuar con la educación que les propicie una adecuada formación ligada al trabajo. El embarazo en el periodo de la adolescencia es uno de los principales problemas de este grupo poblacional.

La adolescente embarazada y madre adolescentes, por la presión institucional, social o familiar, se ve obligada a abandonar sus estudios, creando un círculo de limitaciones para su crecimiento y desarrollo biopsicosocial lo que se evidencia en las grandes dificultades para alcanzar independencia y autonomía, generando altos niveles de frustración, mayor número de hijos, familias uniparentales centradas en la mujer y problemas socioeconómicos graves por lo que a este proceso se le ha denominado como: “ciclo de fracaso y pobreza femenina” (Romero, 2001:117).

La idea de fracaso que maneja el personal de salud, según la perspectiva de Forero (2006) impide concebir a las y los adolescentes como sujetos políticos autónomos, tomadores de decisiones, pues tal como afirma este médico:

“El tema del riesgo hace que al joven se le victimice y que las políticas públicas del adolescentes sean desde alguien que siempre está en peligro, no desde alguien que un sujeto de derechos, un ser social, un personaje de la vida política. Así la mayoría de políticas son intervencionistas hacia las jóvenes hacia las adolescentes. Entonces los programas de madres adolescentes, a las que se le agrega el factor de la culpa y la victimización cristiana occidental, son unas políticas bastante mutiladoras de la condición política, cultural, de conciencia de la persona. Es como si se les hace un favor”<sup>16</sup>

Al contrario de la muerte que mencionan permanentemente quienes diseñan las políticas públicas para adolescentes<sup>17</sup>, en testimonios de madres jóvenes, se expresa la

---

<sup>16</sup> Entrevista # 4, agosto del 2005.

<sup>17</sup> Nuestro objetivo es entender los trastornos como depresión, autoestima y desarraigo que comúnmente se presentan estas jóvenes que acuden a este centro asistencial (Maternidad Isidro Ayora) . Crear la experiencia necesaria con el fin de tener un algoritmo de manejo en todos los procesos depresivos que aparezcan en este periodo y que está acelerado por el inicio de un embarazo. Por otra parte, también conocer otras conductas y grado de autoestima que en algún momento podría servir de predictor de futuras conductas suicidas” (Congreso de Adolescentes).

maternidad como un deseo y un proyecto de vida, lo cual muestra que no siempre existe un acuerdo entre los discursos de dichos programas y el punto de vista de las jóvenes, es así como una adolescente afirma lo siguiente:

“Me siento bien, ayer me hicieron un eco, me dijeron que todo estaba bien, me hicieron la consulta. Tengo que venir acá. Es una emoción muy hermosa verle a tu bebito, ver una vida que tienes dentro de ti es hermoso. Ver sus movimientos, como se mueve, esa energía que tiene en dentro”<sup>18</sup>.

### **2.2.1 Intervención de los cuerpos adolescentes**

### **2.2.2 Situación Actual de las adolescentes ecuatorianas**

En el estudio de Pilar Egúez (2005) observamos que para el 2003, el 15.3% de las todas las mujeres embarazadas eran adolescentes de 15 a 19 años. De todos los grupos de edades, el de las adolescentes es el único que incrementó su fecundidad en el periodo 1989 a 2004, pasando de 84 a 100 nacimientos por cada 1000 mujeres. La actividad sexual antes del acontecimiento nupcial, entre otros factores, es determinante en este hecho, pues el 37.2% de mujeres entre 15 y 24 años tuvieron experiencias sexuales premaritales, mientras que el 9.5% lo hicieron con su esposo o compañero. El restante no ha tenido relaciones sexuales. Según la autora, este fenómeno está marcado por el hecho de vivir en el área urbana y al contrario de lo que versaban anteriores investigaciones, está relacionado con los mayores niveles educativos de las mujeres.

Casi ocho de cada diez jóvenes que ya han tenido experiencias sexuales, quedan embarazadas. Una gran proporción de estas mujeres son madres solteras, pues las relaciones sexuales y los embarazos ocurren fuera de la unión conyugal. El uso de anticonceptivos es un tema que sigue preocupando, pues existe desinformación del tema entre las y los jóvenes. En su estudio, también se menciona que las madres, muchas veces desean tener ese hijo y las familias se alegran por ello. La violencia es otra de las situaciones a las que se enfrentan las adolescentes. Se estima que el 7% de embarazos adolescentes ocurren por violación.

Velasco (2005) por su parte menciona que en 1999, nueve de cada 100 partos eran de mujeres comprendidas entre 12 y 15 años, en el 2003 la cifra ha aumentado casi al doble, 15 de cada 100 partos, corresponden a mujeres menores de 18 años. Según datos de la Unidad de Atención a Adolescentes de la Maternidad, el 30% de todas las mujeres que dan a luz diariamente en el hospital son adolescentes.

---

<sup>18</sup> Entrevista # 5, diciembre del 2005.

Las mujeres que acuden al Servicio Integral de Adolescentes de la Maternidad, no tienen características que puedan generalizarse. No se puede decir que ellas tienen parejas de su misma edad, tampoco la gran ausencia del padre de los recién nacidos es una constante. Las familias a las que pertenecen son de diversa índole y estructura. Muchas han sufrido abuso sexual, varias son de provincias lejanas o cercanas a la capital. Sin embargo, la mayoría son de escasos recursos económicos. A continuación mostraré algunos datos que indican la situación de las madres adolescentes que acuden a la Maternidad:

| <b>TABLA 1</b>   |           |
|--|-----------|
| <b>Situación familiar de las Adolescentes que acuden al Servicio de Adolescentes del HGOIA</b> |           |
| Adolescentes casadas   | 36        |
| Adolescentes casadas   | 14        |
| Adolescentes que viven en unión libre  | 10        |
| Adolescentes que conviven con sus padres   | 22        |
| Adolescentes cuyos representantes son amigas o parientes                                       | 6         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>88</b> |
| Fuente: Estadísticas del HGOIA, 2005   |           |

De 88 adolescentes que asistieron al Servicio Integral, entre los meses de julio y septiembre del 2005 para atención de posparto, 50 tienen una pareja estable que es su representante. Es decir más del 50 %, tiene estabilidad con un compañero. Lo cual contradice los datos de que la mayoría de las adolescentes están solas. De las adolescentes que tienen pareja, 14 son casadas, y el resto conviven con sus parejas en unión libre, 28 de las 88 jóvenes que asistieron en estos meses, conviven con sus madres, quienes son sus representantes. En la mayoría de los casos, se trata de familias compuestas por madre, padre o padrastro e hijos. Pocos son los casos en que la familia se compone de madre e hija. Tres de esas adolescentes fueron acompañadas de sus tías, una de la hermana porque sus padres estaban fuera, una de ellas con su empleadora y otra con su amiga.

Es importante anotar también que el total de estas familias tiene ingresos menores a 600 dólares. Muchas de ellas se componen de más de seis miembros, por lo

tanto su situación económica no es buena. De las 88 adolescentes que visitaron este servicio, 7 sufrieron abuso sexual, la gran mayoría abandonaron sus estudios, 43 de ellas se dedican a labores domésticas, otras trabajan y la minoría todavía estudia.

### **2.2.3 Creación del Programa de Atención a la Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora**

Desde que se define la edad correcta para ser madre, surgen programas sociales dirigidos a la adolescencia con una idea de focalización. No son todas las madres quienes se benefician de los servicios públicos. Sólo un segmento de la población tiene derechos: las adolescentes. En este sentido la salud no es un tema de todos, pues la enfermedad de otra no tiene que ver con la de una. Las ideas que estructuran dichos programas tienen que ver con la vulnerabilidad y el alto riesgo. Son los grupos marginales, a los cuales el mercado no llega, aquellos que se benefician de estas políticas focalizadas<sup>19</sup>. Se percibe entonces que las causas estructurales del embarazo adolescente; que también tienen relación con la pobreza y la desigualdad no son comprendidas el momento de diseñar políticas públicas. La focalización tiene como consecuencia el mantenimiento de problemas sociales que tienen orígenes en las desigualdades económicas y políticas.

Basada en la idea de focalización, la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” (HGOIA), a partir de la década de 1990, brindaba especial atención a las adolescentes embarazadas, pues un grupo de voluntarios y voluntarias egresados (as) del Primer Curso Internacional de Postgrado en Adolescencia, construyeron un grupo de trabajo dedicado a tratar este grupo de la población.

En 1992 la Fundación Internacional para la Adolescencia y los profesionales del Hospital Gineco –Obstétrico Isidro Ayora, presentaron un proyecto a distintos organismos nacionales e internacionales. Para 1993, el Club Kiwanis de Quito realizó un convenio con el Ministerio de Salud Pública para la adecuación física de un consultorio especial para adolescencia dentro de la Maternidad. En 1994 se inauguró el Primer Consultorio de Atención Integral para la Adolescentes Embarazadas. En esta época ya no sólo se hablaba de problemas fisiológicos, pues también se incluyó en la

---

<sup>19</sup> La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, por ejemplo, no beneficia a todas las mujeres ecuatorianas, ya sea porque un segmento de la población no accede a servicios gratuitos debido al equivocado manejo de los fondos, por la corrupción al interior de los hospitales públicos. O porque las mujeres de clase media prefieren acudir al sistema privado de salud.

consulta: planificación familiar, apoyo psicológico y de trabajo social. Para 1997, la cooperación internacional intervino directamente en el problema de embarazos adolescentes. La Agencia Española de Cooperación Internacional apoyó la ampliación de la consulta y del personal (Entrevista a Susana Guijarro, directora del Programa de Atención a la Adolescencia, 2006).

Con estos antecedentes, en el 2003, el Príncipe Felipe de España, y el -en esa época -vicepresidente Alfredo Palacios, como un símbolos de la de la cooperación internacional y el estado presentes en esta problemática, inauguraron la SALA (Servicio y Atención a la Adolescencia) del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, proyecto en el que trabajan distintos profesionales especializados en adolescencia.

#### **2.2.4. La SALA**

A la Maternidad Isidro Ayora ubicada en la Av. 12 de Octubre frente al parque “La Alameda”, en la zona central de la ciudad de Quito, junto al hospital Eugenio Espejo, acuden mujeres para recibir atención relacionada con la salud reproductiva: embarazo, parto, posparto y complicaciones relacionadas con el aborto. En este hospital, parecido a un laberinto, están ubicadas las salas grandes llamadas *b, c, d, f, g, h, i*, a donde van las mujeres luego de pasar por emergencias y por el quirófano. Se ubican en las camas blancas de fierro situadas una junto a la otra, tienen poco tiempo de descansar, pues a toda hora pasan por ahí enfermeras con medicamentos o vacunas, ginecólogas y ginecólogos realizando chequeos, pediatras revisando a los niños, trabajadoras sociales y psicólogas que hacen entrevistas y personal de la limpieza. El ambiente concurrido y lúgubre de las salas grandes cambia al cruzar la puerta del segundo piso ubicada bajo un cuadro de una madre que alimenta dulcemente a su hijo, en donde está pegado un letrero rosado que dice: *SALA*. Al abrir la puerta aparece otro laberinto, relativamente nuevo, cuya construcción fue pensado para atender a un grupo particular: las adolescentes. Dicha sala, es un lugar acogedor, con luz tenue, las paredes color crema y durazno, el olor particular que tienen los recién nacidos, las columnas blancas, los letreros rosados y amarillos con los nombres de las muchachas y los bebés pegados en las paredes, las puertas y muebles de pino, hacen que este espacio se parezca a un hogar, y es ahí donde se ubican las mujeres adolescentes después de pasar por la sala de emergencias, el quirófano, y las grandes habitaciones. En la *SALA*, creada por la Unidad de Adolescencia del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora, las adolescentes, a diferencia de las mujeres que pasan la mayoría de edad, reciben especial

atención por parte del personal de salud, servicios gratuitos no sólo relacionados con la medicina, además disponen de abogadas y abogados, psicólogas, ayuda para entrar a los colegios, para reintegrarse a sus familias y guarderías para sus niños y niñas. Es decir que el sistema de salud es un espacio en el cual las adolescentes ejercen sus derechos, por medio de las protecciones, el trato diferenciado al que están sujetas y la posibilidad de expresión en distintos escenarios como el consultorio psicológico o la oficina de trabajo social, los consultorios ginecológicos y pediátricos. En este edificio además existe un programa de educación permanente para usuarios internos y externos, pasantía en servicios, programa de becas y cursos anuales de adolescencia. Una de las misiones de la SALA es:

“Crear espacios de participación que permitan la construcción colectiva de la identidad juvenil, cambiando estereotipos negativos y permitiendo la recuperación de adolescentes en riesgo”<sup>20</sup>.

### **2.3 Conclusiones**

En este capítulo realicé una trayectoria histórica de los discursos que se construyen alrededor de la maternidad desde inicios del siglo XX hasta la actualidad. De esta manera mostré como la maternidad adolescente es un asunto que se convierte en un problema en donde intervienen políticas públicas, cuando se construye una nueva concepción de ser mujer a causa del control de la densidad poblacional y la instalación del discurso feminista, La importancia del discurso feminista en el Ecuador a partir de la década de 1980, lo cual no se profundizó en esta tesis, razón por la cual es importante que se analice en un nuevo estudio.

También mostré que las mujeres que antes trabajaban en las casas y cuyo conocimiento estaba concentrado en la crianza, ahora deben estudiar y trabajar dentro y fuera del hogar por lo cual la edad ideal para procrear se retrazó. También muestro como las ideas que sustentan las políticas públicas, son parte de una construcción adulta del mundo, que muchas veces no toma en cuenta la voz de las madres adolescentes que la mayoría de veces están dentro de los parámetros de riesgo. Analicé así, cómo dicho riesgo también forma parte de una concepción adultocéntrica y occidental de concebir el mundo. Mostré de manera general la situación actual de las adolescentes ecuatorianas y describí la SALA del Hospital Obstétrico Isidro Ayora, lugar a donde acuden la mayoría

---

<sup>20</sup> Entrevista # 6, diciembre del 2005

de mujeres de escasos recursos que viven en el Ecuador. Pues una de las misiones de este programa es justamente “recuperar a las adolescentes que están en riesgo”.

Finalmente es importante mencionar que actualmente la maternidad en el Ecuador tiene varias caras. Existen casos en los que la maternidad si constituye un riesgo para la madre y el pequeño, más por las condiciones de pobreza a las que ella y su hijo se enfrentan en este país, que por el hecho de no estudiar y no vivir episodios *teenegers* que muchas veces las excluyen de las decisiones políticas, también es un riesgo cuando dicha maternidad es el resultado de un abuso sexual. Sin embargo la maternidad muchas veces es deseada por las adolescentes, forma parte de su proyecto de vida y a través de ella, aquellas mujeres que son nadie, en palabras de Forero (2006) se convierten en alguien. Por otra parte, existen mujeres que decidieron no ser madres y escriben graffitis en las paredes que dicen: “Soñar no cuesta nada, un embarazo no deseado si”, y de esta manera reivindican la posibilidad de no ser madres porque la maternidad es un derecho, y primero quieren cambiar el mundo para que lleguen nuevas personas a él. (Entrevista a jóvenes de la coordinadora política juvenil). A pesar de ello, concuerdo con Lagarde (2003) cuando afirma que la maternidad se extiende a todos los espacios de la vida de las mujeres. Somos madres cuando trabajamos, cuando estudiamos, somos madres de nuestros maridos, padres, hermanos, compañeros de trabajo. Aquellas que luchan por un mundo mejor están ofreciendo su vida día a día, es decir que no se han alejado de la procreación. Quizás por eso las nuevas campañas que afirman que “ser madre joven te quita los sueños” son palabras que las mujeres adolescentes todavía no interiorizan y los índices de maternidad adolescente a partir de 1993 no han disminuido.