

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

Ana María Goetschel, Gioconda Herrera y Mercedes Prieto, coordinadoras

© 2020 FLACSO Ecuador

Mayo de 2020

Cuidado de la edición: Editorial FLACSO Ecuador

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

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

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

FLACSO Ecuador

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

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

www.flacso.edu.ec

Ediciones Abya-Yala

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

Quito-Ecuador

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

editorial@abyayala.org.ec

www.abyayala.org

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

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

Incluye bibliografía

ISBN (FLACSO): 9789978675311 (pdf)

ISBN (Abya-Yala): 9789942096869 (pdf)

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

342.0878 - CDD

Índice de contenidos

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

PARTE 1

DERECHOS SEXUALES, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

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

PARTE 2
EL ABORTO

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

PARTE 3
MATERNIDADES EN DISPUTA

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

PARTE 4
VIOLENCIA SEXUAL, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

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

Ilustraciones

Figuras

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

Gráficos

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

Mapas

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

Tabla

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

Agradecimientos

Varias entidades y personas han contribuido a este libro.

En primer lugar, agradecemos a las autoras y el autor de esta compilación por su acogida a esta iniciativa, por su trabajo y paciencia. Sin su aporte este libro no hubiera sido posible.

A Planned Parenthood Global.

A María Rosa Cevallos, Oficial de Programas de Incidencia de PP Global, quien invitó al Departamento de Sociología y Estudios de Género de FLACSO Ecuador a desarrollar el proyecto “Promoviendo los derechos sexuales y derechos reproductivos desde la academia” que tantos frutos ha dado para la promoción de estos derechos.

A Paulina Ponce, Oficial de ese Programa en una segunda etapa, por su apertura y comprensión frente al “tiempo lento” de la investigación y difusión académica.

A la Coordinadora de la Editorial de FLACSO Ecuador, María Cuvi S., a Antonio Mena y a todo el personal de la Unidad Editorial.

A Milagros Aguirre, Editora General de Abya-Yala, por su apoyo para la publicación y difusión de este libro.

Las coordinadoras

Lista de siglas y acrónimos

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

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

Introducción. Apuntes sobre la disputa por los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador

Ana María Goetschel y Gioconda Herrera

Esta compilación reúne trabajos sobre los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador realizados por estudiantes del Departamento de Sociología y Estudios de Género de la FLACSO. La intención de compilar estos textos, que provienen de las tesis de la maestría de Género y Desarrollo, es difundir resultados de investigación que contribuyen al debate y posicionamiento de tales derechos en la esfera pública, desde perspectivas analíticas feministas. Estos trabajos develan las tramas de dominación presentes en instituciones, prácticas y relaciones sociales en torno al cuerpo de las mujeres, su sexualidad y su maternidad. Los análisis nos ayudan a entender y cuestionar las formas en que el cuerpo y la sexualidad son construidos socialmente en detrimento de la vida y ciudadanía de las mujeres.

En el primer conjunto de estudios se analizan el discurso político y las políticas sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) en tres coyunturas centrales para la construcción de la ciudadanía de las mujeres: la Asamblea Constituyente de 1998, la Asamblea Constituyente de 2008 y las políticas públicas sobre la educación en sexualidad de los últimos 15 años en el país. El segundo grupo corresponde al tema del aborto; las rutas que siguen las mujeres y la experiencia en la sala de legrados de la maternidad. En un cuarto grupo se examina la relación, muchas veces violenta, entre el Estado —u otras instituciones— y las mujeres a partir del análisis de determinadas prácticas institucionales: clínicas de “deshomosexualización” y la representación del incesto en la familia y el discurso jurídico. El tercer grupo se centra en la vida de las mujeres, sus experiencias y su actoría en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo el parto intercultural.

Una dimensión transversal de estos trabajos es la violencia –discursiva, estructural, institucional y de género– como una práctica que obstaculiza permanentemente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas en Ecuador. En algunos estudios también se examina la intersección entre género y etnicidad o entre clase social y sexualidad; al hacerlo, el análisis del ejercicio de estos derechos se complejiza puesto que se integran múltiples dimensiones de la desigualdad. En su conjunto, estos trabajos ofrecen miradas a procesos concretos donde se ha plasmado la actual disputa de las mujeres por denunciar los sistemas opresivos sobre sus cuerpos.

Con el fin de contextualizar estos textos, escritos en las dos primeras décadas del presente siglo, en esta introducción ofrecemos algunos antecedentes históricos de la disputa por ampliar la ciudadanía sexual y reproductiva de las mujeres en el siglo XX en Ecuador. Brindamos, además, algunos elementos de la coyuntura más reciente en la cual se ha reactivado esta lucha. En efecto, si bien en 2020 estos derechos ya son parte de los debates de la política pública y de las luchas de las mujeres por la ciudadanía, es necesario reconocer que son fruto de un largo proceso que atraviesa distintas etapas a lo largo del siglo XX.

En un primer momento, estos derechos aparecieron ligados, sobre todo, a la reproducción biológica y social. Aunque desde los inicios de la República, las mujeres participaron en la construcción de las naciones latinoamericanas como gestoras y benefactoras de orfanatorios y casas asistenciales (García Jordán y Dalla-Corte 2006), la protección a la maternidad se concibió como parte de los derechos sociales que comenzaron a ser planteados durante la primera mitad del siglo XX en relación con las políticas poblacionales. Cuando Nira Yuval-Davis (2004, 14) señala que las mujeres han tenido un papel fundamental en la “reproducción biológica y cultural de la nación” se refiere a uno de los discursos que están implicados en ese proceso: la gente como poder, cuyo significado radica en que la ampliación de la población es vital para el interés nacional.

Durante esta etapa, los gobiernos del Ecuador buscaron que el Estado asumiera un rol socialmente benefactor a la vez que interventor en la vida de la población. Para esto se crearon instituciones públicas y privadas y se

expidieron leyes relativas a la protección social, así la niñez y la maternidad se convirtieron en ejes de la preocupación estatal en materia social. La “protección a la maternidad” apareció como un acápite en los informes gubernamentales, y según esta visión la primera de las obligaciones era el cuidado de la vida de la madre y del niño o la niña, como factor primordial, incluso como factor de la “riqueza nacional” (Clark 1995, 185).

Al igual que en épocas anteriores, se afirmaba que la mujer estaba destinada al hogar puesto que engendraba a las futuras generaciones. Sin embargo, la percepción de la “madre” cambió. A la imagen de madres abnegadas, virtuosas y con capacidad práctica para el hogar se sumó la idea de que debían ser conocedoras de los últimos avances de las ciencias sobre nutrición y puericultura, nuevos conocimientos que comenzaron a implementarse en los colegios femeninos (Goetschel 2007). Las políticas de protección a la infancia y a la maternidad no fueron ajenas a las condiciones del país, a la crisis económica de esos años y al alto índice de mortalidad, sobre todo infantil, pero también eran resultado de un nuevo horizonte mental que le asignaba al Estado el cuidado de las poblaciones y el papel de las familias y las madres, actoras sociales en ese proceso. Esto reafirmaba el rol materno de las mujeres como parte de su identidad y aun de su ciudadanía.

En esta misma etapa, la sexualidad de las mujeres aparece en la discusión en torno a las incipientes políticas de salud pública, pero únicamente en el caso del ejercicio de la prostitución. Kim Clark (2012) muestra los intentos por desarrollar campañas contra las enfermedades venéreas desde la segunda década del siglo XX en Ecuador, acciones que estuvieron focalizadas en las prostitutas. De acuerdo con la autora, los discursos médicos y de los agentes municipales sobre estas “sexualidades problemáticas” enfatizaban en la necesidad de control y regulación, y menos en la condena moral de estas actividades. No obstante, falta mucho por investigar pues conocemos poco sobre el ejercicio de los derechos sexuales, la violencia sexual o las sexualidades disidentes en ese período.

Un tema que comienza a ser analizado, nuevamente como parte de las políticas de control poblacional, es el surgimiento de la planificación familiar. Diversos estudios han evidenciado la importancia de este tema desde los años 60. La investigación de Johana Agudelo (2017) explora la historia

de la planificación familiar entre 1965 y 1987, y encuentra que en Ecuador convergieron distintos discursos y actores en permanente tensión. Por un lado, el control de la natalidad fue visto como un dispositivo de control biopolítico de la población; algunos movimientos de izquierda lo calificaron como una política imperialista en contra de los países subdesarrollados. Por otro lado, la Iglesia consideraba que estas políticas constituían un pecado contra la vida. Finalmente, en los discursos médicos y educativos, la planificación familiar era vista como un mecanismo para evitar la sobrepoblación que causaba la pobreza y el subdesarrollo.

Estos discursos se cruzaron para producir y consolidar ideas sobre la sexualidad de las mujeres, que resaltaron la maternidad y el lugar social que ocupaban en las familias, pero también iniciaron el debate sobre si la maternidad era un destino o una elección. En lo concreto, la planificación familiar en el Ecuador –que se originó en el contexto internacional del tema poblacional– estimuló la creación de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) y el Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR). Tales organizaciones de carácter privado impulsaron las primeras labores de distribución de los métodos anticonceptivos modernos, la capacitación del personal médico y una entrada en los programas del Estado.

De ese modo, se abrió el camino para que se promulgara la paternidad responsable como derecho constitucional en 1979, y para la elaboración de la política de población de 1987, bajo el gobierno de León Febres Cordero. En esta política propuesta por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) se afirmaba que, ante el crecimiento y la existencia de una población predominantemente joven, resultaba necesario implementar programas de planificación familiar, ya que “mientras mayor es el grado de pobreza, más elevados resultan los índices demográficos” (CONADE 1987, 35, citado por Agudelo 2017, 81).

Al igual que en otros países de la región, a partir de la década de 1980, surgieron círculos y organizaciones de mujeres en el país y algunas de estas se autoproclamaron feministas. Estas últimas priorizaron una militancia que produjo una ruptura importante en la forma de pensar los derechos de

las mujeres, pues se reconoce y demanda la transformación cultural de las relaciones y representaciones de las mujeres para llegar a la raíz de la dominación. Las agrupaciones feministas discutieron y posicionaron temas relacionados con la sexualidad, el derecho al placer de las mujeres, y el aborto en algunos de los espacios culturales feministas que crearon y en los dos encuentros feministas realizados en el país en esa década (Herrera 2007). Es decir, ya no solo la reproducción aparece en disputa cuando se habla de los derechos de las mujeres, como hasta entonces había sido la tónica. Sin embargo, el discurso contra la violencia hacia las mujeres predomina y congrega a la mayor cantidad de agrupaciones de mujeres en sus demandas frente al Estado y los otros temas quedaron nuevamente relegados.

En los años 90, una parte importante de las organizaciones de mujeres priorizaron la relación con el Estado. Los temas de la agenda de equidad giraron en torno a la lucha contra la violencia de género, la participación política y la institucionalización de una entidad estatal, para elaborar y ejecutar políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Durante estos años se aprobó la primera Ley contra la Violencia Intrafamiliar, en 1995, una ley de acciones afirmativas para promover la participación de las mujeres en cargos de elección popular llamada Ley de Cuotas, y la Ley de Maternidad Gratuita. Además, se creó el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) como organismo rector de las políticas de equidad de género. Durante esta década, junto con las ONG y entidades locales se trabajaron diversas experiencias, fundamentalmente con jóvenes, sobre derechos sexuales y reproductivos (CLADEM 2005).

Los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos en Ecuador, por primera vez, en la Carta Constitucional de 1998. El proceso fue impulsado por los movimientos sociales, en particular por los de mujeres.

Luego de importantes movilizaciones contra la corrupción (febrero 97) los movimientos sociales fueron protagonistas en la convocatoria a la reformulación constitucional. Sus propuestas, principalmente las del movimiento indígena, habían colocado el tema de la diversidad como eje central de la “refundación” del país, en tanto que las mujeres situaron el de la equidad de género. Además, luego de acciones de larga data impulsadas por el

movimiento gay, se declaró inconstitucional la penalización de la homosexualidad (noviembre 97), proceso que provocó un debate público sin precedentes, permitiendo situar en el escenario, de manera más frontal, el tema de los derechos sexuales (León 1999, 7-8).

En el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como política pública también influyó el contexto internacional, especialmente los planes de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo 94) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 95), ambas convocadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Como señala Yuval-Davis (2004), la lucha de las mujeres por los derechos reproductivos ha estado en el seno de las luchas feministas. El derecho a decidir sobre tener hijos o no, así como cuándo y cuántos tener, ha sido la “piedra de toque” de las políticas feministas. Al referirse al proceso de la Asamblea Constituyente de 1998, Martha Cecilia Ruiz (1999) evidencia que, para las mujeres, el trabajo no comenzó en esta Asamblea. En mayo de 1996 las organizaciones presentaron la Agenda Política de las Mujeres del Ecuador, en la que se incorporaron planteamientos sobre los derechos sexuales y reproductivos. También, desde el espacio gubernamental, se trabajó en la elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades 1996-2000, que incluía los derechos sexuales y reproductivos. En el contexto del movimiento en torno a la salud de las mujeres, las integrantes del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM) definieron los riesgos de salud de las mujeres identificando como factores la violencia doméstica, la violencia en el ciclo reproductivo, la vivencia inequitativa de la sexualidad, la discriminación alimentaria y el trabajo doméstico.

Un proceso importante que emerge en esta coyuntura, en el Ecuador, es la reivindicación de los derechos sexuales separados de los derechos reproductivos. Según Judith Salgado (2005), el principal detonador de tal reivindicación fue la acción de inconstitucionalidad del artículo que penalizaba la homosexualidad, en 1997, pues por primera vez se trataron los derechos sexuales como derechos humanos. Sin embargo, esta misma autora señala que parte de la argumentación del Tribunal Constitucional para justificar

la despenalización se construye sobre visiones moralistas y conservadoras que sostienen una idea de tolerancia frente a la homosexualidad, siempre y cuando se mantenga como un hecho privado, casi escondido, y no como un “hecho socialmente exaltable” (2005, 25) que afecte el funcionamiento de las familias. Para Salgado, si bien esta sentencia fue clave para el posterior reconocimiento de la no discriminación por orientación sexual en la Constitución de 1998, “la resolución evidencia una ideología homofóbica y heterosexista que acepta la no represión de homosexuales, pero condiciona el despliegue de su identidad sexual al ámbito de lo privado argumentando un conflicto de derechos inexistente” (2005, 14).

Varios estudios encuentran que la demanda por la despenalización de la homosexualidad fue el resultado de diversos actores y movimientos que confluyeron. Uno de ellos fue el movimiento de derechos humanos que, luego de la detención masiva de ciudadanos gays en la ciudad de Cuenca en 1997, activaron esta demanda (Salgado 2005). Otros estudios, como el de Claudia Garriga-López (2018), le atribuyen un rol protagónico a Cocinelli, la primera organización LGBT del Ecuador, que se dedicó a denunciar la violencia policial contra la población transgénero y a recolectar firmas en las calles de Quito en años inmediatamente anteriores a la despenalización, preparando el terreno para el cambio.

Al analizar las discusiones en el seno de la Asamblea Constituyente de 1998, Salgado otra vez encuentra visiones conservadoras entre los asambleístas, para argumentar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos: vulnerabilidad, fragilidad y falta de protección a las mujeres. Para la autora, en estos espacios formales del poder, temas como el aborto y el reconocimiento de las familias diversas fueron rechazados explícitamente. Además, la sexualidad fue vista como peligro y fuente de violencia y no como actividad placentera que debe ser garantizada por el Estado. El texto de Valladares, en esta compilación, profundiza este tema y analiza el discurso dominante sobre la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos en dicha Asamblea.

Otro acontecimiento en el cual aparece una separación explícita entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos fue el Tribunal por los Derechos Sexuales convocado por las Feministas por la Autonomía y el

Taller de Comunicación Mujer, en 1999. Se trató de una acción pública que denunció casos de violación explícita de tales derechos y que colocó en el terreno no solo del Estado sino de la sociedad, la necesidad de luchar por estos (CLADEM 2005).

A finales de la década de 1990, luego de una intensa relación de los movimientos de mujeres con el Estado y de la conquista, al menos en papel, de ciertos derechos sexuales y reproductivos, Salgado (2005) encuentra que los movimientos de mujeres hablan poco de la sexualidad mientras que los movimientos homosexuales y lésbicos hablan poco de la reproducción como un derecho. Inclusive el aborto, en opinión de esta autora, resultó un asunto silenciado en esta década en el interior de las organizaciones nacionales de mujeres.

En los primeros años del nuevo milenio aparecieron voces disidentes respecto al papel de los movimientos de mujeres en el Estado. Se comenzó a reivindicar, con mayor frontalidad, los derechos sexuales, tanto desde la militancia de lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) y las organizaciones feministas de mujeres jóvenes, como desde la Coordinadora Política Juvenil, actores que centraron sus acciones en la reivindicación de la sexualidad y el derecho al placer y que además regresaron a la calle. También aparecieron otras organizaciones y núcleos feministas que plantean el tema del aborto como una demanda feminista central (Varea 2015).

Por otra parte, en los primeros años del nuevo milenio, también se empezaron a presentar reacciones contra los derechos de las mujeres adquiridos en la Constitución de 1998 y contra algunas políticas establecidas en este marco. Este es el caso de la demanda de inconstitucionalidad que presentó un ciudadano en 2006, contra la distribución gratuita, por parte del Ministerio de Salud, de la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE), política establecida en 2002. Este tipo de acciones auguraba un nuevo momento en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos en el cual grupos conservadores cercanos a distintas Iglesias, católicas y evangélicas, se convirtieron en actores sociales y políticos influyentes en estos debates que buscaban mermar los derechos adquiridos y obstaculizar la implementación de políticas orientadas a hacer real el ejercicio de

los derechos sexuales y reproductivos en el país. En este nuevo momento el aborto y los derechos de las poblaciones LGBTI ganaron centralidad en el discurso conservador, fueron atacados y apareció un nuevo fantasma: la ideología de género. En la bandera del combate a la ideología de género, la reacción conservadora a los DSDR va a encontrar un terreno fértil para atacarlos.

En el diagnóstico elaborado por el Taller Comunicación Mujer (2005) sobre derechos sexuales vulnerados en el Ecuador, en 2005, se mencionaron tres temas que fueron objeto de denuncias por parte de la Defensoría del Pueblo al Estado: la presencia de mujeres lesbianas internadas en clínicas de “deshomosexualización”, la suspensión de la anticoncepción de emergencia, y el cierre de centros de tolerancia en la ciudad de Quito, lo que vulneraba los derechos de quienes ejercían el trabajo sexual.

La disputa en torno al aborto

El aborto se colocó en el escenario público de manera visible y sostenida durante la Asamblea Constituyente de 2007 (Maldonado 2009). El tema comenzó a debatirse en la prensa, en las calles y en la vida cotidiana por todos los sectores sociales. Como observamos, en la década de 1980 las organizaciones y el movimiento de mujeres ampliaron la participación política y social femenina, en la violencia de género y en la salud reproductiva, mas no en el aborto. El aborto, por ejemplo, no fue debatido públicamente, excepto para sostener el aborto terapéutico (aprobado en el Código Penal de 1938), que fuera claramente rechazado en las discusiones de la Asamblea Constituyente de 1998 (Salgado 2005).

En efecto, el Código de 1938 instituye que el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la embarazada, de su marido o de familiares íntimos, cuando ella no está en posibilidad de continuar con la gestación, no será punible: 1) “si lo ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; y 2) “si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el

consentimiento de su representante legal deberá ser requerido”.¹ Este contenido permanece en el actual código, excepto la alusión a la “mujer idiota o demente” que fue reemplazado por “una mujer que padezca de discapacidad mental”.²

Como señala Viviana Maldonado en esta compilación, durante la Asamblea Constituyente de Montecristi, dos asambleístas de bandos distintos y aparentemente irreconciliables (Alianza País del partido de gobierno, de izquierda, y el Partido Social Cristiano, identificado como conservador) tuvieron igual postura al demandar el cumplimiento del rol moral cristiano de ser madres, desde dos discursos: la defensa de la vida desde la concepción y la protección de la familia como eje fundamental de la sociedad. Fueron el gobierno y la Iglesia –a través de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana (CEE)– los actores que pusieron en el debate público constitucional los temas de la familia, el aborto, la sexualidad y el matrimonio. Sin embargo, algunas agrupaciones de mujeres, sobre todo jóvenes, “sí corrieron el riesgo” y plantearon que se considerara la despenalización del aborto. Bajo el colectivo llamado “Coalición por la despenalización del aborto”, una nueva generación de feministas colocó los DSDR, y concretamente el derecho al aborto, en la agenda del movimiento ecuatoriano de mujeres.

Una vez promulgada la Constitución, en octubre de 2008, se incluyó el nombre de Dios y un acápite del art. 45 que dice: “el Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección, desde la concepción”. Con referencia a la familia, en cambio, el art. 67 dice que:

se reconoce a la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.

¹ Art. 423, Código de Procedimiento Penal, 1938, (22 de marzo de 1938).

² Art. 150, Código Orgánico Integral Penal, 2014, del 3 de febrero, (Registro Oficial núm. 180, del 10 de febrero de 2014).

Es posible que el resultado obedeciera al intento de “contentar” las demandas de los distintos actores sociales e institucionales, no solo de la Iglesia sino del movimiento LGBTI pues, aunque únicamente se reconoce el matrimonio entre un hombre y una mujer, se aceptan las uniones de hecho estables y monogámicas que, de acuerdo con el art. 68, tienen los mismos derechos y obligaciones que las familias constituidas mediante matrimonio.

El aborto volvió a ser debatido antes de la aprobación del Código Integral Penal, en febrero de 2014. Hubo dos hechos significativos en este nuevo debate: el rechazo de las organizaciones de mujeres al nuevo Código a través de manifestaciones públicas, porque su demanda de despenalización en casos de violación no fue aceptada, y la sanción pedida por el presidente de la República a tres asambleístas de Alianza País (el partido de gobierno) que mocionaron esta propuesta. Si bien al comienzo el presidente amenazó con renunciar frente a la “traición y deslealtad política”, después pidió que sean sancionadas las tres asambleístas por el Comité de Ética de Alianza País, amenazándolas también con una posible revocatoria de sus funciones. Como consecuencia las asambleístas retiraron la moción.

El 17 de septiembre de 2019, la Asamblea legislativa rechazó nuevamente la despenalización del aborto en caso de violación, una vieja deuda del Estado ecuatoriano para con las mujeres. En efecto, de acuerdo con datos oficiales, en el Ecuador una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia sexual y entre ellas se encuentran las violaciones aun de niñas y menores de edad. Vale agregar que existe un 30 % de posibilidades de que una mujer violada quede embarazada y también se ha llegado a establecer que el aborto –que a menudo se practica en condiciones clandestinas e inseguras debido a su carácter ilegal– representa la principal causa de morbilidad femenina (enfermedad, discapacidad o lesiones) y una importante causa de mortalidad materna en Ecuador (Human Rights Watch 2013, 1).

Además, este es un tema relacionado con la exclusión social. El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) admite que la mayoría de muertes maternas por aborto en el país son de mujeres que se hallan en condiciones de vulnerabilidad por razón de pobreza, de lejanía geográfica a los servicios e incluso por su pertenencia étnica. Por último, un porcentaje significativo, el 66 % de la sociedad ecuatoriana, está de acuerdo con la

legalización del aborto en casos de violación, según lo señala la Encuesta Nacional de Opinión sobre Derechos Sexuales y Reproductivos realizada por Cedatos (Gómez de la Torre 2015).

Este es un tema instalado en la sociedad ecuatoriana, que seguirá produciendo disputas políticas y de sentidos muy importantes para los DSDR de las mujeres. Por lo visto, esta lucha no refleja un proceso lineal. En años recientes se evidencia nuevamente el surgimiento de agrupaciones conservadoras que han logrado incidir exitosamente en el Estado contra los DSDR. Un ejemplo del nuevo momento que estamos presenciando desde hace cinco años es lo sucedido en 2014, cuando por Decreto Ejecutivo se eliminó la Estrategia Nacional Interseccional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) que dependía del Ministerio de Salud y se reemplazó con el Plan Familia, un programa anclado en la presidencia de la República bajo una nueva dirección y orientación, esta vez moral.

Entre las acciones principales de la ENIPLA, creada en julio de 2011 para reducir los embarazos en adolescentes, estaban la promoción de la educación sexual en este grupo etario, la planificación familiar, el acceso a métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos. El expresidente Rafael Correa, quien desplegó una campaña en contra de lo que él llamó una “ideología de género”, afirmó que tal programa estaba equivocado pues se basaba en el “hedonismo más puro, el placer por el placer” y que, al contrario, la estrategia del Plan Familia se fundamentaría en valores y en la educación de la familia. En esta propuesta hubo una orientación cercana al Opus Dei, que instituyó una pedagogía moral sobre las mujeres y que se conjugó con una policía moral encaminada, entre otras cosas, a perseguir y someter a prisión a quienes abortaban; las más perjudicadas fueron las mujeres pobres que acudían a los hospitales públicos. El gobierno del presidente Lenín Moreno eliminó esta entidad.

Los estudios en FLACSO sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

En esta compilación hemos agrupado los artículos seleccionados bajo los siguientes acápites que reflejan las principales discusiones que se han desarrollado en la Maestría de Género y Desarrollo en los veinte años de su existencia:

1. Derechos sexuales, derechos reproductivos y políticas públicas
2. El aborto
3. Maternidades en disputa
4. Violencia sexual, derechos sexuales y derechos reproductivos

Derechos sexuales, derechos reproductivos y políticas públicas

Lola Valladares analiza los discursos sobre los DSDR de quienes participaron en la Asamblea Constituyente de 1998, la cual introdujo una ruptura con respecto al periodo anterior, ya que estos derechos se convirtieron en norma constitucional. Para la autora, lo disputado fue la ciudadanía de las mujeres pues al relacionarla con la sexualidad posibilitó el tránsito de esta desde lo privado hacia lo público. Al separar la sexualidad de la reproducción e incluirla dentro de los derechos humanos se cuestiona lo biológico y el rol materno como destino, y se reivindica el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres sobre su cuerpo y participar de forma equitativa en los espacios públicos. Sin embargo, según la autora, resultó un debate arduo y el tema fue tratado por muchos asambleístas desde una posición moral y religiosa. En ese sentido, la oficialización de los DSDR y su reconocimiento como parte de la ciudadanía de las mujeres coexistió con mensajes sexistas sobre el supuesto destino único de las mujeres: la reproducción.

A pesar de que a partir de la Revolución Liberal de 1895 el Estado ecuatoriano se proclamó laico separándose de la Iglesia, esta sigue teniendo injerencia en la vida política del país, tal como lo evidencia el artículo de

Viviana Maldonado sobre los debates en la Asamblea de 2008. Desde una perspectiva filosófica, esta autora analiza los discursos desplegados sobre el aborto por las Iglesias cristianas, especialmente la Iglesia católica, cuyos representantes de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana fueron los principales protagonistas en el proceso de la Asamblea Nacional Constituyente de 2008. Los argumentos de la defensa de la vida, la familia y el matrimonio constituyeron los pilares de los pronunciamientos, comunicados, marchas y entrevistas otorgadas por los prelados y voceros de las Iglesias cristianas, así como también por los grupos fundamentalistas de laicos comprometidos y de ciertos periodistas, editorialistas y personajes políticos. La autora observa que las autoridades del gobierno del exmandatario Rafael Correa (2007-2017) se alinearon con la cúpula de la Iglesia católica en su cruzada contra el aborto.

Por su parte, Diego Paz examina las políticas de educación en sexualidad a partir de 1998, año en que la educación sexual se formalizó como política pública hasta 2017. En su análisis muestra que, en principio, las políticas respondieron a un enfoque higienista de la sexualidad con contenidos vinculados a lo biológico y dirigidos, principalmente, a la prevención del embarazo en la población joven; luego, en 2011, se estableció la ENIPLA, una política enfocada en los derechos humanos, que duró poco tiempo, hasta fines de 2014, año en que fue reemplazada por el Plan Familia, centrada en la moral y la abstinencia. Paz argumenta que, si bien el cambio de las políticas públicas en sexualidad se justificaba por la necesidad de disminuir las tasas de embarazo en la adolescencia que constituía un problema social, el cambio obedecía a cómo entendían la sexualidad quienes tomaban las decisiones y al modelo de desarrollo que adoptaba el país en determinada etapa.

El aborto

En las “Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social”, Cristina Rosero explora las relaciones entre el aborto, la clase social y la soberanía del cuerpo al analizar las trayectorias de la vida sexual de 16 jóvenes que

decidieron interrumpir sus embarazos. Estas mujeres accedieron a variadas ofertas para abortar: los servicios públicos, los consultorios privados, los de las ONG a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los que la autora denomina como servicios múltiples.

El estudio de Rosero evidencia que no hay una relación directa entre servicios seguros y la atención humanizada. Lo crucial, en su opinión, no es ni el nivel de ingresos ni el nivel educativo formal (capital económico y cultural), sino el contacto con agrupaciones feministas y ONG que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos (capital social). Este capital, sumado al cultural que pueden obtener al contar con conocimientos e información previa relativa a sus derechos, puede configurar un capital político que posibilita, a quienes deciden interrumpir sus embarazos, tener conciencia de la autonomía y la soberanía sobre sus cuerpos. En ese sentido, la manera en que se configura su decisión y la forma en que se accede a un determinado servicio tiene incidencia sobre la salud sexual de las mujeres y sobre la percepción futura de sus vidas con respecto a su decisión.

Por su parte, María Rosa Cevallos analiza cómo las prácticas del aborto se mueven entre los límites de los derechos sexuales y reproductivos y los castigos sociales. Con base en las trayectorias de abortos provocados que llegaron a la Sala de Legrados de una maternidad pública, en una etapa anterior a la expedición del Código Orgánico Integral Penal (COIP) –en 2014–, descubre que, si bien estas mujeres fueron atendidas, se les sometió a varias estrategias sutiles de disciplinamiento y castigo. Entre estas estuvo el silencio y mantenerlas desinformadas sobre su estado de salud, la maternización como castigo (mostrarle los fetos ya sea a través de los ecos, o físicamente, no suministrarles medicinas que podían aliviar su dolor), la inducción del sentido de culpa cristiano y el autojuzgamiento por haber tenido relaciones sexuales. Aunque en las entrevistas, estas mujeres muestran su sentido de responsabilidad frente al “deber maternal”, pues no podían asumir el cuidado de más descendencia, fueron tildadas de “malas madres” y como tales se les aplicó sanciones morales.

Maternidades en disputa

En un estudio etnográfico, Soledad Varea se refiere al embarazo adolescente tomando en cuenta, sobre todo, el papel de la agencia, la decisión de las adolescentes alrededor de la maternidad, de un “deseo consciente o inconsciente de ser madres debido a su exclusión de la vida pública en el país”, de una desatención por parte del Estado, porque si no son madres, se pregunta Varea, ¿las adolescentes existirían para el Estado? También ve esta problemática como parte de los cambios de roles que se producen en el interior de las familias y que dan lugar a la conformación de familias diversas como las “bricolaje”, hogares desordenados que cambian de manera permanente, con miembros reemplazantes que vienen y van y que no responden al modelo de las familias nucleares heterosexuales.

Varea considera que la maternidad adolescente es también la consecuencia del incremento de violencias sexuales como el incesto, y del abuso sexual de las niñas a quienes se les asigna el rol de madres a pesar de que no quieren. Al analizar estos aspectos, que el Estado y los funcionarios encargados de las políticas para disminuir el embarazo adolescente no han logrado comprender, Varea enfatiza en la necesidad de profundizar en las causas de esta problemática y de aplicar políticas más acordes con nuestra realidad.

Patricia Baeza explora el proceso de atención del parto en una comunidad indígena de la provincia de Chimborazo. Caracteriza los puntos álgidos que visibilizan la pugna entre la atención comunitaria y la de los centros de salud pública en los que las indígenas sufren muchas veces discriminación y violencia. Su propósito es analizar cómo el parto comunitario ha sido construido culturalmente en cuanto a la alternativa más viable y acogedora para las mujeres indígenas de los sectores rurales. Sin embargo, pese a que se respeta el proceso natural del parto, de que existe un acompañamiento familiar a la parturienta, y de que así se produce una atención más humanizada, no tiene capacidad de resolver la mortalidad materno infantil. La autora encuentra que los dos tipos de atención conducen a un mismo resultado: los altos índices de mortalidad materno infantil en la población indígena rural.

Paulina Quisaguano, por su parte, analiza las prácticas y discursos sobre el Parto Culturalmente Adecuado (PCA) o parto vertical en el Hospital de Otavalo, que fue implementado en 2008 como parte del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. En este proceso, en el que confluyeron las propuestas del movimiento indígena y de varias actoras y actores de la sociedad civil y de las instituciones del Estado, las parteras indígenas recibieron capacitaciones impulsadas por el Ministerio de Salud y organismos internacionales para identificar los riesgos obstétricos y evitar las muertes maternas. Además, con la certificación de parteras calificadas recibieron un carné de identificación para poder ejercer su labor en el hospital.

Quisaguano demuestra que, para el Estado, lo fundamental era la disminución de las cifras de mortalidad materno infantil, que eran muy altas en la provincia de Imbabura. Evidencia cómo mujeres y parteras indígenas enfrentaron diversas contingencias en las pequeñas y mal equipadas salas del PCA. Con respecto a las salas de los partos horizontales, se establecen relaciones de poder y legitimación entre los médicos y las parteras, quienes no reciben remuneración por su labor. Muestra que para los sectores indígenas y, de manera especial, para las parteras, esta política se convirtió en una lucha de significados a favor del reconocimiento de los saberes tradicionales sobre el parto, que cuestionaban los discursos y los espacios dominantes de las concepciones occidentales de la salud.

Violencia sexual, derechos sexuales y derechos reproductivos

Al hablar de la violencia sexual, uno de los temas relevantes y de gran vigencia en la actualidad es el de la “deshomosexualización”. Annie Wilkinson analiza estas prácticas en los centros de rehabilitación en Ecuador, prácticas forzadas, clandestinas e ilegales que tienen como objetivo “curar” a las personas LGBTI. Su artículo se enfoca en el trabajo de campo realizado en 2012, que incluía visitas a doce centros de cuatro provincias, testimonios y entrevistas en profundidad a directores y clientes de los centros y una revisión extensa de documentos y materiales públicos.

La mayoría de los centros que visitó no eran profesionales, sino los llamados “centros nazis” cuyas características son combinar el encierro (ya que la mayor parte de personas son llevadas a la fuerza o engañadas) con la aplicación de la “garroterapia”, una forma de maltrato tomado por terapia que puede incluir hasta la tortura física o psicológica con énfasis en el castigo.

Wilkinson documenta la fundamentación de estas prácticas en la premisa de que la homosexualidad se puede y se debe cambiar y la creencia de que es una adicción o un pecado. Los casos analizados evidencian gran resistencia y mucho dolor. Los centros de rehabilitación, nos dice la autora, no han producido el cambio que buscan: el sujeto del “homosexual curado”. Más bien, el “homosexual curado” funciona como una figura biopolítica, a través de la cual se ejerce el poder disciplinario. Así mismo funciona como una mercancía, y tras la relación de compra-venta de este supuesto “servicio”, se oculta una grave violación de los derechos humanos.

Desde otra perspectiva, María Fernanda Porras analiza cuatro casos de incesto, y nos aproxima así a una de las más complejas formas de violencia sexual y de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes. Con una mirada centrada en el análisis de los discursos familiares y de los actores del sistema judicial, la autora evidencia que en ninguno de los casos estudiados se utilizó el término “incesto” para identificar el tipo de delito cometido, lo cual oculta y minimiza las consecuencias para las víctimas.

Porras caracteriza el incesto como una práctica abusiva, invisibilizada y naturalizada en el discurso familiar y legal mediante las siguientes figuras: el padre como “proveedor fuera de sospecha”, la madre “luchadora por la unidad familiar”, los “testigos silenciosos” quienes conocen los hechos, pero no se atreven a exponerlos, y las víctimas, consideradas como “malintencionadas y culpables de la disolución familiar” cuando, al contrario, todos sus derechos fueron vulnerados. Ellas son obligadas a tener relaciones sexuales que en algunas ocasiones resultan en embarazos no planificados; forzadas a ser niñas/madres, desertan del sistema educativo y sus proyectos de vida se ven afectados. La autora concluye que el incesto debe ser

tipificado como delito sexual por las graves consecuencias que acarrea a las víctimas quienes quedan en estado de total indefensión porque dependen económica y afectivamente del agresor y porque se mantienen en el entorno familiar, con lo cual las violaciones se repiten.

Por último, el libro cierra con el artículo de Mercedes Prieto, quien dirigió las tesis que sirvieron de base a algunos artículos de esta compilación, y que presenta una reflexión teórico-metodológica sobre lo que denomina la etnografía del hacer y el caminar como una coproducción del conocimiento. A partir del estudio sobre las maternidades y sexualidades en Quito, por un lado, y en comunidades quichuas serranas del Ecuador, por otro, explora la interfaz entre mujeres diversas e instituciones de salud para trazar las rutas, huellas y negociaciones de las maternidades. La autora argumenta que la etnografía del hacer y el caminar no solo da cuenta de la manera en que se instituyen y viven las maternidades y sexualidades, sino de las tensiones, negociaciones y disrupciones que coexisten con una suerte de maternidad y sexualidad heterosexual, forzada por un modelo biomédico y ético encarnado en las instituciones de salud.

Referencias

- Agudelo, Johana. 2017. *La planificación familiar. Discursos sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX*. Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala.
- CLADEM (Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer). 2005. *Diagnóstico nacional. Derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador. 1998-2003*. Consultado el 5 de agosto de 2019. <https://bit.ly/2k1ed3V>
- Clark, Kim. 1995. "Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)". En *Las palabras del silencio. Las mujeres latinoamericanas y su historia*, compilado por Martha Moscoso, 219-256. Quito: Abya-Yala.
- 2012. *Gender, State and Medicine in Highland Ecuador*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.

- García Jordán, Pilar, y Gabriela Dalla-Corte Caballero. 2006. “Mujeres y sociabilidad política en la construcción de los estados nacionales”. En *Historia de las mujeres en España y América Latina*, dirigido por Isabel Morant, 559-583. Madrid: Cátedra.
- Garriga-López, Claudia Sofía. 2018. “Gender for All: The Political Economy of Transfeminism”. Tesis doctoral, New York University.
- Goetschel, Ana María. 2007. *Educación de las mujeres, maestras y esferas públicas*. Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala.
- Gómez de la Torre, Virginia. 2015. “Informe para la 60ava Sesión del Comité de la CEDAW (16 de febrero al 6 de marzo de 2015) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Ecuador”. Quito, Ecuador.
- Herrera, Gioconda. 2007. “Sujetos y prácticas feministas en el Ecuador”. Documento inédito. Quito: FLACSO Ecuador.
- Human Rights Watch. 2013. *Criminalización de las víctimas de violación sexual*. Estados Unidos.
- León, Magdalena, ed. 1999. *Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*. Quito: FEDAEPS / IEE.
- Maldonado Posso, Viviana. 2009. “Aborto, política y religión en el Ecuador. Un análisis filosófico en la coyuntura de la Asamblea Nacional Constituyente 2008”. Tesis de maestría. FLACSO Ecuador.
- Ruiz, Martha Cecilia. 1999. “Los cambios constitucionales: visiones de sus protagonistas. En *Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*, editado por Magdalena León, 47-68. Quito: FEDAEPS / IEE.
- Salgado, Judith. 2005. “Derechos sexuales en el Ecuador”. Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/2440>
- Taller Comunicación Mujer. 2005. *Discriminación a Mujeres Ecuatorianas en Ecuador en Tribunal nacional de los derechos económicos, sociales, y culturales*. Quito: Taller Comunicación Mujer.
- Varea Viteri, María Soledad. 2015. “Actores del aborto: estado, iglesia católica y movimiento feminista”. Tesis de doctorado, FLACSO Ecuador.
- Yuval-Davis, Nira. 2004. *Género y nación*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Parte 1
Derechos sexuales,
derechos reproductivos
y políticas públicas

Entre discursos e imaginarios: los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998

Lola Valladares

El proceso de elaboración de la Constitución de 1998 derivó en cambios fundamentales en el estatus de la ciudadanía sexual de las ecuatorianas. Fue, sin dudas, un momento de ruptura, pues los derechos de las mujeres se convirtieron en norma constitucional, pero contrastó –y contrasta– con la matriz cultural que justifica la discriminación y la violencia hacia ellas.

En el caso de las mujeres, la ciudadanía es un espacio de disputa que siempre pasa por un cuestionamiento formal a la biología. Así, el proceso constituyente incluyó en sus debates, por una parte, la identificación exclusiva de ellas con su rol materno, de sujeto dócil y débil y, por otra, la reivindicación del derecho a una sexualidad placentera (Vance 1989), al control del cuerpo, a decidir sobre la maternidad y participar, equitativamente, en los espacios públicos de toma de decisiones.

En este trabajo analizo los discursos de los y las assembleístas sobre los DSDR en el contexto de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), a fin de describir sus imaginarios y sus representaciones del “sujeto mujer”. En otras palabras: busco entender el proceso de reconocimiento de los derechos de las mujeres en la Constitución de 1998, tema que ha sido abordado por Rosero, Vela y Reyes (2000) y Natacha Reyes (1999), entre otras.

Si bien en esta reflexión se consideran los trabajos mencionados, tomo el camino del análisis del discurso y sigo la propuesta del feminismo en la crítica al Derecho, hecha por Alda Facio (1992), Alicia Ruiz (2000) y Carol Smart (2000). Esta última considera que el Derecho es un discurso

que crea subjetividades, sujetos con género e identidades a las cuales el individuo pareciera venir atado. Esta estrategia permite entender cómo opera la simbolización de la diferencia sexual en las instituciones, las prácticas sociales y las representaciones culturales y su articulación con la subordinación femenina.

Parto de la crítica a las visiones esencialistas y totalizadoras de la sexualidad (Weeks 1998), definida por Foucault (1996) como un constructo social resultante de la interacción de múltiples factores políticos, sociales, económicos, culturales y subjetivos. Siguiendo al propio Foucault (1980, 1995), las relaciones de poder, dominación, resistencia y contestación se establecen a partir de los procesos históricos y dinámicos que se expresan en los sistemas simbólicos, saberes, imaginarios, discursos y prácticas.

Inicio caracterizando el contexto, así como los actores y actoras involucradas. Luego analizo los discursos a partir de las siguientes categorías: DSDR; naturalización de la heterosexualidad; derechos laborales y protección a la maternidad; salud sexual y salud reproductiva (SSSR) y aborto. Con estos elementos argumento que, en el discurso de quienes integran la Asamblea, el reconocimiento de los derechos de las mujeres, más que con de su calidad de ciudadanas, se relaciona con sus funciones biológicas y roles tradicionales.

Contexto, actores y actoras

En 1998, Ecuador atravesaba una crisis social, económica, política e institucional; la situación política era muy inestable a raíz de la caída del presidente Abdalá Bucaram como resultado de una movilización social. El sistema democrático vivía una de sus peores crisis y se produjo una falta de credibilidad en las instituciones políticas y el propio Estado. El ordenamiento legal no respondía a las necesidades del país e imperaba un ambiente de intranquilidad y violencia social.

En noviembre de 1997, por votación popular, se designó a setenta asambleístas, de los cuales solo siete eran mujeres. Quienes conformaron la Asamblea Constituyente tenían la responsabilidad de redactar una nueva Constitución, la número 19 de la historia ecuatoriana. El 20 de diciembre

de 1997, la Asamblea se instaló y designó presidente a Oswaldo Hurtado, exmandatario de la República y perteneciente a la Democracia Popular. Se constituyeron dos bloques: el mayoritario de centro derecha, con la Democracia Popular, el Partido Social Cristiano, el Frente Radical Alfarista y el Partido Liberal Ecuatoriano; y el de centro izquierda, donde confluían la Izquierda Democrática, el Movimiento Popular Democrático, el Partido Roldosista Ecuatoriano (PRE) y el Movimiento Pachakutik-Ciudadanos Nuevo País.

La asambleísta Gloria Gallardo, del Partido Social Cristiano, fue nombrada presidenta de la Comisión de la Mujer, el Niño, la Juventud, la Familia y Grupos Vulnerables. Ella se mostró muy receptiva a la propuesta del movimiento de mujeres y recibió asesoramiento del CONAMU. Precisamente, entre los actores sociales que demandaban transformaciones, estaba el movimiento de mujeres en la diversidad de expresiones que había acumulado durante las experiencias organizativas y logros políticos en procesos como la aprobación de la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, en 1995, y la amplia participación en la movilización que llevó a la caída de Bucaram, en 1997.

En el ámbito internacional, se habían producido avances importantes en los derechos de las mujeres, especialmente en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Mundial Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Asimismo, Ecuador había ratificado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

La mayoría de las expresiones diversas del movimiento de mujeres y feminista formularon una propuesta común, articulada a los compromisos internacionales, lo cual unido a un proceso intenso de movilización, abogacía y diálogo político tuvo como corolario la aprobación de 34 de las 36 normas propuestas a la Asamblea (Coordinadora Política de Mujeres, Foro Permanente de la Mujer Ecuatoriana y CONAMU 1998).

Los ejes fundamentales de la propuesta fueron la vigencia plena de los derechos humanos de las mujeres: civiles y políticos –incluidas medidas de

acción afirmativa– económicos, sociales y culturales; y la eliminación de todo tipo de discriminación y violencia. Los DSDR se formularon articulados y relacionados con la no discriminación por la orientación sexual, el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la reproducción, y el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Entre las organizaciones que confluyeron en el proceso constituyente estuvieron: Coordinadora Política de Mujeres, Foro Permanente de la Mujer Ecuatoriana, Feministas por la Autonomía, Movimiento de Mujeres de Guayaquil, Mujeres por la Democracia, Mujeres Luchando por la Vida, Coordinadora de Salud y Género, Frente Democrático de Mujeres y Movimiento de Mujeres de Pichincha apoyadas por la CONAMU, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Otro de los actores que intervino fue la Iglesia católica. Natacha Reyes (1999, 214) relata que supo de una carta enviada por la Conferencia Episcopal Ecuatoriana a la Asamblea, en la cual se les solicitaba a los asambleístas tener cuidado al aprobar ciertos derechos; entre líneas se leía que “se referían a aquellos relativos al derecho de tener o no hijos”. No me detengo específicamente en los discursos de tal actor, sino que anoto algunas observaciones sobre cómo la pertenencia religiosa influye en los discursos, imaginarios y representaciones que sobre el sujeto mujer vierten los y las asambleístas.

Los discursos sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos

La relación sexualidad-ciudadanía constituye un aporte significativo del feminismo, que ha posibilitado el traslado de la sexualidad y la reproducción de lo privado a lo público, una de las dimensiones fundamentales en el proceso de construcción de la ciudadanía de las mujeres. Los derechos sexuales se fundamentan en la autodeterminación para el ejercicio de la sexualidad, en sus dimensiones físicas, emocionales y espirituales, no ligada necesariamente a la procreación. Mientras que los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de la potestad de decidir libre y de manera informada sobre la vida reproductiva, ejercer el control voluntario y seguro

de la fecundidad (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas 1999).

La autodeterminación en el ejercicio de la sexualidad y el control de la fecundidad tienen una relación directa con derechos humanos básicos, como el derecho a la vida, la igualdad, la integridad personal, la libertad para decidir y la igualdad de acceso a los medios para ejercerlos. El titular de los DSDR no es un sujeto universal u homogéneo, hombre o mujer; es, más bien, un agente múltiple, de construcción compleja e identidad plural.

El tema fue tratado por muchos asambleístas a partir de una posición moral y religiosa. La sexualidad fue considerada “un peligro” que demandaba el establecimiento de reglas orientadas a restringirla y controlarla en el marco de instituciones sociales como el matrimonio, la heterosexualidad, la familia, la monogamia y la sexualidad con fines reproductivos. El temor principal radicaba en que los DSDR pudieran afectar el “rol materno de las mujeres” y facilitar el aborto.

Fueron pocas las voces que abordaron los DSDR desde un enfoque de derechos. Pero tanto al defender la aprobación, como al oponerse, prevaleció un imaginario de las mujeres-madres, sujetos de protección, víctimas y vulnerables; no se les reconoció como ciudadanas y sujetos de derecho. Por ejemplo, Jacinto Kon decía:

Yo respaldo los derechos sociales de la mujer, su derecho al amor, a la maternidad, a ser amadas, porque ese es el derecho feminista. Pero la participación política, tiene que ganarse en las urnas, con iguales derechos y consideraciones que tenemos los varones (Acta de la Asamblea 70, 31).

En los debates fueron muchos los silencios, confusiones y planteamientos poco fundamentados, además las discusiones estuvieron influenciadas por coyunturas y negociaciones de otros “derechos más importantes”. Los derechos sexuales quedaron subsumidos a los derechos reproductivos, los cuales además se reconocieron equivocadamente como parte del derecho al trabajo. Una muestra de esta incompreensión fue la expresión de Ángel P. Chávez, en uno de los debates, cuando dijo: “es importante que la Constitución recoja términos de fácil comprensión. Lamentablemente cuando

se ha preguntado qué comprende esto de los derechos reproductivos, no ha sido posible tener una explicación satisfactoria” (Acta de la Asamblea 70, 18).

En los discursos de los asambleístas son visibles los imaginarios y las construcciones anclados al género, la sexualidad y la reproducción. En tal sentido, se consideró a las mujeres como las únicas responsables de la reproducción. Así en lo que respecta al tratamiento del derecho a decidir sobre el número de hijos, el asambleísta Rodrigo Cisneros planteó:

el Estado garantiza el derecho no de las personas, tiene que ser el derecho de la mujer a decidir el número de hijos que quiera tener (...) por mucho vínculo matrimonial que exista, la mujer es la que tiene que tomar la decisión si desea el embarazo (...) porque solo ella se embaraza, el hombre no se embaraza jamás, por lo tanto, en ese terreno no existe igualdad de derechos y oportunidades (Acta de la Asamblea 69, 207).

En este punto vale retomar la noción de Smart (2000): el Derecho crea sujetos con género, con subjetividades, identidades... y roles que atan al sujeto mujer a la reproducción dándole una responsabilidad social. En un texto alternativo sugerido por Patricia Naveda se otorgaba mayor autonomía a las mujeres:

Se propugna la maternidad responsable, el Estado garantiza a la mujer el derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que pueda procrear o adoptar y el compromiso de la pareja para mantener y educar (Acta de la Asamblea 69, 211).

Este discurso ratifica lo que Haydee Birgin (2000) considera como el derecho a disponer del propio cuerpo, el primero de los llamados “derechos naturales” ligado a la condición de humanos, desde los derechos a la vida y la libertad. Ese marco general hace posible la reivindicación de los DSDR de las mujeres desde la noción de la titularidad del derecho, por ser “humanas”.

La naturalización de la heterosexualidad en los discursos

Ya en la Asamblea Nacional Constituyente de 1998 surgió el planteamiento de reconocer y proteger las distintas formas de núcleos familiares como unidades basadas en la igualdad de derechos y oportunidad de sus integrantes. No obstante, Ricardo Noboa, apelando a esa heterosexualidad naturalizada, se opuso argumentado:

Yo no conozco otro núcleo familiar que no sea el matrimonio entre un hombre y una mujer. El artículo debe suprimirse, porque al manifestar que se protege y se alienta la formación de otros núcleos familiares, podría entenderse que la Constitución ecuatoriana está alentando, en Ecuador, la formación de hogares de personas del mismo sexo, la formación de harenes como forma de organización de núcleos familiares; y, por lo tanto, estaríamos promoviendo desde la Constitución la degradación de la familia (Acta de la Asamblea 57, 6).

En el mismo sentido, Alfredo Vera señaló que la intención no era “estimular las parejas anormales del mismo sexo” (Acta de la Asamblea 57, 7). En otro de los debates relacionados con el derecho a la igualdad y no discriminación, que incluyó la orientación sexual, hubo también voces contrarias, como la de Marcelo Santos:

Creo que la redacción podría llevarnos a equívocos peligrosos (...) podríamos abrir las puertas para que se reclame el derecho al matrimonio entre homosexuales, la libertad de adopción entre parejas de homosexuales (Acta de la Asamblea 46, 33).

Estos discursos muestran un imaginario de “normalidad sexual” a partir de la matriz heterosexual que tradicionalmente ha visto a la homosexualidad como patología, transgresión, degeneración, delito y por tanto una justificación para la discriminación. La discriminación se expresa al plantear el temor de que con esta norma se abra la opción al matrimonio y la adopción por parte de parejas homosexuales.

El bien jurídico protegido es la familia nuclear heterosexual constituida a través del matrimonio que legitima la unión sexual y la procreación. Las normas de protección a la familia nuclear heterosexual terminan por incentivarla, desprotegiendo otras formas de relación de pareja que carecen del carácter fundacional del modelo hegemónico legitimado por la Constitución. Nina Pacari defendió este derecho indicando que no le parecía peligroso reconocer la no discriminación por orientación sexual y que esta era una de las propuestas más demandadas por la sociedad civil y las organizaciones de mujeres (Acta de la Asamblea 46, 41-42).

Derechos laborales y protección a la maternidad

Una parte importante en la discusión fue la relación directa que establecieron los y las asambleístas entre el derecho al trabajo, la protección a la maternidad y los derechos reproductivos. Así, en la discusión sobre el artículo 50 referido al derecho al trabajo para las mujeres, se añadió el respeto a sus derechos laborales y reproductivos (Acta de la Asamblea 70, 18). Al respecto, Ángel P. Chávez comentó:

En el fondo, se trata de proteger a la madre gestante y en período de lactancia, frente al abuso o incompreensión del empleador que, en un momento determinado, podría atentar contra los derechos laborales de esa mujer... Aparte del permiso por maternidad y algunas normas en materia de seguridad laboral, no existen disposiciones expresas que precautelen ese derecho de la madre trabajadora (Acta de la Asamblea 70, 18).

Gloria Gallardo mencionó:

En el art. 50, nos estamos refiriendo exclusivamente a derechos laborales porque tenemos que defender y sobre todo yo soy mujer, madre y he sufrido en carne propia lo que significa trabajar embarazada, tener que someterse a períodos de lactancia y sufrir en carne propia la presión de mi jefe para que regrese lo más pronto posible; y muchas veces, por no perder el trabajo, las mujeres tenemos que romper el período de lactancia (Acta de la Asamblea 70, 25).

Sus palabras denunciaban una situación de discriminación y desigualdad. También Nina Pacari y Patricia Naveda anotaban la importancia de la presencia de las mujeres en el mercado laboral y de respetar su maternidad sin discriminación (Acta de la Asamblea 70, 12-16).

Estos discursos presentan algunos imaginarios comunes: se caracteriza a las mujeres como reproductoras y vulnerables, entonces se busca protegerlas a partir de esa “función”. Hay una confusión entre lo que son derechos laborales y derechos reproductivos: en los primeros, el bien jurídico protegido es el trabajador como sujeto de derechos, mientras que en los segundos, es la capacidad de decidir sobre la reproducción. Las asambleístas recurrieron a un discurso defensivo que actúa en un contexto político adverso fundamentado en la exaltación de los “roles femeninos tradicionales”.

De la salud sexual y salud reproductiva a los discursos sobre el aborto

Solamente Nina Pacari y Gloria Gallardo se pronunciaron sobre la SSSR durante la discusión del derecho a la salud. Nina Pacari argumentó adecuadamente compartiendo definiciones útiles para un marco de interpretación, pero sus palabras no tuvieron eco, su discurso sonó distante, dicho desde los límites, a contracorriente de la dinámica de negociación y cabildeo que imperaba en la Asamblea y que tenía otras prioridades. Así se expresó:

El derecho a SSR no es algo nuevo, ha venido tratándose en convenios internacionales. De todas maneras, sí valdría preguntarnos: ¿qué son los DSDR? El actual concepto DSDR abarca los siguientes derechos: a la SSR como componente de la salud en general, a lo largo de toda la vida; el derecho a la adopción de decisiones en cuestiones reproductivas, incluidas la elección del cónyuge, la opción en materia de formación de la familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos, así como el derecho a información y a los medios de ejercer esas opciones (Acta de la Asamblea 70, 13).

Por su parte, Gallardo aseveró:

(...) generalmente los caballeros, cuando se habla de salud reproductiva, realmente no tienen conciencia a fondo de lo que eso significa... salud reproductiva no solo se refiere a la ausencia de enfermedades y dolencias, es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva significa la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y decidir libremente hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y planificar la familia a su elección... ¿Cuántas mujeres mueren por embarazos mal tratados, embarazos precoces, abortos desesperados? Muchísimas, precisamente por no tener información... ¿cuántas mujeres mueren por cáncer al útero, por cáncer de mama, que son perfectamente prevenibles si existe la adecuada información y el acceso directo a estos servicios? Creo que este tema no merece que se lo tome con risas o se crea que es una conquista femenina o feminista. La SSR que implica que la niña y la mujer conozcan su cuerpo y tengan el derecho a decidir sobre él, a planificar su familia y no ser víctima, como es hoy, de la desesperación para atentar contra su propia vida, para atentar contra el derecho más hermoso que tiene una mujer de su condición de madre (Acta de la Asamblea 52, 103).

Aunque Gallardo ofreció una explicación bien fundamentada sobre la salud sexual y reproductiva, construyó su discurso en torno a una “esencia o especificidad” de lo femenino fundamentado en la mujer-madre. Su argumentación no suscitó reflexión ni adhesión, incluso motivó burlas. Lo anotado evidencia la forma periférica en que fue tratado el tema, y nos lleva a otro de los tópicos que generó discusiones: el aborto.

En la Asamblea prevalecieron los enfoques condenatorios al aborto y el desconocimiento de la situación de las mujeres y sus derechos, respaldado por patrones sexistas, una de cuyas peores expresiones es la maternidad forzada. Se supone que el cuerpo femenino está hecho para la maternidad y, por tanto, debe existir una reglamentación legal que le impida salirse de esos márgenes; uno de esos recursos es la penalización del aborto. Como sostiene María Ladi Londoño (1996, 188): “*los gobiernos que criminalizan*

el aborto son doblemente responsables, tanto por obligar la maternidad como por impedir que se den condiciones adecuadas para interrumpir un proceso gestacional indeseado o inoportuno” [cursivas del texto original].

Consecuentemente, no se protege a la mujer, como titular de derechos, sino a la mujer-madre. Los discursos tenían como argumentos recurrentes el control y la represión del ejercicio de la sexualidad de las mujeres y su posibilidad de elección. Por ejemplo, al analizarse el artículo 50, Ricardo Noboa solicitó que se señale si al decir que

se respetarán sus derechos laborales y reproductivos para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, se está facilitando que una mujer pueda interrumpir el proceso de gestación del embarazo con la finalidad de mejorar sus condiciones de trabajo, debido a las complicaciones que eso demanda (Acta de la Asamblea 70, 9).

Gloria Gallardo respondió a favor de los DSDR, aunque finalmente se declaró contraria al aborto.

Los DSDR son los más humanos de la persona, porque tienen que ver con la mujer, con la capacidad de dar vida, con la capacidad de garantizar su vida; de evitar muertes prematuras por falta de información. La garantía que tiene que darse para que el Estado dé la información en torno a la planificación familiar, las enfermedades que pueden ser prevenidas, en torno a los embarazos precoces que pueden precisamente producirse por falta de información (...). Los DSDR tienen que ver con puntos fundamentales: el derecho a la vida; y aquí hemos garantizado en el capítulo de la niñez y adolescencia el derecho a la vida de los niños desde su concepción, defendemos el derecho a la vida de los niños y de la madre (Acta de la Asamblea 70, 10-11).

Juan Castanier, como médico, defendió la aprobación de los derechos reproductivos, pero con la premisa de que en ningún caso posibilitarían el aborto impune.

Como médico y desde el punto de vista de mi concepción de los derechos reproductivos, creo que no tiene por objeto abrir la puerta a un aborto, sino todo lo contrario, al posibilitar el derecho a un embarazo sano, a un parto atendido y controlado a un puerperio saludable, a la crianza de

sus hijos, a la educación sexual, a la planificación familiar, más bien está preservando la maternidad en todos los órdenes. Entonces, estimo que el mantener el artículo como está concebido, más allá de una aspiración, no solo de los movimientos de mujeres que han trabajado en esto, debe ser una aspiración de la sociedad entera (Acta de la Asamblea 70, 17-18).

La asociación del aborto con el rol maternal de las mujeres produce mayor vulnerabilidad en las posiciones que pudieran estar a favor, frente a posiciones defensivas que ven en los derechos reproductivos un riesgo o una amenaza, y a la naturaleza femenina como esencia a partir de la relación sexualidad-reproducción-naturaleza. También se observa ambigüedad y contradicción en Gallardo que, a pesar de ser una aliada de los derechos de las mujeres, frente al aborto se pronunció contraria, fundamentando su posición en consideraciones religiosas y morales. De ese modo, los discursos sobre el aborto reproducen el “carácter represivo y reaccionario contra la autonomía femenina” (Londoño 1996, 185).

Los derechos sexuales y reproductivos: entre discursos e imaginarios

Al identificar los imaginarios y representaciones del “sujeto mujer” en los discursos de los y las asambleístas sobre los DSDR, en el contexto de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998, se presenta “una especie de contienda verbal entre quienes se mantienen en posiciones tradicionales contrarias al reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos” (Valladares 2003, 118), y quienes en efecto defienden la necesidad de que estos se reconozcan. Así, la oficialización de los DSDR coexiste con mensajes sexistas sobre el supuesto destino único de las mujeres hacia la reproducción, por lo cual estos derechos son inalienables, en principio, aunque sistemáticamente violados.

En el contexto de la Asamblea, el reconocimiento de los DSDR fue tratado a partir de una posición política y moral que consideró peligrosa la sexualidad, lo cual sugiere la necesidad de establecer reglas legales e instituciones sociales que la controlen y legitimen según el caso. Al analizar las

diversas imágenes discursivas y representaciones del sujeto mujer, se comprobó que el reconocimiento de los derechos de las mujeres no deviene de una conceptualización explícita de su calidad de ciudadanas; más bien, obedeció en gran medida a la apología de sus funciones biológicas y roles tradicionales, lo cual también implica la creación de determinados sujetos con un género y por tanto con unas características específicas.

Las representaciones e imaginarios como definidores del discurso (Rodrigo-Mendizábal 1999) describen a las mujeres con sentidos recurrentes: como madres-esposas, víctimas, heroínas sacrificadas, vulnerables, marginadas, do-lientes, cuya sexualidad debe controlarse y cuyos derechos deben reconocerse en el contexto de la familia nuclear heterosexual bajo una concepción de tutelaje y protección. Lo menos argumentado, reitero, fue su ciudadanía. Por ello, considero que las demandas de las mujeres fueron acogidas como resultado de un proceso de negociación y conciliación con el Estado, pero no porque se transformaron los imaginarios y las matrices culturales sexistas.

Los discursos sobre DSDR analizados se posicionan socialmente en un marco complejo de poder y represión, pero a la vez de ejercicio de la ciudadanía, en el que las mujeres también se constituyen en agentes de poder y resistencia. No obstante, se constató que ciertos imaginarios anclados en la atribución de roles diferenciados según el sexo biológico y las relaciones de poder jerárquicas entre hombres y mujeres orientaron la forma de elaborar las normas jurídicas. Sobre este obstáculo deberían poner las miras quienes aspiran y luchan por la reivindicación de los derechos de las mujeres, en general, y de los DSDR, en particular.

Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. 1998. *Actas de la Asamblea Nacional de 1998*. Quito.
- Birgin, Haydée. 2000. *El derecho en el género y el género en el derecho*. Argentina: CEADEL / Editorial Biblos.
- Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. 1999. *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Nueva York.

- Coordinadora Política de Mujeres, Foro Permanente de la Mujer Ecuatoriana y CONAMU (Consejo Nacional de las Mujeres). 1998. *Nosotras en la Constitución: propuestas de las mujeres ecuatorianas a la Asamblea Constituyente*. Quito, enero.
- Facio, Alda. 1992. *Cuando el género suena, cambios trae: metodología para el análisis de género del Fenómeno Legal*. Costa Rica: ILANUD.
- Foucault, Michel. 1980. *Microfísica del poder*. 2.^a ed. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- 1995. *La verdad y las formas jurídicas*. 4.^a ed. Barcelona: Editorial Gedisa.
- 1996. *Historia de la Sexualidad*. México: Siglo XXI Editores.
- Ladi Londoño, María. 1996. *Derechos Sexuales y Reproductivos: los más humanos de todos los derechos*. Cali, Colombia: ISEDER.
- Reyes, Natacha. 1999. *Hombres públicos, mujeres privadas*. Quito: Corporación Editorial Eskeletra.
- Rodrigo-Mendizábal, Iván. 1999. “Del análisis del contenido al análisis del discurso: aspectos metodológicos en relación a la etnometodología”. En *Análisis del discurso social y político*, T. A. Van Dijk e Iván Rodrigo-Mendizábal, 104-169. Quito: Abya-Yala.
- Rosero, Rocío, María Pilar Vela, y Ariadna Reyes. 2000. *De las demandas a los derechos: las mujeres en la Constitución de 1998*. Ecuador: Foro Permanente de la Mujer Ecuatoriana / CONAMU / Embajada Real de los Países Bajos.
- Ruiz, Alicia, comp. 2000. *Identidad femenina y discurso jurídico*. Buenos Aires: Biblos.
- Smart, Carol. 2000. “La teoría feminista y el discurso jurídico”. En *El Derecho en el género y el género en el Derecho*, compilado por Haydée Birgin, 31-71. Buenos Aires: Biblos.
- Valladares, Lola Marisol. 2003. “Entre discursos e imaginarios: los derechos de las mujeres ecuatorianas en el debate de la Asamblea Nacional de 1998”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador.
- Vance, Carol. 1989. “El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad”. En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, compilado por Carol Vance, 9-50. Madrid: Revolución.
- Weeks, Jeffrey. 1998. *Sexualidad*. México: Paidós.

En torno al aborto: cuerpos y sujetos de la moral político-religiosa*

Viviana Maldonado

La discusión sobre el aborto cruza, necesariamente, por la visión que tienen las Iglesias cristianas sobre las mujeres, concretamente, sobre su posición y condición de género, que están determinadas desde su cuerpo y sexualidad. Esta visión ha marcado a las sociedades occidentales y también a las sociedades híbridas como las latinoamericanas.

El objetivo de este texto es analizar, desde una perspectiva filosófica, los discursos desplegados sobre el aborto por las Iglesias cristianas, especialmente por la Iglesia católica, cuyos representantes de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana fueron los principales protagonistas del proceso de la ANC de 2008. De manera particular, me interesa desmontar los discursos en torno al aborto y a la posición de incluir en el texto de la Constitución el derecho a la vida sin ninguna excepción.¹ No solo abordo la retórica sobre los grupos de atención prioritaria “niñas, niños y adolescentes”, sino también y, sobre todo, los derechos fundamentales.

Esa argumentación sostiene que el poder siempre requiere de cuerpos controlados a fin de garantizar la producción de los procesos económicos y simbólicos; para ello, en un orden de poder y saber, teje alianzas estratégicas como la que se da entre la política y la moral cristiana. Los gobernantes de Ecuador no quedaron fuera de esta realidad; en el momento en que

* Este artículo es parte de la tesis de maestría de Viviana Maldonado en FLACSO Ecuador, 2002.

¹ El derecho a la vida sin ninguna excepción hacía referencia al Código Penal ecuatoriano que colocaba dos excepciones para que una mujer acceda al aborto legal: 1) cuando está en peligro la vida de la mujer (aborto terapéutico), y 2) cuando se trata de una mujer con demencia o retraso mental.

establecieron constituciones y leyes, tomaron en cuenta que la sociedad podía, y debía, ser controlada desde su sexualidad (Foucault 1976) y qué mejor que hacerlo bajo una moral religiosa que, al apelar a los sentimientos, crea culpas sociales y permanentes en quien no acata sus reglas.

Cuando asumió el poder el gobierno del expresidente Rafael Correa, la mayor parte de la sociedad, incluidos grupos sociales y colectivos que han librado luchas por los derechos humanos, creyeron que habían llegado mejores días para que temas importantes y considerados polémicos fueran aceptados. Uno de esos temas fue el aborto, pero a través de este análisis evidencio que no hubo tal cambio y que, al contrario, hasta ahora los poderes estatales siguen creyendo que la mujer es el último eslabón de la cadena de la vida y que aun en su cuerpo resulta necesaria la intervención del Estado, posición que es influenciada por la Iglesia católica.

En las siguientes páginas se observa cómo el gobierno del exmandatario Correa creó una empatía con la cúpula de la Iglesia católica en su cruzada contra el aborto. El discurso de Correa, a ratos, podía ser entendido como parte de las voces que estaban a favor del aborto, sin embargo, siempre desde su particularidad aclaró su posición contraria: él, católico practicante, estaba en desacuerdo con el tema; su visión y la de su bloque se alinearon a la de las autoridades de la Iglesia. Así se evidencia en una de las cartas que su entonces asesor jurídico, Alexis Mera, envió al Legislativo (aunque negara que era de su autoría) y que luego examino como parte de este análisis.

Posiciones y contraposiciones político-religiosas

El filósofo Freddy Álvarez (2008) manifiesta que el cristianismo ha colocado a la mujer en una posición de desventaja y sumisión en la jerarquización que hace de la vida.

El ideal más común es el de colocar a la mujer entre la maternidad y la virginidad. La preponderancia de la mujer como madre y virgen, a pesar de revelar ideales 'trascendentes' nos revela la condición infrahumana en

que la mujer ha sido pensada y ubicada socialmente. En consecuencia, y desde una visión hegeliana podemos afirmar que la condición trascendente oculta relaciones de dominación a las que la mujer ha sido sometida bajo el cristianismo.

La maternidad y la representación corporal de las mujeres a través del modelo de la virgen María construye un arquetipo de la madre devota que no se necesita a ella misma. “La única función que se le permite es el acto de amamantamiento. Ella es modesta, prudente, servil, piadosa, a sí misma se anula y es codependiente” (Thurer 1994, 83).² Las imágenes y simbolismos marianistas se plasman desde los cimientos de las ciudades ecuatorianas. Evocan, en palabras de Julio Tobar Donoso (2006, 146), una “unanimitad cívico mariana” heredada de la Colonia, “bajo el signo de María”, en todos los pueblos y rincones del país, como parte del legado de los reyes españoles “que parecieron columbrar los misteriosos designios de la Providencia sobre nuestro suelo”.

La virgen María constituye una alegoría tan presente en los países de América Latina, que es constantemente expuesta en calles, plazas y casas con un sinnúmero de caracterizaciones. Tobar Donoso (2006, 147) recuerda que “la primera fundación cristiana en el Reino de Quito se hizo el día de la Virgen, el 15 de agosto de 1534. La erección de nuestra ciudad en Obispado se verificó, no bajo la advocación de un santo, sino de María”.

Estas representaciones tienen algunas aristas que el poder va resignificando desde el ejercicio de lo maternal, con ciertas variantes que reinventan otros arquetipos y dispositivos de poder más sutiles. Así, por ejemplo, se representan a las “madres modelo” dentro de los esquemas de la globalización, y se reitera, todo el tiempo, que no hay que olvidar la “esencia materna” a la que se deben las mujeres.

En los acontecimientos públicos sucedidos entre los meses de marzo y noviembre de 2008, en el Ecuador, quienes se hicieron eco, desde la palestra pública-política de estos imaginarios y representaciones cristianas, fueron dos exasambleístas: Roxana Queirolo y Diana Acosta. La primera pertenecía al partido de gobierno –que calza dentro del denominado socialismo del

² Traducción de la autora.

siglo XXI-. La segunda, una abogada del Partido Social Cristiano, de derecha. Aunque tenían tendencias políticas distintas, las unió el lazo religioso que demandaba el cumplimiento de una moralidad cristiana.

El esencialismo se mezcló con estos dispositivos de poder a la hora de mantener y sostener los discursos imperativos de una moral racional, que apeló a la relación madre-hijo desde sus juicios y perspectivas morales, utilizando, para el efecto, la defensa de la vida del nonato considerado humano. Otro discurso que se desplegó paralelamente a la “defensa de la vida” fue la salvaguarda y protección de la familia, concebida como la base fundante de la sociedad y como una institución heterosexista por naturaleza.

El dispositivo de alianza, como Foucault (1976) denomina al matrimonio, es considerado incólume desde la heteronormatividad y la teleología de la procreación.³ De esta manera, la defensa de la vida (no aborto), la familia y el matrimonio constituyeron los pilares de los pronunciamientos, comunicados, marchas y entrevistas otorgadas por los prelados y voceros de las Iglesias cristianas, los grupos fundamentalistas de laicos comprometidos y también de ciertos periodistas, editorialistas y personajes políticos.

Institucionalmente, quien colocó en el debate público constitucional los temas de familia, aborto, sexualidad y matrimonio fue la CEE. De acuerdo con el filósofo Fernando Ponce (2008, inédito):

El punto de vista de la CEE se expresa en la carta que, junto con otras instituciones, dirigió al entonces presidente de la Asamblea Nacional Constituyente el 1 de abril de 2008. Allí hace 28 propuestas, agrupadas en ocho temas: el nombre de Dios, la vida, matrimonio y familia, educación, libertad religiosa, discapacidades, derechos colectivos y sistema económico. Además, el 28 de julio la CEE difundió un comunicado con un primer análisis de la Constitución propuesta, con el cual precisa, pero no agota su parecer.

³ El papa Benedicto XVI expidió un comunicado subrayando que los anticonceptivos niegan el objetivo del matrimonio que es, en su opinión, tener hijos: “la posibilidad de procrear forma parte de la total entrega de los cónyuges. Si cualquier forma de amor tiende a difundir la plenitud con que se vive, el amor conyugal tiene un modo propio de comunicarse, que es generar hijos” (EFE 2008). Agregó que los métodos naturales “permiten a la pareja determinar los períodos de fertilidad” y ratificó su apoyo al avance de la ciencia en la lucha contra la esterilidad.

Así lo corrobora una nota publicada en el *El Comercio* del 8 de abril de 2008, al señalar que los jefes de la Iglesia católica entregaron al entonces presidente de la Asamblea, Alberto Acosta, un “aporte” a la nueva Constitución. Concretamente, monseñor Néstor Herrera, quien era el presidente de la CEE y obispo de Machala, indicó que la Iglesia hizo una propuesta sobre la defensa de la vida, la familia y el matrimonio entre un hombre y una mujer, la educación de calidad para todos los ecuatorianos, la erradicación de la pobreza y en contra de la corrupción.

La nota periodística recogió la posición de Mario Ruiz, obispo de Portoviejo, en relación con el tema del aborto; el monseñor afirmó que la vida comienza desde la fecundación. “Ese no es un pronunciamiento religioso sino científico, la ciencia tiene que guiar un poco la moral”. Además, añadió que “el óvulo fecundado ya tiene un ADN diverso, del padre y de la madre, así que ya no depende de un credo religioso, depende de la ciencia”.

En esta línea de pensamiento confluyen los discursos teológicos con los científicos, infiriendo que el óvulo fecundado por tener en sí ya el ADN materno y paterno, constituye un ser humano y, por ende, es el “comienzo de la vida que hay que defender” apelando, con ello, a una moral “cívica”. Es importante precisar que estos discursos morales hacen uso de lo que consideran “científico”, sin olvidar que también los discursos científicos se inscriben dentro de un horizonte de pensamiento patriarcal que ha dominado el campo de lo “científico”.⁴ Este fue un elemento estratégico al que acudieron las Iglesias cristianas para decir, por ejemplo, de manera falaz, que “científicamente” está comprobado que una mujer violada no se embaraza y que los nuevos avances en esta materia ya impiden que se ponga en peligro la vida de la madre.

El 9 de julio de 2008, fecha en la que se presentó el texto final de la Constitución, Antonio Arregui, presidente de la CEE, se pronunció indicando:

Hay preocupación y una considerable ansiedad al ver que la Asamblea se ha ido en contra de los sentimientos profundos de la mayor parte de

⁴ La epistemología feminista rescata, por un lado, la necesidad de la discusión científica y, por otro, cuestiona la supuesta “unidad de la ciencia” positivista. De esta manera, “[...] el paradigma del discurso racional –sin dejar de ser problemático– es la discusión moral y política, en vez de la discusión científica”, afirma Sandra Harding (1996) en el libro *Ciencia y Feminismo*.

ecuatorianos. Deja unos textos a favor del aborto y otros que descalifican a la familia. La vida está condicionada al control de la madre, en lugar de que el Estado ayude a las madres que pasan por un embarazo no deseado. Por otro lado, la unión entre homosexuales tampoco puede ser considerada (*La Hora* 2008, 9).

Tales pronunciamientos, según este prelado, estaban

en sintonía con un sentir mayoritario, ajenos a los pronunciamientos y a la propaganda de los diversos grupos políticos, nos apoyamos ahora en el Concilio Vaticano II: “Es de justicia que pueda la Iglesia en todo momento predicar la fe con auténtica libertad, enseñar su doctrina sobre la sociedad y dar su juicio moral, incluso sobre materias referentes al orden político, cuando lo exijan los derechos fundamentales de la persona o la salvación de las almas”. No nos alineamos con nadie, somos los mismos desde hace dos mil años.⁵

Durante el proceso de campaña de la aprobación o no de la nueva Carta Magna del Ecuador, los volantes de las misas dominicales de la Iglesia católica y los mensajes emitidos por algunas Iglesias evangélicas evocaron enérgicamente el llamado a la “defensa de la vida”, de la familia y de Dios en la Constitución. Y la estrategia utilizada, por parte de algunas Iglesias cristianas, fue hacer el llamado público a votar en contra de la actual Constitución, afirmando que esta era abortista o que dejaba abierta las posibilidades para hacer legal el aborto. Sin embargo, Ponce (2008, inédito) precisó que

a la CEE le preocupa que [el] artículo [45] –así como el artículo 66 [...]– deje la puerta abierta para el aborto por la ambigüedad que, en su opinión, lo caracteriza. No dice que la propuesta constitucional sea abortista, sino que podría llegar a serlo porque los artículos se prestan para una lectura a favor o una lectura en contra del aborto. Notemos que este matiz que aparece en el análisis del 28 de julio tal vez resulte para el papel, pero se esfuma en los debates y en las prédicas cotidianas donde la fogosidad suplanta a

⁵ Pronunciamiento sobre el Proyecto Constitucional de la Secretaría General de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, Quito, julio de 2008.

la reflexión. Pero matizado o no, el juicio de la CEE pone al católico ante una disyuntiva fácil de resolver: ¿apoyaría usted una Constitución ambigua respecto al aborto? Saque usted sus propias conclusiones.

Pese a estas precisiones, la disyuntiva supuso una salida fácil desde un punto de vista moral y teológico, pero no desde un punto de vista político, tal como sucedió en el país porque prevaleció la distinción entre las intencionalidades religiosas y las políticas, como analizo más adelante.

Las Iglesias cristianas con el arzobispo de Guayaquil, Arregui, y el pastor evangélico Francisco Loor a la cabeza, realizaron marchas y declaraciones públicas conjuntas.⁶ Sin embargo, se presentaron algunas discrepancias internas con respecto a las posiciones de la cúpula de las Iglesias católica y evangélica. Por ejemplo, el Cuerpo de Ministros e Iglesias Evangélicas no Ecuménicas del Ecuador (CUMIENE), mediante un comunicado, “reiteró que el pastor Loor no representa a toda la Iglesia evangélica” (*El Universo* 2008b) En el interior de la Iglesia católica las discrepancias no se expresaron de manera explícita, posiblemente por el respeto a las autoridades eclesiales.

En materia teológica, cabe precisar que, dentro del catolicismo romano, la Iglesia católica tiene una función legislativa y otra que corresponde al magisterio de la Iglesia. En materia legislativa se dictaminan las leyes de la moralidad que las personas católicas deben seguir, así como sus castigos por infringir estas disposiciones, los cuales se hacen a través de la penitencia o excomunión. El cuerpo legal es el Código canónico, compilado por vez primera por el papa Gregorio VII. En cambio, *magisterium* se denomina a la autoridad que tiene la Iglesia para enseñar las verdades reveladas por Dios y se ocupa de cuestiones relacionadas con la fe y la moral. Como señala Jane Hurst (1993, 8):

Según la doctrina oficial de la Iglesia en nuestros días, la prohibición del aborto no está sujeta al magisterio de la Iglesia. [...] La prohibición del

⁶ Cabe citar la reflexión de Marco Antonio Huaco (2008, 10) sobre este sincretismo político religioso: “El problema con el integrismo católico y con el fundamentalismo evangélico es pretender que su ética de máximos sea la ética de mínimos de todas las personas. Por ello gustamos siempre de remarcar que la laicidad no consiste en ‘la lucha contra el dogma’ sino más bien en la lucha contra toda imposición de dogmas”.

aborto nunca ha formado parte del magisterio de la Iglesia. Mejor dicho, es materia de ley eclesiástica relacionada con la penitencia. Esto significa que, aunque la práctica del aborto da motivo a la excomunión –lo cual es una decisión legislativa–, la base teológica para este castigo todavía no se ha establecido adecuada e “infaliblemente” como enseñanza de la Iglesia.

Dentro de la doctrina de la Iglesia católica se abre una puerta al pluralismo teológico y moral desde la *teoría del probabilismo* que, al decir de Daniel Maguire, ha sido ignorada por la mayoría de feligreses y fieles. Esta teoría, que es parte de la doctrina católica tradicional, se aplica cuando hay una duda acerca de alguna cuestión moral. La situación puede ser perfectamente aplicable al tema del aborto, especialmente porque en el interior de la Iglesia católica no se ha llegado a acuerdos. Esta teoría surge en el siglo XVII como parte de la doctrina teologal frente al crecimiento del protestantismo, que trajo consigo una serie de cuestiones morales que no lograban obtener un consenso riguroso. Por tanto “las personas, comenzaron a preguntarse, en buena conciencia, cuándo podían actuar sobre la base del disenso (es decir, desde un punto de vista progresista)”. En definitiva, “el probabilismo se basa en la idea de que una obligación moral sobre la cual hay dudas no puede imponerse como si fuera cierta. *Ubi dubium, ibi libertas* (donde hay duda, hay libertad) es el principio cardinal del probabilismo” (Maguire 1998, 1).

Con base en estos elementos teológicos “abortar”, como decisión moral, es responsabilidad de cada persona, como parte de ese disenso que le permite la doctrina eclesial. Este disenso se expresó, de manera explícita, en 1974, en la *Declaración del Vaticano sobre el Aborto Intencional*, emitido por la Congregación Vaticana para la Fe, donde el magisterio admitió que la personería del feto no podía ser determinada por la ciencia o la medicina. Es una cuestión puramente teológica, cuestión sobre la que los teólogos no se ponen todavía de acuerdo (Hurst 1993). En tal sentido, abortar sería una decisión individual. Pese a su penalización o regulación legal y moral, las mujeres asumen sus “responsabilidades” como sujetos individuales. Ninguna instancia reguladora o controladora tiene una posición ética colectiva cuando exige y demanda que no se aborte. De ahí puede deducirse que se trata de una decisión privada.

Es importante apuntar que, en 1869,

la mayoría de los teólogos enseñaban que el feto no era un ser humano con un alma humana hasta al menos 40 días después de la concepción, a veces aún más tarde. Por lo tanto, en un aborto practicado antes de los 40 días no se consideraba que se quitaba una vida humana (Hurst 1993, 9).

Incluso San Agustín, uno de los “padres de la Iglesia”, estimaba que el aborto, en las primeras etapas del embarazo, no podría ser considerado como un homicidio. Solamente consideró el comienzo de la vida humana cuando el feto empezaba a crecer ya que previamente no habría un proceso de hominización –momento en que un embrión se convierte en ser humano, es decir, es un sujeto animado o infundido de alma–. “Según la ley, el acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos” (Hurst 1993, 14). Aun Santo Tomás de Aquino insistía en que la animación del feto no ocurría en el momento de su concepción.

La ideología moral de los orígenes del cristianismo se basó en los estoicos y en la doctrina de Aristóteles, en lo que respecta a la procreación de la especie, con la particularidad de justificar la teleología del matrimonio. El matrimonio se convirtió en un imperativo del *debitum*, es decir, de la obligación recíproca que tenían los esposos y, desde el punto de vista moral, en la prohibición de dejarse llevar por la pasión y el erotismo. Sobre todo, el amor en el matrimonio se expresaba a través de “la fecundidad, recato de la mujer y de la madre, dignidad del ama de casa” (Ariès 1987, 181), como rasgos permanentes que se reprodujeron en Occidente hasta el siglo XVIII.

El Concilio de Elvira, en España en el 305 d. C., fue el primero en intentar normar la vida sexual de los devotos. Como parte de la regulación de la sexualidad se incluyó la prohibición del aborto, especialmente cuando este se relacionaba con el adulterio o la fornicación, es decir, cuando peligraba o se cuestionaba la relación entre matrimonio y procreación, y solo para estos casos se reservaba la penitencia. Posteriormente, la teoría de la hominización inmediata va adquiriendo fuerza durante la época medieval y la era premoderna, lo que consecuentemente llega hasta nuestros

días bajo la premisa del “derecho a la vida”, asumiendo que la vida que se defiende es la del ser humano.

Desde tal posición, la Iglesia católica considera que el alma es un acontecimiento no verificable y no es posible ubicarlo o definirlo fácilmente. Por eso, el aborto en cualquier etapa implicaría el riesgo de destruir una vida humana, existencia que ya puede estar determinada por el hecho de poseer alma (Wertheimer 1992, 44). Sobre el tema, Álvarez (2008) señala:

es interesante ver que la bula del Papa Sixto V, que decretaba que estarían sujetos a las leyes y castigos canónicos y civiles todos los que practicaran el aborto en cualquier fase del embarazo, fue anulada por su sucesor Gregorio XIV. Solamente en 1869 el Papa Pío IX condenaba el aborto desde el momento de la concepción, de esta manera se termina la distinción entre feto animado e inanimado. A partir de aquí, todos los Papas posteriores comenzando por León XIII, seguido por Pío XII, el II Concilio Vaticano, y Pablo VI y todas las conferencias episcopales pasaron a condenar el aborto, en cualquier fase del embarazo, excepto en algunas ocasiones cuando la vida de la madre está en peligro.

Tal como apunta Hurst (1993), antes de la época moderna entre los teólogos existía una serie de desacuerdos y posiciones diversas sobre el aborto. Sin embargo, esa situación se transformó especialmente en las últimas décadas, porque se observa “el creciente poder del papado sobre materias pastorales y penitenciales, y la creciente influencia del Vaticano sobre la teología moral. Esta centralización del poder ha tendido a sistematizar las diferentes corrientes sobre el aborto en una posición única e inflexible” (1993, 29).

Como parte de estas posturas inflexibles que adquiere la Iglesia católica, en estos últimos años, las posiciones de la cúpula eclesial del Ecuador, principalmente con el arzobispo Arregui a la cabeza, se desarrollaron bajo la premisa de la “protección a la vida”⁷ y suprimieron o aplacaron

⁷ Las Iglesias cristianas, especialmente la Iglesia católica, plantearon como parte del texto de la Constitución el respeto a la vida desde la concepción hasta la muerte natural, premisa de la cual se hicieron eco asambleístas como María Cristina Kronfle, Cristina Reyes, Salomón Fadul y Leonardo Viteri (PSC), Eduardo Maruri (UNO), Pablo Lucio Paredes (FYA), y los independientes Alfredo Ortiz y César Rohón (*El Universo* 2008a).

otras posturas u opiniones teológicas o simplemente religiosas. Entre esas expresiones divergentes se encontraban los grupos de personas e iglesias ecuménicas o ciertas comunidades religiosas, conocidas como más progresistas. Una postura divergente, estructurada de manera lógica, fue la realizada por el filósofo jesuita Fernando Ponce cuando sostuvo:

la propuesta constitucional no es ambigua respecto al aborto. Bien leída, lo prohíbe, y por lo tanto no puede dar lugar a interpretaciones abortistas. Debo aclarar que no he dicho en absoluto que el aborto sea éticamente aceptable o que no lo sea, pues no es este el tema de mi comentario. Quien vea en estas líneas una defensa del aborto, simplemente habrá matado el diálogo y la reflexión en el momento mismo de su concepción (2008, inédito).

Teocracia y Estado laico en debate

La Iglesia Católica ha tenido una presencia e incidencia preponderantes previa y posterior a la configuración del Estado ecuatoriano. Julio Tobar Donoso (2006, 301) destaca la hermandad entre “religión y patria” en el proceso de Independencia cuando expresa:

Por doquiera se oye, en suma, la misma voz, que hermana Religión y Patria, advierte la imposibilidad de romper esta sagrada unión y funda el civismo nacional sobre la base secular e inmovible de la fe cristiana. La Iglesia impulsa a la libertad, porque sabe que, si se inspira en la noción teocéntrica de la excelencia de la persona humana, no será jamás licencia [aprobado]; que el orden político se vivificará con las más puras esencias espirituales; y que la religión nacional nada tendrá que perder con la fundación de un hogar autónomo [Independencia] preparado por ella y merecido por sus divinas manos.

El proceso de la Independencia en América Latina implicó el desarraigo colonial con el poder político y económico de la Corona española, mas no del poder religioso. Se mantuvo y mantiene su presencia e incidencia en

la configuración del Estado-nación, lo que determina la historia del país, historia marcada, según el filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría, por un barroco que combina las trazas culturales con las tendencias modernistas (Álvarez 2008, inédito). Mucho más categórico es Tobar Donoso (2006, 306) al sostener:

la Religión ha sido, pues, en el Ecuador, la primera raíz de la patria; su molde y troquel; su maestra y apóstol; su tutela y égida. [...] Así se explica que la patria tenga como irremplazable sustentáculo la tradición católica y que se desustancie y bastardee cuando flaquea la religión o el Estado se aparta de su cimiento sagrado.

La Iglesia no perdió su rol como institución clave ni siquiera cuando se fundó en 1830 el Estado ecuatoriano de corte liberal-capitalista y se consolidaron, durante los primeros cuarenta y cinco años de vida independiente, el poder terrateniente y los grupos de poder económico (Silva 1990, 20). Junto a la fuerza militar, ha servido de fundamento al poder, dominio y dirección del aparato ideológico y represivo; su incidencia se refleja, por ejemplo, en las constantes negativas de varios gobiernos de la nueva República y de los “democráticos” a los avances en los derechos de las mujeres, especialmente en los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, el proceder de la Iglesia en esta materia ha sido soterrado o encubierto.

No es casual entonces que en el debate generado a propósito del proyecto constitucional en 2008, concretamente por la intromisión de las Iglesias cristianas en los asuntos del Estado y la política, el prelado de la Iglesia católica haya declarado: “No nos corresponde como obispos asumir una actitud política. Nos corresponde, en cambio, iluminar las conciencias de los católicos con la doctrina del Evangelio para que tomen una decisión responsable y en conciencia, ante Dios y la sociedad” (CEE 2008).

En este mismo pronunciamiento, afirmaron los obispos del Ecuador que el proyecto de Constitución que se gestó en Montecristi, provincia de Manabí, abordó puntos “no negociables” –como los ha definido el papa

Benedicto XVI– que exigen una “actitud clara de parte de los creyentes y personas de buena voluntad”. Los puntos “no negociables” eran los siguientes:

1. La persona humana existe antes que el Estado, el Estado está al servicio de la persona y de la sociedad y no las personas y la sociedad al servicio de Estado –denunciando además un supuesto estatismo–.
2. No se reconoce claramente el derecho a la vida desde la concepción. Sin mencionar el término “aborto”, el proyecto constitucional deja la puerta abierta a la supresión de la nueva criatura en el seno de la madre. [...] Luego, en el marco de los “derechos sexuales y reproductivos”, el mismo texto reconoce a toda persona el poder de decidir cuándo y cuántos hijos “tener” (aun después de haberlos procreado), asumiendo así la aceptación del aborto.
3. Se atenta contra la familia como célula fundamental de la sociedad y del bien común. La nueva Constitución desdibujaba la familia al rechazar la existencia de la “familia tipo”, para sustituirla con distintos “tipos de familia”.
4. En la educación es más patente aún el estatismo [...] –defendiendo con esto la educación particular y fiscomisional– (CEE 2008).

Los puntos antes señalados venían precedidos de una argumentación que aludía al deseo de una mayoría: “marcamos aquí esquemáticamente las razones de nuestro desacuerdo con el texto constitucional, sabiendo que este rechazo es compartido con más de 800 000 firmas entregadas a la Asamblea Constituyente y también por los hermanos cristianos evangélicos y otros ecuatorianos de buena voluntad” (CEE 2008).

El 25 de agosto de 2008, el diario *Expreso* afirmaba en sus titulares que la política fue el tema central de los sermones dominicales en las semanas previas al Referéndum electoral. Señalaba, por ejemplo, que “antes de analizar el evangelio, el sacerdote Omar Sánchez –en la misa de Santo Domingo, en Quito– pidió a la congregación no “dejarse convencer por un discurso político” y llamó a votar de acuerdo con “su conciencia, en donde deben estar presentes los 10 mandamientos”. También Rómulo Aguilar, vicario de la Arquidiócesis de Guayaquil, criticó al expresidente

Rafael Correa por promulgarse católico practicante y estar enfrentado con la Iglesia. Durante la homilía, Aguilar cuestionó el aborto –tema principal en la hoja dominical– y la unión homosexual. Tras la misa, se repartió una hoja donde se recalca que la Iglesia no está incumpliendo el *Modus Vivendi* (diario *Expreso* 2008, 9).

Los argumentos esgrimidos por las Iglesias cristianas apelaron a la moral cívica de la población, pues creyeron que empataría perfectamente con los sentimientos religiosos de la gente. En este sentido, manifestarse en contra del aborto encontraba esta “empatía” o “sintonía” a la que se referían. Sin embargo, no logró el efecto político esperado, especialmente por la coyuntura que se vivió en el país, con un gobierno (encabezado por Rafael Correa) que se había posicionado como un referente de cambio social y económico para muchos ecuatorianos y ecuatorianas. La escisión entre religión y Estado se hizo más evidente cuando se aprobó la Constitución con mayoría de votos de la población.

Cabe anotar que por parte del movimiento de mujeres había dudas con respecto a la posición del gobierno, principalmente por la posición católica del expresidente Correa, quien se describió como un católico practicante e incluso declaró haberse sentido “traicionado” por la Iglesia. Un periódico nacional manifestó lo siguiente: “Como una puñalada en la espalda”, sintió el presidente Rafael Correa la oposición de la cúpula de la Iglesia al proyecto de Constitución. El exprimer mandatario confesó que le tomó por sorpresa la impugnación de la Iglesia a la nueva Carta Magna, alegando que esta no era favorable al aborto.

“A mí me duele, créanme. Nos reunimos unas tres veces con las autoridades de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana. Atendimos el 80 % de sus pedidos. Pueden ver el documento que ellos presentaron”. Pero, recalcó Correa, “como no se tomó textualmente lo que ellos decían en la parte de la concepción, ahora dicen que el proyecto de Constitución es abortista. Nunca nos esperamos eso”. Así, Correa lamentó la posición de la cúpula de la Iglesia y afirmó que él no aprobaría una ley abortista (*El Comercio* 2008, 3).

Un balance crítico nos llevaría a deducir que no hubo una real fragmentación entre el poder religioso y secular, ni tampoco entre la población, ya que, como señala Juan Marco Vaggioni, no por ser más seculares, dejamos de

ser menos religiosos o, que no por ser más religiosos dejamos de ser seculares (Álvarez 2008). Al mismo tiempo, no hay que olvidar que “la posición religiosa deriva su credibilidad de factores seculares independientes. Sirve como expresión de ellos, no como sustitutos” (Wertheimer 1992, 44).

Este punto de vista se reflejó, también, en la posición político-religiosa del gobierno de Correa: “aclararon” a todo el país que no se trata de una Constitución abortista o que va en contra de los preceptos cristianos. De esta manera, se apeló al “sentir popular cristiano”, teniendo mucha cautela de no “herir los sentimientos religiosos” de la población. Uno de los mecanismos utilizados por el gobierno fue la propaganda en los medios de comunicación. Según la ONG Participación Ciudadana “los mensajes difundidos se centran principalmente en: art. 45 que se refiere al derecho a la vida; el 67 y 68 que se relacionan con el matrimonio entre hombres y mujeres; y, el art. 68 sobre el derecho a la adopción para parejas de distinto sexo”.

En un contexto político y social como el ecuatoriano, la teocracia adquiere una fuerza particular. Sin embargo, también varios analistas creen que ciertos grupos religiosos cristianos, especialmente pertenecientes a la Iglesia católica, realizaron algunos “malos cálculos políticos”, ya que el 28 de septiembre de 2008⁸ sus llamados a la “reflexión” sobre el texto de la Constitución no tuvieron mayores ecos en la población que votó mayoritariamente por su aprobación. Tampoco variaron las convicciones religiosas de la mayoría de la población ecuatoriana, ya que siguieron asistiendo a misa y creyendo en la doctrina de la Iglesia.⁹ La situación fue similar dentro de las Iglesias protestantes y evangélicas.

La teocracia poco a poco va dejando lugar a la ciudadanía y a un modelo secular que ubica al sujeto de poder, lo cual en el ámbito de los derechos permite diferenciar entre el ejercicio y la titularidad del poder, tanto

⁸ El 28 de septiembre fue la fecha del referéndum para la aprobación del texto constitucional y también coincidió con el día que se celebra, por parte del movimiento feminista y de mujeres, la Campaña “Día por la despenalización del aborto en América Latina y El Caribe”.

⁹ La prensa describió algunos percances que sucedieron en el interior de ciertas Iglesias cristianas, especialmente en las misas, los días previos a la aprobación o no de la nueva Carta Magna del Ecuador, cuando algunos/as feligreses se levantaron enojados/as interpellando a los sacerdotes su intervención en asuntos políticos o en política. Tal posición fue remarcada de manera especial por el gobierno, por ciertos sectores de la prensa y de las organizaciones de mujeres.

religioso como político. Así “al hablar del tránsito de la revolución a la democracia en América Latina y de los modelos de desarrollo, Norbert Lechner y Franz Hikenlamert han sugerido la tesis según la cual los procesos de secularización son permanentes, pues, en todas las épocas históricas, las sociedades albergan ciertos mitos que son dejados de lado por el avance de la razón crítica” (López 2003, 32).

La “defensa de la vida” y los discursos sobre la corporeidad maternal

Para muchas mujeres, la maternidad encierra el deseo, tanto el de concebir como el deseo de no quererlo. Es lo que Marta Lamas (2001) coloca diametralmente entre tener “un hijo a cualquier precio” y “un aborto a cualquier precio”. La dicotomía entre el placer sexual y la reproducción irrumpe, pero también es irrumpida, en otros casos cuando la maternidad no es una opción. En cualquiera de estas dos posibilidades, los úteros de las mujeres pasan a ser “públicos”, sea por la vía de la medicalización o por la vía de la judicialización de sus cuerpos.

Tal como manifiesta Carmen Díez Mintegui (1995, 83):

el código cultural y moral se elabora y reelabora permanentemente, nutriéndose tanto desde propuestas supuestamente científicas como mítico-religiosas, elaboraciones discursivas que entretejen el imaginario y deben ser deconstruidas y reconstruidas por cada mujer, sea madre o no, tratando de conjugar lo prescrito y lo deseable.

Arregui afirmó en una entrevista periodística que “la vida está condicionada al control de la madre, en lugar de que el Estado ayude a las madres que pasan por un embarazo no deseado” (*La Hora* 2008, 9). Rómulo López Sabando (2008), cuando escribió un artículo de opinión titulado “Los llantos del silencio”, publicado en el diario *Expreso*, afirmó que “el feto no es una cosa. Es más que un genoma. El feto vive y con capacidad, en sí

mismo, para desarrollarse. Genera su propia sangre y placenta. El parto y el nacimiento son actos propios del feto. La madre ayuda”.

Si se desarmen los nudos críticos de estos discursos, se puede ver que el “control de la madre” hace referencia a la decisión que puede tomar una mujer por sí misma para abortar, sin considerar que “la vida”, es decir, el feto, óvulo fecundado o cigoto, no depende de ella, por lo que se apela al Estado para que “la ayude” a sobrellevar ese “no deseo”, pero que tiene que hacerlo como un “gran sacrificio”. Desde el código moral cristiano esta abnegación y sacrificio le salvaría del pecado o al menos la convertiría en menos pecadora, porque según la doctrina bíblica de San Pablo es ella la que introdujeron el pecado en el mundo y no el hombre y la maternidad le permitiría la salvación. En palabras de Philippe Ariès: “la concepción tradicional de la fecundidad es tenida en cuenta, pero por unos derroteros tales como los de la compensación de la inferioridad original del sexo” (1987, 83).

Hay una deducción del bien moral de la sociedad si las mujeres aceptan la compasión y evitan la culpa que, desde la visión eclesial, evangélica e ideológicamente conservadora y masculina, se sostiene bajo el argumento de que muchas personas se encuentran en situaciones extremas y no hallan la manera de escaparse o librarse, pero la forma de hacerlo, aseveran, no es quitándole la vida a otra persona.¹⁰ La madre y el feto en tanto son vidas humanas, comparten la misma categoría moral. Así se deduce, desde este punto de vista, que “cualquiera de los dos puede ser una fuente de angustia y dureza para el otro, y algunas veces no puede haber escapatória” (Wertheimer 1992, 39). Un representante de los grupos “provida” manifestó:

La mujer puede disponer de su cuerpo para hacerse las cirugías plásticas que le dé la gana, para pintarse el pelo con los colores que desee, para hacerse borrar las arrugas producto del paso de los años. Pero de allí a sostenerse que por “soberanía del cuerpo” puede disponer a su arbitrio del hijo que lleva en sus entrañas hay una distancia abismal (López Castillo 2008).

¹⁰ En los debates que se dieron se puso en cuestionamiento la defensa de la vida que promulgaban las Iglesias cristianas, sectores y grupos conservadores del país, cuando se recordó que apoyaron la pena de muerte, junto con el Partido Social Cristiano, claramente identificado como un partido político de derecha.

Estas réplicas católicas y cristianas, según el propio Wertheimer (1992), son respuestas hábiles, pero no dejan de ser calificadas por las feministas y liberales como crueles y degradantes para la condición humana, al punto que llevan al desconcierto: ¿cómo pueden creer lo que dicen?, ¿cómo pueden encontrar sentido a estas afirmaciones?

La racionalidad liberal hace que se califiquen de inaceptables estas posturas, como lo sostiene Judith Jarvis (2003) cuando desmonta tales premisas con una analogía entre el embarazo y la conexión de una persona enferma a otra sana: la primera necesita estar entubada a la segunda para mantenerse con vida durante 9 años o 9 meses a costa del sacrificio y anulación de la vida de la persona sana. Aquí el dilema, como sucede análogamente con la eutanasia, consiste en que me sacrifico porque me asignan una “responsabilidad” como el buen samaritano bíblico y que, en el caso de las mujeres, se les exige ser muy buenas samaritanas con las personas no nacidas que llevan en su interior, ya que después de todo la “madre ayuda” a que el feto (que tiene vida propia) se desarrolle. Solo serán nueve meses y el Estado puede intervenir para que llegue a un buen curso el embarazo no deseado, así como para que se mantenga la vida de una persona hasta su curso natural, pese al propio sufrimiento y criterio personal de la mujer.

Lagarde (1990, 364) sostiene que el cuerpo materno se convierte en objeto de tabú o mito por parte del cristianismo, en cuanto ideología dominante y organizadora de la subjetividad de las mujeres. Dentro de esta visión, ellas cumplen una encomienda de la sociedad que responde a los designios de la naturaleza o de la divinidad. En ese sentido, Arleen Salles (2006, 72) apunta:

en líneas generales, el enfoque conservador considera que la autoridad para decidir sobre la vida del feto no radica en las personas, sino que pertenece a Dios o a la naturaleza. Más aún, la postura conservadora considera necesario concebir la existencia de sucesos no deseados (como sería el caso de un embarazo no buscado) como parte misma de la vida: tratar de evitarlos recurriendo a la violencia es moralmente incorrecto.

Desde esta posición, la personalidad potencial¹¹ del feto prima sobre los cuerpos y decisiones de las mujeres; la valoración que posee el feto o el cigoto afirma la condición de receptáculo que cumplen las mujeres, siguiendo el modelo de la virgen María, quien es simbolizada solo como vientre o matriz. Como dice Marcela Lagarde (1990), se niega la capacidad erótica, cognitiva y de goce de las mujeres. Por su parte, Frances Kissling (2006, 105) sostiene:

la condición de ser persona es un término que describe el grado de valor, no un hecho científico exacto. Lo que dicen quienes defienden el derecho al aborto es que cualquiera que sea el valor de la vida fetal (ya sea ninguno, poco o mucho) no puede ser el equivalente moral de quienes hemos nacido. De hecho, quienes defienden el derecho a decidir sostienen que existe una cantidad significativa de valores de mayor peso que el feto y que justifican que la pregunta “¿quién decide?” se responda con fuerza a favor de las mujeres.

Posteriormente, esta misma autora señala, no obstante, que se vuelve una tarea difícil crear una fórmula ética para asignar valor y establecer las obligaciones derivadas de este valor al feto.

Álvarez (2008) hace una interesante reflexión cuando señala que, por un lado, las Iglesias cristianas impiden el aborto, pero, por otro, sí aceptan el concepto de “guerra justa” para justificar la muerte en casos de conflictos bélicos. En este sentido, se pueden recordar las guerras santas o la Santa Inquisición emprendidas por la Iglesia católica; en nombre de Dios se podía matar a quien no se plegara a su doctrina, como sucedió con las mujeres mal llamadas “brujas”.

En muchos de los discursos desplegados en el país, por los grupos o personajes religiosos o aliados a las Iglesias cristianas, se propuso de manera fundamentalista que se anulara inclusive el aborto terapéutico sobre la base

¹¹ El pensamiento teológico retoma al aristotélico desde una perspectiva cristiana. Si se asume el concepto de potencia de Aristóteles, este diría que lo que tiene potencia para ser también la tiene para no ser (Mas Torres 2003, 123). Tal como sostiene Gustavo Ortiz Millán “el problema que plantea el argumento de quienes reprobaban el aborto alegando que el feto es una persona potencial es que también tienen que admitir que es posible que el feto no llegue nunca a convertirse en una persona real –de hecho, de cada 100 óvulos fecundados, 40 se pierden espontáneamente–” (2008, 93).

del mensaje bíblico de “dar la vida por el prójimo”.¹² A lo que se añadió el recurso del “respeto a la vida hasta la muerte natural”, incluyendo en el discurso de la defensa de la vida, no solo al feto sino la imposibilidad de la eutanasia o de la pena de muerte. Sin embargo, entre las réplicas que se desarrollaron en el seno de la ANC se les recordó a varios políticos y representantes de la Iglesia católica que, algunos años atrás, apoyaron la pena de muerte en la legislación ecuatoriana.

En posturas más “flexibles” algunas personas afirmaban que sí se podría admitir el aborto para salvar la vida de la madre, pero se pregunta Jarvis (2003), ¿cómo se acepta, en este caso, que se mate al feto, aunque sea en defensa propia? De igual modo, se podría reflexionar: ¿por qué no se acepta la decisión de abortar en otros casos también, si al final de cuentas, ontológicamente, se anularía un supuesto ser?

Los discursos y dispositivos de poder son tan sutiles a la hora de demarcar cuándo se puede o no abortar o cuándo se declara la inviolabilidad de la vida. Coincido con Lagarde (s.f.) cuando explica que “la inviolabilidad de la vida, debería ser entendida reconociendo que la vida no es algo ético-abstracto sino desde lo que es la vida de las mujeres desde lo ético-práctico; ya que la vida de las mujeres no es solo un análisis intelectual sino pasa por su cuerpo. Lo ético-abstracto es discursivo y falsea la realidad”.

Con todo esto, se vuelve a la premisa de que los úteros de las mujeres se hacen públicos a partir de las creencias religiosas y de quienes deciden, desde un supuesto laicismo, las leyes relativas al aborto que cada país va estructurando. En el escenario de lo público subyace un concepto ideológico de la maternidad, ese constructo que “en nuestra sociedad actual existe y rige [bajo] un código cultural y moral, elaborado y consolidado de forma paralela a la sociedad industrial y capitalista, que marca la actuación que debe seguir una mujer-madre ‘normal’ (Díez Mintegui 1995, 83). Según la

¹² Nietzsche, en este sentido, evoca el amor al lejano y no al prójimo; Pilatowsky interpreta este pensamiento nietzschiano al decir que la lejanía se convierte en el factor determinante del yo y la función de este otro/a es motivar la superación confrontando al yo con su propia muerte, con su indeterminación. Al asumir esta finitud y el absoluto vacío que representa el hombre [ser humano] se hace responsable de su futuro y enfrenta su destino sin ilusiones ni falsas esperanzas. En definitiva “lo fundamental no es la empatía con el sufrimiento que se siente como propio sino más bien la responsabilidad que surge a partir de la lejanía que escapa al sí mismo” (Pilatowsky 2008, 119-120).

propia Díez Mintegui, “este ideario se concreta en una serie de responsabilidades implícitas o explícitas que recaen sobre las mujeres y que estas asumen como suyas, convirtiéndose en causa de tensiones y conflictos cuando por algún motivo no pueden cumplirse” (1995, 83).

La iconografía religiosa de la mujer-madre del cristianismo se traslada casi de manera intacta al mundo ilustrado de la modernidad y del Estado moderno. El Ecuador padece aún de esta visión; el gobierno del expresidente Correa, con mayoría política en la Asamblea Nacional, se mantuvo entre la regulación y la penalización del aborto, en su propósito de asegurar el poder del Estado desde el modelo weberiano, hobbesiano y absurdamente rousseauiano.

Esta conducción del poder aseguró un andamiaje constitucional que de alguna manera “satisfizo” a la mayoría del pueblo que lo legitimó en las urnas, el 28 de septiembre de 2008. No hay que olvidar que el elemento adicional, que tuvo un papel central en el manejo de poder desde la violencia simbólica, fue la Iglesia cristiana, especialmente la jerarquía de la Iglesia católica. Fue en este escenario que el gobierno empezó a adoptar otros dispositivos de poder, que le permitiesen moverse en la arena política desde la legitimidad legal, pero también ciudadana.

Correa asumió en su gobierno el ser cristiano-católico practicante, y a través de su asesor jurídico, Alexis Mera, dejó las cosas en claro a su bloque legislativo. Mera envió el siguiente mensaje a varios asambleístas del bloque de gobierno, el 2 de julio de 2008:

Asunto: derechos a la vida

Estimado Galo:

Como recordarás, aquel desagradable e indignante día en que se fueron del bloque la Queirolo y la Acosta, resolvimos tres cosas, que inclusive constaron por escrito:

1. Que se garantice el derecho a la vida desde la concepción (recuerda que la pelea con las ahora desleales opositoras es que querían que se incluya “sin excepciones”, lo cual no aceptamos).
2. Que se incluya el nombre de Dios en la Constitución.
3. Que se deje el tema de los derechos de los gays para normas secundarias, y no elevarlo a norma constitucional.

En lo que respecta al primer punto, que es fundamental para que no tengamos el rechazo oficial de la Iglesia, la Mesa 1 cambió la redacción –contrariando lo que habíamos acordado– y simplemente puso, con respecto a los derechos de los niños, lo siguiente:

“El Estado les asegurará la protección y cuidado desde la concepción”

Cuando lo que habíamos convenido era:

“El Estado garantizará la vida desde la concepción”.

Por lo que el presidente se siente una vez más engañado cuando lo que convenimos no se cumple. Se lo hizo con el voto de María Soledad Vela, Aminta Buenaño, María Palacios y María José de Luca.

Este tema es FUNDAMENTAL para que no tengamos a la Iglesia Católica pidiendo el No en el referéndum, como ya lo insinuó en todos los púlpitos del país el domingo pasado y que sería políticamente desastroso.

Como este tema está para primer debate en la Asamblea, habría que incluirlo como moción para primer debate e incluirlo como propuesta en el segundo debate de la mesa. Favor copiar a María Molina, cuya dirección electrónica desconozco.

Saludos,

Alexis Mera Giler

En el mes de julio de 2008 se concentró el debate sobre el aborto y el consecuente cabildeo en la Asamblea Nacional por parte de la asesoría legal de la presidencia y de varios actores de gobierno, para dejar este y otros temas bien “claros” a la hora de redactar los artículos de la Constitución. En el Ecuador ninguna ley, mucho menos la Constitución, cedió el paso al aborto; es ahí donde se evidencia que el cambio en el texto constitucional de Ecuador como Estado de Derecho a un Estado Constitucional de Derechos y Justicia no necesariamente aseguró “todos los derechos”. La teocracia siguió perjudicando a las mujeres, ya que ha definido una matriz materno-corporal que dispone de los cuerpos y sujetos femeninos de acuerdo con la moral política-religiosa.

Conclusiones

Este recorrido por los discursos en torno al aborto durante el proceso de la ANC de 2008 —con las Iglesias cristianas, especialmente la Iglesia católica, como actores principales— presenta las tensiones generadas ante la posibilidad de incluir el tema en el texto de la Constitución del Ecuador. Asimismo, permite ver la doble moral de la Iglesia frente a la vida, pues sus reglas varían dependiendo de las circunstancias de la época. Evidencia también la complicidad del Estado ecuatoriano al irrespetar a las mujeres y las decisiones sobre su cuerpo. Es un Estado que, dentro de su democracia, no está a favor de la vida sino de lo cómodamente establecido, y en esa lógica no se separa de las creencias religiosas.

Los imaginarios, representaciones, simbolismos y discursos de las Iglesias se mezclaron entre los argumentos jurídicos, políticos, científicos, morales, religiosos y teológicos, por lo que resulta difícil determinar límites entre unos y otros. En este artículo se muestran los elementos discursivos que se entretajeron en la cruzada moral y religiosa para impedir que una mujer embarazada decidiera sobre sí misma. Como revela el análisis de estos discursos, patria e Iglesia combinaron sus fuerzas para dominar la vida de las mujeres; su decisión y opción de abortar no se tienen en cuenta pues en la escala simbólica de la vida, tanto estatal como religiosa, la suya se encuentra en una posición inferior a la del feto.

Los discursos analizados se complejizan por las diferentes dinámicas coyunturales que fueron emergiendo en el desarrollo del debate constitucional y que colocaron, especialmente, a los actores políticos y religiosos ante la disyuntiva entre Estado o Iglesia, laicismo o religión. La disyuntiva no termina aún de configurarse en el país, pese a que han pasado más de 100 años desde la proclamación del Estado laico en el Ecuador. A la Iglesia católica le interesa que el Estado sea quien tome la decisión sobre si una mujer debe abortar o no, pues este Estado está lleno de nudos discursivos religiosos.

La laicidad del Estado puede conllevar el peligro de quedarse únicamente en el plano declarativo, ya que las sociedades latinoamericanas no han resuelto definitivamente esta escisión entre religión(es) y Estado laico en el ámbito de los imaginarios y representaciones sociales. Bertrand Russell esgrime que

el factor emocional es un elemento al que con frecuencia acude la religión, y atacarla o negarla constituirá una “maldad inaceptable”. En este sentido dice: “no creo que la verdadera razón por la cual la gente acepta la religión tenga nada que ver con la argumentación. Se acepta la religión emocionalmente” (Russell 1979, 16). De modo que los cuerpos y sujetos femeninos tendrán que seguir buscando las vías para escapar de la moral político-religiosa.

Referencias

- Álvarez, Freddy. 2008. “A propósito de la política y la Constituyente”. Documento inédito. Quito.
- Ariès, Philippe. 1987. “El amor en el matrimonio”. En *Sexualidades occidentales*, Philippe Ariès, A. Béjin, Michel Foucault y otros, 177-188. Buenos Aires: Paidós.
- CEE (Conferencia Episcopal ecuatoriana). 2008. *Comunicado emitido por la secretaría general de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana sobre el proyecto de nueva constitución que será sometido a referéndum popular en septiembre*, 28 de julio. Quito: Secretaría General de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana. <http://es.catholic.net/op/articulos/11258/ecuadorcomunicado-episcopal-ante-el-proyecto-constitucional.html#modal>.
- Díez Mintegui, María Carmen. 1995. “Maternidad: ¿hecho natural/ ¿constructo ideológico?”. *Bitarte: Revista cuatrimestral de humanidades*, 7 (diciembre): 81-93.
- Foucault, Michel. 1976. *Historia de la sexualidad*. Vol. 1, 2, 3. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Harding, Sandra. 1996. *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Huaco, Marco Antonio. 2008. “Derecho a la vida y bioéticas religiosas ante el Estado laico”. *Revista Conciencia Latinoamericana* 17 (16): 6-10. <https://redcatolicas.org/revista-conciencia-vol-xvii-no-16-%EF%BF%BC-septiembre-2008/>.
- Hurst, Jane. 1993. *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica (lo que no fue contado)*. Montevideo: Católicas por el Derecho a Decidir (CDC).

- Jarvis Thomson, Judith. 2003. "A Defence of Abortion". En *Philosophy: Basic Readings*, editado por Nigel Warburton, 123-137. Routledge: Nueva York.
- Kissling, Frances. 2006. "¿Hay vida después de Roe?: Cómo pensar acerca del feto". *Debate Feminista*, 34: 96-115. Traducción de Erika Benton. <http://www.jstor.org/stable/42625486>.
- Lamas, Marta. 2001. *Política y reproducción –Aborto: la frontera del derecho a decidir–*. México: Planeta Janés Editores.
- Lagarde, Marcela. 1990. *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- s.f. "Sobre la inviolabilidad de la vida".
- López, Sinesio. 2003. "De la teocracia a la ciudadanía: breve historia de un largo proceso". En *Estado Laico: A la sombra de la iglesia*, 31-51. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Maguire, Daniel. 1998. "El probabilismo en una sociedad plural". *Opciones Católicas para el debate sobre el aborto*: 1-6. Traducción de Eduardo Barraza.
- Mas Torres, Salvador. 2003. *Historia de la filosofía antigua. Grecia y el helenismo*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ortiz Millán, Gustavo. 2008. "La moralidad de la ley y la moralidad del aborto". En *Despenalización del aborto en la ciudad de México: argumentos para la reflexión*, coordinado por Lourdes Enríquez y Claudia de Anda, 81-97. Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pilatowsky, Mauricio. 2008. "El origen femenino de la compasión en el judaísmo". En *Pensar lo femenino-Un itinerario filosófico hacia la alteridad*, coordinado por Rossana Cassigoli, 113-126. Barcelona: Anthropos.
- Ponce, Fernando. 2008. "Dos Constituciones para escoger y una Iglesia en el medio". Documento inédito. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Russell, Bertrand. 1979. "Por qué no soy cristiano". En *Por qué no soy cristiano*, de Bertrand Russell, traducido por Josefina Martínez Alinari, 9-18. Barcelona: EDHASA.
- Salles, Arleen. 2006. "El debate moral sobre el aborto". *Debate Feminista*, 34: 69-95. <http://www.jstor.org/stable/42625485>.

- Silva, Erika. 1990. "Estado, iglesia e ideología en el siglo XIX". En *Nueva historia del Ecuador*, vol. 8, Época Republicana II, editado por Enrique Ayala Mora, 9-35. Quito: CEN / Grijalbo.
- Thurer, Shari. 1994. *The Myths of Motherhood. How culture reinvents the Good Mother*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Tobar Donoso, Julio. 2006. *La Iglesia-modeladora de la nacionalidad*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Wertheimer, Roger. 1992. "Comprender la discusión sobre el aborto". En *Debate sobre el aborto: cinco ensayos de filosofía moral*, de John Finnis, Judith Jarvis, Michael Tooley y Roger Wertheimer, 33-69. Madrid: Ediciones Cátedra.

Notas de prensa:

- El Comercio*. 2008. "El gobierno no quiere correr riesgos en el referéndum". 8 de abril.
- EFE. 2008. "Benedicto XVI cuestiona uso de anticonceptivos". *El Universo*, 3 de octubre.
<https://www.eluniverso.com/2008/10/03/0001/1064/4035F8E1935D4CB09542F530B362CD3D.html>
- El Universo*. 2008a. "Ex asambleístas, con otra Constitución de 150 artículos 'fáciles'". 22 de agosto. Sección Política.
<https://www.eluniverso.com/2008/08/22/0001/8/CA252F1B6E0A-43CEBD6EBF51A2CCADEB.html>
- El Universo*. 2008b. "Postura de Correa no convence a evangélicos". 8 de abril. Sección Política.
- La Hora*. 2008. "Derecho a la vida: cálculo político de Acuerdo PAIS". 9 de julio. <https://bit.ly/2kMETpf>
- López Castillo, Byron. 2008. "Soberanía del cuerpo". Diario *Expreso*, 29 de marzo.
- López Sabando, Rómulo. 2008. "Los llantos del silencio". Diario *Expreso*, 8 de abril.
<https://www.eluniverso.com/2008/04/08/0001/8/202C0547E3D940CB98814B43C58C90F7.html>

Políticas de educación en sexualidad entre 1998-2017: sujetos y contextos en el caso ecuatoriano*

Diego Paz

Resulta común escuchar a las personas hablar de la sexualidad, de cómo debería vivirse y la educación que debería recibirse en torno a ella. Esta perspectiva tiene varios argumentos que la soportan, y uno de estos es que todos vivimos la sexualidad, forma parte de nosotros desde que nacemos y se extiende durante toda la vida; por ello tenemos, desde nuestras experiencias individuales, un lugar de privilegio desde el cual pronunciarnos.

Sin embargo, cuando la sexualidad se traslada al campo de las políticas públicas, el argumento se transforma y resulta necesario proponer un análisis más completo que el de la experiencia individual. Desde esa óptica se muestra su relación con las formas en que se gestionan las poblaciones y la reproducción, pero también con los derechos, las desigualdades de género y sexualidad, y la posibilidad de las personas de decidir cómo la ejercen. Por consiguiente, es preciso desentrañar los sentidos que están detrás de la formulación de políticas, cómo opera la sexualidad en ese territorio y, finalmente, vislumbrar propuestas y alternativas que permitan a las personas acceder a información de calidad, para tomar decisiones y vivir una sexualidad plena.

Las políticas en materia de educación para la sexualidad en Ecuador tienen su génesis formal en 1998, con la promulgación de la Ley 73 o Ley

* Este trabajo es parte de la tesis de maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo de FLACSO Ecuador. La investigación fue realizada con el apoyo de una beca de Planned Parenthood Global.

sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor,¹ que respondió a una realidad concreta de la época: la necesidad de implementar, formalizar y estandarizar procesos y prácticas de educación en sexualidad en el sistema nacional. Esto no significa que antes no se desarrollaran esfuerzos por educar en sexualidad, sino que los contenidos y discursos estaban presentes en el currículo y las prácticas educativas y no de manera formal en las políticas nacionales. Además, el año 1998 representa un punto de quiebre en el tratamiento de la educación sobre la sexualidad, pues se politiza el tema abriendo el camino para un proceso de discusión pública y de transformación.

La formulación e implementación de las políticas de educación para la sexualidad en Ecuador presentan un patrón más o menos errático, es decir, su cambio no necesariamente responde a una evaluación de resultados o impactos, sino a la voluntad política del gobierno de turno. De modo que la gestión en esta área se conecta con la inestabilidad política que vivió el país hasta 2006 y, posteriormente, el cambio en la política de gobierno durante el período denominado Revolución Ciudadana, en los años 2014 y 2017.

Uno de los desafíos en el análisis de los planes y programas desarrollados tiene que ver con la forma de concebir la escuela, su función social y su proceso de constitución. Pensar la escuela en calidad de institución y dispositivo permite dotarla de un cuerpo real, tangible, con historia, inscrito en un campo educativo que, como plantea Bourdieu (1997b), se relaciona con las disposiciones de la gestión estatal. En esta discusión sobre política educativa y sexualidad también se entiende a la escuela como un dispositivo que reproduce las ideas dominantes de un sistema y una época (Foucault 2007; Giroux 1986).

Asimismo, se conceptualiza la sexualidad como un aspecto político de la vida (Rubin 1989) sobre el que se toman decisiones para mantener, reproducir y sostener un orden social. Al politizarse, la sexualidad participa en la construcción de los imaginarios de la nación y, adicionalmente, contribuye a establecer lo que es legítimo, normal y deseable en una sociedad cuando se habla de sexualidad.

En este trabajo se reflexiona sobre las formas en que operan las políticas educativas en materia de sexualidad y sus conexiones con problemas sociales

¹ Ley 73. Ley sobre la Educación para la Sexualidad y el Amor. Vol. 285 (Registro Oficial, marzo 27).

construidos desde una lógica de administración estatal. Principalmente se enfoca en las miradas en torno al embarazo no deseado en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual y, aunque de manera sutil, las expresiones de la sexualidad relacionadas con la orientación sexual y expresión de género. Se emplea un marco conceptual que parte de las ideas de Bourdieu (1997a, 2014) sobre el Estado, atravesadas por algunas nociones de Foucault (2007), Rich (1999), Hérítier (2002) y Rubin (1986, 1989) en torno a la sexualidad. Estas herramientas teóricas además se complementan con las nociones metodológicas de Ragin (2007) y Jelin (2002) sobre la construcción de objetos de estudio.

En este texto se analizan las políticas en materia de educación en sexualidad desde 1998 se contrastan con las herramientas conceptuales referidas y, finalmente, se vinculan con los datos sobre la fecundidad adolescente entre 1998 y 2017. Con esta información se busca generar un acercamiento a las formas en que se formula la política en materia de sexualidad y cómo esta se relaciona con el modelo de desarrollo que adoptó el Ecuador en cada período analizado.

La sexualidad como objeto de estudio: un acercamiento conceptual desde las ciencias sociales

Muchos son los acercamientos teóricos a la sexualidad; los más tradicionales se basan en postulados de la biología y la medicina, en otros aparecen la doctrina y el pensamiento de las múltiples religiones permeando los sentidos de la educación. Sin embargo, estos modelos no explican, más allá de una perspectiva sanitaria y dogmática, la formulación e implementación de políticas en materia de educación sexual. Frente a tales acercamientos considero necesario construir el objeto de estudio desde lo social vinculando el papel del Estado, uno de los ejes en los que se sostiene y se transforman los discursos en torno a la sexualidad.

Sobre el Estado, Bourdieu plantea que “moldea las estructuras mentales e impone principios de visión y de división comunes” (1997a, 106). Los principios y formas de entender el mundo también se plasman en políticas

educativas que dan cuenta de la visión de quien gobierna sobre el género y la sexualidad. Para Argüello (2008, 5-6), “el Estado juega un papel importante en la creación de formas particulares de relaciones y desigualdades de género. Construye y regulariza las relaciones de género y las relaciones entre hombres y mujeres. *El estado construye sujetos generizados*” [el énfasis es mío].

Las formas en que se construyen y reproducen las formas “generizadas” de sujeto corresponden al juego entre la materialidad legal y la práctica educativa expresada en el quehacer docente. El Estado, entonces, por medio de las personas que toman decisiones, cumple un rol regulador en el que diferencia las poblaciones y las gestiona para cumplir con un proyecto de nación. Al respecto Gayle Rubin (1989, 150) indica:

Las leyes sobre el sexo son el instrumento máspreciado de la estratificación sexual y la persecución erótica. El Estado interviene ordinariamente en la conducta sexual a un nivel que no sería tolerado en otras áreas de la vida social.

Así, el rol del Estado en la regulación de la sexualidad se hace manifiesto, visible y operativo en el campo educativo, donde entran en tensión la producción normativa y los mandatos estatales sobre el sexo con las significaciones de la sexualidad de docentes, familiares y estudiantes. Por tanto, estas concepciones son dinámicas, hecho que se evidencia en el cambio de los enfoques de la política en sexualidad y configura al Estado como

una especie de principio de orden público entendido no solamente en sus formas físicas evidentes sino también en sus formas simbólicas inconscientes, en apariencia muy evidentes. Una de las funciones más generales del Estado es la producción y canonización de las clasificaciones sociales (Bourdieu 2014, 14).

De esta forma, el Estado gestiona las poblaciones y refuerza los mecanismos de clasificación y desigualdad que mantienen un sistema social, sobre la base de símbolos compartidos para estructurar a las personas y comunidades. Esta gestión/regulación está inscrita en una esfera más amplia que la educativa, articula totalmente la institucionalidad que existe

y a las acciones específicas que se generan, en función de la reproducción de ideas, patrones, normas y sistemas. Muestra de ello son las políticas de control de la natalidad que constituyeron un antecedente de los ejercicios de educación en sexualidad, a través del currículo formal.

Giroux (1986) señala que, en las lógicas de reproducción, el currículo oficial se convierte en un currículo hegemónico que integra, por un lado, las ideas dominantes de una época con el ejercicio del poder y la dominación, y por otro, la escolarización con la economía. En esta tensión, “el poder se vincula con la propiedad de grupos dominantes y reproduce desigualdades de clase, sexo y raza en función de los intereses de acumulación de capital” (Giroux 1986, 6). La relación de la economía con la escuela tiene sentido en cuanto esta se convierte en un instrumento que funcionaliza a la población, a través de relaciones de dominación, de violencia simbólica –en línea con Bourdieu (2005)–, y de la imposición de las ideas de la clase dominante, que sostienen y reproducen las jerarquías en la sociedad.

De ese modo, “las escuelas no solo reflejan la división social del trabajo sino también la estructura clasista más amplia de la sociedad” (Giroux 1986, 7). Esta división se instaura a través de la imposición de valores y normas dominantes también relacionadas con la sexualidad y lo que se espera de la vivencia de esta, por parte de quienes integran la escuela.

Desde esta mirada, la relación escuela-Estado está mediada por condicionantes económicas e ideológicas perceptibles en los modelos de desarrollo que promueven cierto estilo en la gestión de la sexualidad a través de la escuela, hecho evidente en el cambio de las políticas educativas en torno a la sexualidad y el género. En palabras de Wade (2008) y Palermo (2016), los modelos de relaciones sociales que se promueven desde el gobierno buscan la reproducción de los sistemas de género a través de la familia y el proceso de escolarización.

El abordaje de la sexualidad se convierte en un asunto clave en la gestión de los Estados y las poblaciones. Según Foucault (1998), la sexualidad es el resultado de las relaciones sociales como relaciones de poder que se materializan en los discursos e instituciones y se encarnan en el cuerpo. Por tanto, la sexualidad no es natural ni esencialista, sino que se acerca

más a una construcción histórica y se constituye en sí misma como un dispositivo para la normalización de los cuerpos. Foucault (1998) sugiere que existen estrategias de poder-saber que operan sobre la sexualidad de los individuos –para construirlos– y sobre los discursos –como dispositivo y tecnología política–, configurando los sentidos de los espacios físicos y subjetivos.

El propio Foucault, pensando en la escuela como institución y espacio físico material, afirma que su construcción responde a ciertas ideas sobre la sexualidad (1998, 19-20), por ejemplo: la división de las escuelas para mujeres y hombres, o la separación de los baños, uniformes y actividades en las instituciones mixtas. Los discursos que sobre la sexualidad se tejen pretenden imponer saberes en los estudiantes, a la vez que condicionan la experiencia de los docentes. Foucault enfatiza en la construcción relacional de los sujetos en la cual la sexualidad es utilizada como un elemento con elevada capacidad instrumental, un punto donde se cruzan las relaciones de poder entre las personas con las que se dan entre “gobierno y población” (1998, 62).

De acuerdo con Bourdieu (2000, 129), los saberes internalizados sobre la sexualidad son “unas estructuras históricas muy diferenciadas, originadas en un espacio social también altamente diferenciado, que se reproducen a través de los aprendizajes vinculados a la experiencia que los agentes efectúan de las estructuras de esos espacios”. Considerando que una de las funciones de la escuela es socializar sujetos, en esta socialización se producen también cuerpos sexuados donde “la idea de tener un sexo verdadero está lejos de haber desaparecido por completo. Se mantiene la creencia de que entre el sexo y la verdad existen relaciones complejas, oscuras y esenciales” (Foucault 2007, 15). Esto implica que la asignación de un sexo a los cuerpos parece una verdad no discutible que configura dos posibilidades: hombre o mujer, opuestos y en binario. Foucault sospecha de estas verdades, las discute y sugiere:

las teorías biológicas sobre la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados modernos han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos

sexos en un solo cuerpo y a restringir, en consecuencia, la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante, a cada uno un sexo y solo uno. *A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante*; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios (Foucault 2007, 11-12) [el énfasis es mío].

En esta concepción quiero llamar la atención sobre dos aspectos. El primero tiene que ver con las verdades, las formas en que el poder-saber configura disciplinas y cómo, a través de ellas, se leen y gestionan los cuerpos. El segundo se refiere a cómo se relaciona el cuerpo-sexo con la identidad asignada por las tecnologías del poder-saber que operan en las estructuras sociales, pero también en los espacios relacionales de las personas, en lo cotidiano; ambas operan desde una lógica de reproducción y dominación.

Butler (2002, 18) señala que el sexo no funciona únicamente como norma, sino que es parte de una “práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna”. En esta práctica, el proceso educativo, mediado por los docentes, estudiantes y las familias, cuyos contenidos están determinados por el Estado a través de su institucionalidad, encuentra un ejercicio de producción, reproducción, adaptaciones y resistencias que pueden ser leídas a la luz de la construcción teórica en la que el género nuevamente opera como una categoría sobre la que se justifica la división y la opresión.

Para Héritier (2002, 21-23), el género constituye un artefacto generado en la división sexual de las tareas, la cual genera, a su vez, un orden “producto de manipulaciones simbólicas y concretas que afectan a los individuos”, y se articula en función de la “valencia diferencial de los sexos”. Esto implica un valor asignado y unas jerarquías que establecen y configuran desigualdades entre mujeres y hombres, que están inscritas en la estructura social y asignan posiciones diferentes a las personas en función de las construcciones sociales que operan sobre el sexo biológico.

Adrienne Rich (1999) sugiere que en nuestras sociedades existe una fuerte tendencia a percibir y construir a los sujetos como heterosexuales, lo

cual genera prácticas destinadas a la producción y reproducción social que legitiman formas de desigualdad específicas para las personas, especialmente para las mujeres. Señala que la heterosexualidad necesita ser reconocida y estudiada como institución política, cultural y económica, que tiene relación con el sistema capitalista y racial de castas, mantenido por una serie de fuerzas en nuestras relaciones cotidianas.

Para concluir este breve marco conceptual, que permite construir a la educación en torno a la sexualidad como objeto de estudio, vale articular las nociones de Gayle Rubin con los planteamientos anteriores. Rubin interpreta la sexualidad desde el sistema sexo-género, aquel “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (1986, 97).

Este texto pone en diálogo las experiencias de agentes vinculados con el campo educativo a la luz del marco conceptual planteado y los documentos analizados siguiendo a Ragin (2007), quien sugiere que el diálogo entre las pruebas empíricas y las ideas generadoras ayudan a afinar el objeto de investigación. Las experiencias llegan desde las memorias que, como indica Jelin (2002), tienen un componente emocional que atraviesa los cuerpos, y posibilita comprender cómo se construyeron los saberes, representaciones y significados de los sujetos sobre la sexualidad y las políticas educativas relacionadas con ella. Estas memorias, saberes y prácticas se generan en un contexto específico. Para este caso particular se consideran las experiencias de algunas personas que participaron en la formulación o implementación de las políticas referidas desde el Ministerio de Educación.

La vinculación del Estado con la vivencia de la sexualidad en lo cotidiano configura formas de entender la educación en sexualidad como un instrumento de normalización. Pretende, por una parte, generar ciertas conductas y, por otra, prevenir las que se consideran problemas en contextos espaciales e históricos concretos. Por tanto, estas relaciones van cambiando en función del tiempo, de las necesidades de la sociedad y de los actores que toman las decisiones. En este sentido, el presente análisis aborda las políticas generadas a partir de 1998 y hasta 2017.

Las políticas de educación sexual como parte de un proceso histórico

En el año 1998 se reconoció la necesidad de incluir, de forma oficial, la educación en sexualidad, lo que responde a ciertas características históricas y contextuales que promovieron la formulación de políticas cuyos objetivos perseguían transformar situaciones de desigualdad o al menos reconocerlas. Los estudios del género nos brindan una entrada para entender estos procesos de transformación social. Así, Guzmán y Montaña (2012, 5-6) sugieren:

Las transformaciones de las relaciones de género no son solo el producto de la voluntad y la acción de los actores [...] sino también de las oportunidades y restricciones que ofrecen las normas institucionales que regulan las relaciones entre los sujetos. Las normas a su vez son el resultado de procesos históricos específicos que se deben considerar como el andamiaje político institucional en el que se construye la igualdad de género.

Estos procesos históricos están condicionados a las realidades por las que atraviesan los Estados. El proceso de desarrollo y ejecución de las políticas, planes y programas educativos en materia de sexualidad ha sido largo y presenta variaciones significativas durante el período analizado. Estas responden al enfoque con el que se diseñan y, en línea con las aseveraciones de Guzmán y Montaña (2012), con las oportunidades y restricciones que se generan desde la institucionalidad.

La formulación y objetivos de la política responden a fines puntuales de los gobiernos, y están vinculados con el modelo de desarrollo que se implementa. Este no es un proceso lineal; en política pública parece existir un avance o retroceso en los temas relacionados con la sexualidad. Ecuador ha transitado, desde 1998 hasta 2017, por seis políticas, planes y programas que correlacionan educación y sexualidad, ya sea desde la normativa general o disposiciones específicas (tabla 1.).

Tabla 1. Políticas, planes y programas de educación sexual en Ecuador: 1998-2017

Política/Plan/Programa	Vigencia
Ley 73. Ley sobre la Educación para la Sexualidad y el Amor	1998-2008
Constitución Política Art. 23 numeral 22, 25; Arts. 43, 49 y 66	1998-2008
Acuerdo Ministerial 910. PLANESA	2000-2003
Acuerdo Ministerial 3152. PRONESA	2003-2006
Acuerdo Ministerial 403	2006-2012
Plan Andino de Prevención de Embarazo en la Adolescencia	2008-2012
Constitución. Arts. 11, 66, 347 numerales 4 y 6	2008
Ley Orgánica de Educación Intercultural	2010
Estrategia Nacional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en la Adolescencia (ENIPLA)	2011-2014
Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Plan Familia	2014-2017

Cada una de estas políticas y programas responde a ciertas condiciones particulares del país, especialmente las relacionadas con los cambios de gobierno o modelo de desarrollo, y abordan el género, edad, sexualidad, clase y etnia de forma diferenciada. Por tanto, el enfoque con el que se entiende la sexualidad determina el tipo de política educativa que se genera, lo cual puede constatarse en el análisis de cada período.

Educación sexual en el contexto neoliberal: la década del PLANESA: 1998-2007

El contexto ecuatoriano, en 1998, presentaba una crisis política e institucional. El Estado atravesaba momentos de inestabilidad que desembocaron en el derrocamiento de Abdalá Bucaram, en 1997, el gobierno interino de Fabián Alarcón y el llamado a consulta popular para la promulgación de una nueva Constitución, en junio de 1998, la que, según Salazar (2010, 7), estaba alineada con la corriente global del neoliberalismo de la época.

Tres meses antes de la aprobación de la nueva constitución, el Congreso Nacional formuló la Ley 73 o Ley sobre la Educación de la Sexualidad

y el Amor en la que se cita a la Constitución de 1979, específicamente el artículo 32 que contempla “el deber de proteger a *la familia como célula fundamental de la sociedad*, garantizándole *las condiciones morales, culturales* y económicas que favorezcan la consecución de sus fines, *y protege el matrimonio, la maternidad y el haber familiar*” [el énfasis es mío]. Este preliminar a la ley otorga relevancia a un tipo de familia, al matrimonio y a la maternidad. En el artículo 1 establece la obligatoriedad de la educación en sexualidad y amor como eje transversal en todos los niveles de la educación inicial, básica y de bachillerato. En tanto, el artículo 2 de la Ley 73 señala:

La educación sobre la sexualidad y el amor se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, *los valores éticos y morales conforme las culturas existentes*, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad [el énfasis es mío].

Esta ley representó un gran avance, institucionalizó la educación para la sexualidad y la volvió obligatoria en todos los niveles educativos. Sin embargo, el problema radicaba en qué tipo de educación sexual se desarrollaría. El artículo 2, sobre este punto, expresa su realización conforme a los valores éticos y morales de las culturas existentes. Esto implicaba una visión moralizante de la sexualidad puesto que respondía a los valores morales dominantes de la época. El mismo nombre de la ley da una idea de los enfoques sobre los cuales se desarrolló. La idea de vincular la sexualidad con el amor no es inocente, responde a un imaginario de “lo permitido” y “lo prohibido”, lo que el gobierno promovía como deseable tal como señala el considerando citado.

Esta ley otorgaba al Ministerio de Educación y Cultura la misión de desarrollar los planes y programas necesarios para la implementación de la educación sexual; adicionalmente ordenaba la capacitación al magisterio ecuatoriano en torno a la educación para la sexualidad y el amor. Luis Álvarez señala que dicho Ministerio no pudo materializar esto, en parte por la crisis económica que atravesaba el país, pero también por la falta de

capacidades de los funcionarios de la época.² Así, el Ministerio competente de esta tarea emitió el Acuerdo Ministerial núm. 910 de mayo de 2000 con el Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (PLANESA). La formulación de este acuerdo surgió en pleno contexto de transición económica a la dolarización.

Tanto la Ley 73 como el PLANESA no integraron de forma explícita las desigualdades de género, sino que se consideró a la educación para la sexualidad como un aspecto homogéneo,³ que respondía a ciertos valores morales y al criterio de quienes toman las decisiones. Esta política exigía a las instituciones educativas un reporte sobre las actividades desarrolladas en torno a la educación para la sexualidad y el amor en las instituciones educativas. El Ministerio de Educación no logró generar procesos de capacitación masivos a docentes nuevamente en función de la asignación presupuestaria para esta política.⁴

Para el año 2003, el primero de la presidencia de Lucio Gutiérrez, en un contexto de inestabilidad política menor al del año 1998 y 2000, el Ministerio de Educación y Cultura promulgó el Acuerdo 3152 que creó el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (PRONESA) con la finalidad de operativizar el PLANESA en las instituciones educativas a nivel nacional. Este programa tenía, entre sus funciones, la definición de la política, estrategia y lineamientos técnico-pedagógicos para la adecuada inserción de la educación de la sexualidad y el amor en el ámbito nacional; incluía temas de prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/sida; promovía la participación de la comunidad educativa⁵ en los procesos de educación sexual (Ministerio de Educación y Cultura 2003).

El 10 de agosto de 2006 se promulgó el Acuerdo Ministerial 403 que institucionalizó la educación sexual en los niveles de educación básica y bachillerato, así como la responsabilidad del equipo técnico del PRONESA en la

² Entrevista realizada por el autor a Luis Álvarez, “Transformación de la política educativa en torno a la educación sexual”, 16 de abril de 2016.

³ “Homogéneo” en este sentido implica la negación de las diferencias de clase, raza, sexualidad y contexto geográfico.

⁴ Entrevista a Luis Álvarez, 16 de abril de 2016.

⁵ Se entiende a “comunidad educativa” como madres, padres, estudiantes, docentes y directivos.

implementación de dicha educación, que se dirigía a la prevención de embarazos, y abordaba temas de prevención sobre ITS, VIH/sida, maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual (Ministerio de Educación 2006). Este acuerdo se produjo en etapa de elecciones presidenciales, cuando terminaba el período de Gustavo Noboa, y se indicaba una amplia posibilidad de que un candidato cercano a la izquierda pudiera ganar las elecciones. La misión del PRONESA consistía en:

Informar, educar, comunicar y orientar en la Educación de la Sexualidad y el Amor a los/as niños/as, adolescentes, padres, madres de familia y maestros/as, *basándose en principios y valores*, así como en la capacidad de *ejercer sus derechos*, insertando el contenido de educación de la sexualidad en el currículum del sistema educativo (Ministerio de Educación 2008) [el énfasis es mío].

Esta visión mantuvo, por una parte, el tema de principios y valores, pero por la otra incluyó el enfoque de derechos. Este avance posibilitó tener otra mirada alrededor del género que se mencionaba en sus políticas nacionales:

Promover la *igualdad de oportunidades para mujeres y hombres*, con un enfoque humanista integral durante el ciclo de vida.

Propiciar la formación integral de la persona, que le permita vivir su sexualidad libre, placentera, saludable y responsable basada en valores, respeto, dignidad y el conocimiento.

Promover la participación activa, reflexiva y crítica de la familia, la comunidad educativa, medios de comunicación y de la sociedad alrededor del tema (Ministerio de Educación 2008) [el énfasis es mío].

Estas políticas representaron un gran avance en el tema de derechos y género: a través de ellas se reconocían las desigualdades, se planteaba la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y el desarrollo de algunas competencias, principalmente en estudiantes. Vale señalar que con el PRONESA se indicó la prevención del embarazo en adolescentes de forma explícita, se consideraron algunos temas de género, en especial, la erradicación de la violencia con base en el género, en el ámbito educativo. Adicionalmente,

se generaron procesos de capacitación a funcionarios administrativos del Ministerio competente y procesos de formación que incluían a docentes. Según Álvarez, el programa contaba con presupuesto para desarrollar estas actividades y, sobre todo, el componente de VIH/sida, que respondía a las demandas de la cooperación internacional que se manifestaba especialmente a través del Fondo Mundial para la Erradicación del sida/VIH, la Malaria y la Tuberculosis (FMSIDA).⁶ A partir de 2006, la cooperación internacional en el país tuvo mayor relevancia en cuanto a los contenidos de la educación para la sexualidad y asignó recursos en el ámbito central y local para la ejecución de planes y programas.

Como se sugiere en este apartado, las políticas en torno a la sexualidad generadas en el período 1998 hasta 2006 respondían a contextos de crisis políticas y económicas. El Estado ecuatoriano vivía la consolidación de un modelo de desarrollo neoliberal en el que los recursos asignados a la educación, especialmente a las políticas educativas en torno a la sexualidad, fueron más bien escasos. En palabras de Lopreite (2012, 131), “las políticas de ajuste estructural implementadas durante la década de 1990 implicaron una transformación de estos regímenes en un sentido más liberal”.

Si bien durante mi investigación no encontré un registro documental que demostrara la participación de las mujeres en la formulación de estas políticas, los funcionarios de ese entonces, como Álvarez, señalan que especialmente a partir de 2006, las políticas educativas en torno a la sexualidad fueron ampliamente cuestionadas por grupos de jóvenes y organizaciones de mujeres.⁷

Según Cinthia Cuero, los grupos de jóvenes y mujeres participaron poco en el proceso de formulación de la política. Esta resultaba incompleta pues no tenía coordinación intersectorial y no existían contenidos desarrollados para los docentes, hecho que imposibilitaba la puesta en práctica de lo planificado.⁸ Las propuestas no cuestionaban de forma radical los roles

⁶ Entrevista a Luis Álvarez, 16 de abril de 2016.

⁷ Entrevista a Luis Álvarez, 16 de abril de 2016.

⁸ Entrevista realizada por el autor a Cinthia Cuero, “El rol de los movimientos de jóvenes y mujeres en la transformación de la política pública en materia de educación sexual”, julio de 2017.

tradicionales de género; desde su punto de vista, participaban en la reproducción de formas de discriminación y se materializaban en el currículo. Especialmente, reclamaban educación sexual de calidad, que esté vinculada con la provisión de métodos anticonceptivos y la protección social para garantizar el derecho a la educación, la continuidad de los estudios, el derecho a decidir sobre la vida sexual y a vivir una vida libre de violencia, haciendo referencia principalmente al Acuerdo de 2008 denominado Prevenir con Educación, declaración firmada por los ministros de educación y salud de América Latina.

Lo relatado indica que este tipo de políticas están sujetas a un nivel que en palabras de Guzmán y Montaña (2012, 17):

abarca las políticas específicas o “soluciones políticas” propuestas por los responsables políticos (*policy makers*) [...]. Estas ideas pueden coexistir sin contradicción con los marcos de sentido tradicionales sobre los papeles de hombres y mujeres que sustentan el conjunto de las acciones de los gobiernos.

Es decir, al menos hasta 2006, las políticas formuladas no cuestionaban los roles de género tradicionales y proponían más bien acciones particulares en una lógica de reproducción.

A partir de 2006, lo propuesto por el PRONESA, si bien consideró efectivamente un enfoque de género dirigido a alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres, abordó la violencia sexual y la violencia basada en el género, dejó oculto el tema de las sexualidades diversas, y las relaciones desiguales entre docentes y estudiantes en razón de la edad. Tampoco generó contenidos dirigidos a la población en función de su nacionalidad ni consideró las diferencias de clase. El enfoque predominante de esta década se dirigía al disciplinamiento del estudiantado para la reproducción de los valores morales dominantes, objetivo que no pudo conseguirse por el contexto de crisis política. Debido al poco impacto de las políticas educativas formuladas en torno al embarazo en adolescentes como problema, este se fue politizando en el transcurso del tiempo y puso de manifiesto la necesidad del cambio de enfoque en relación con dichas políticas.

Del enfoque de derechos al enfoque de valores: del Plan Andino al Plan Familia, período 2008-2017

A partir de 2007, en América Latina se posicionó la necesidad de abordar el fenómeno de los embarazos en la adolescencia de forma directa. La cooperación internacional, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas, incidió en la consolidación de un acuerdo entre países andinos, el llamado Plan Andino de Prevención de Embarazos en Adolescentes que, según el documento, surgía

en respuesta al mandato de los ministros de salud de la Subregión Andina emitido durante la versión 28 de la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina –REMSAA XXVIII–, realizada en el año 2007 en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra-Bolivia (Plan Andino 2008).

El mencionado plan, sobre la base de investigaciones realizadas y los datos de las encuestas sociodemográficas del país, señalaba:

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %. La tendencia de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, llegando a 100x1000 NV (Plan Andino 2008).

Estos datos politizaron el tema del embarazo y la educación para la sexualidad, lo que promovió la necesidad de generar respuestas más amplias que las dirigidas únicamente al sistema educativo o al sistema de salud. Proponía un trabajo intersectorial y se trabajó en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador, documento que fue realizado en coordinación con los ministerios de Educación, Salud, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social, CONAMU, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), Proyecto Ecuador Adolescente de la mano de las ONG, Plan Ecuador y UNFPA (Plan Andino 2008).

Se evidenció una transición del enfoque de problema de salud pública a problema social e individual en el que se consideraron a las desigualdades de género como un factor estructural de las sociedades. A su vez, se promovió un enfoque de género y de derechos en la formulación de la política con lo cual se evidenció la necesidad de generar cambios estructurales en los sistemas de significación. Como muestra de ello, el plan mencionaba:

La cultura patriarcal incide en un sentido sexual de poder y dominación con una clara definición de roles de género para la mujer y la niña que atraviesa los ámbitos familiares y sociales con la posesión del más débil. Los y las adolescentes plantean que sus parejas no asumen el embarazo, refieren desde maltrato hasta obligarles a abortar, cuyo denominador común es el no reconocimiento de que las adolescentes embarazadas tienen derechos y el primero de ello es la decisión sobre su cuerpo y su vida (Plan Andino 2008).

A pesar de que fue diseñado de forma intersectorial, no tuvo el respaldo político para la ejecución; su iniciativa se quedó en el nivel técnico. Sin embargo, abrió la posibilidad de generar un trabajo intersectorial y articulado, en el que la educación para la sexualidad fuese vista como un derecho. Esto se gestó en el contexto de una nueva Asamblea Constituyente que transformó al Ecuador: el país pasó de ser un Estado de Derecho, basado en la norma escrita, a ser un Estado Constitucional de Derechos y Justicia, que garantizaba el cumplimiento de los derechos por encima de la norma.

De ese modo, con la Constitución de 2008 se establecía que el Ministerio de Educación tenía como competencia fundamental la educación y la formación de las personas. Tal ministerio se convertía en la instancia rectora de la política educativa, por lo tanto, toda intervención externa al Ministerio de Educación, sea por parte de organizaciones de la sociedad civil u otras instancias estatales, debía ser coordinada y estar alineada a las políticas establecidas por el ministerio.

En 2010, durante el segundo mandato de Rafael Correa y en coincidencia con la fuerza de lo que se denominó el giro a la izquierda en América Latina, el gobierno ecuatoriano retomó algunos aspectos señalados en el Plan Andino de Prevención de Embarazos Adolescentes, así como en la

declaración Prevenir con Educación, para generar la ENIPLA. La estrategia surgía como una respuesta a las demandas de la sociedad civil en torno al embarazo en adolescentes y la mortalidad materna. En su inicio estuvo liderada por el Ministerio de Salud Pública que luego compartió competencias con los ministerios de Educación e Inclusión Económica y Social, enlazados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

La ENIPLA tenía tres ejes específicos. El primero se refería a los servicios de salud sexual y reproductiva, que incluía la provisión de métodos anticonceptivos. El segundo se relacionaba con la educación para la sexualidad integral y el desarrollo de capacidades en las personas adolescentes para la toma de decisiones autónomas y responsables. El tercer componente tenía que ver con el cambio de patrones socioculturales, o sea, la promoción del reconocimiento y eliminación de las desigualdades basadas en el género.

La propuesta de los ejes de la ENIPLA se alineaba con el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV), 2009-2013 (SENPLADES 2009). El PNBV, en teoría, consistió en una propuesta de posdesarrollo, es decir, se alejaba de los conceptos desarrollistas tradicionales cuyo fin era la acumulación de capital, y ponía como centro y objetivos al ser humano y su desarrollo integral. Esta premisa, aunque es subjetiva, abría la posibilidad de pensar en otras formas de relacionarnos y abordar de manera distinta las desigualdades conectadas por clase, género, raza, sexualidad y generación. La ENIPLA fue quizá la única estrategia que contó con una medida de evaluación en función de la disminución de embarazos. Así, desde el Ministerio de Salud Pública se señaló:

En el período 2010-2013 Ecuador logró un récord internacional en disminución del embarazo de adolescentes, en el marco de estrategias intersectoriales de intervención: en personas de 10 a 14 años se redujo en un 10,2 %, y en personas de 15 a 19 años de edad se redujo en un 12,9 %. Tan solo se acercan a este logro, en el mismo período, en el grupo de 15 a 19 años, Honduras (12,2 % de reducción) y Estados Unidos (11,7 % de reducción) (Ministerio de Salud Pública 2014).

Sin embargo, la aplicación de ENIPLA causó la oposición de grupos conservadores que rechazaban la dotación de anticonceptivos, especialmente la anticoncepción oral de emergencia en los centros de salud, y la

educación sexual en instituciones educativas.⁹ Esto muestra cómo operan en un mismo campo, según Bourdieu, distintas posiciones de fuerza. Por un lado, fuerzas más conservadoras vinculadas a los grupos que niegan el acceso a anticoncepción y la capacidad de decidir de las personas jóvenes y, por otro, aquellas que tienen una relación más cercana con los derechos humanos plantean como una necesidad básica el acceso a métodos anti-conceptivos y a la educación integral de la sexualidad.

En el último cuatrimestre de 2014, dentro del mismo gobierno, se promovió un cambio en la política pública sobre el tema. En noviembre de 2014, la ENIPLA terminó y se dio paso al Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (Plan Familia) cuyo eje fue “la recuperación de los valores” (Hernández et al. 2015). Esto en medio de un gran debate nacional acerca de los contenidos y formas de la estrategia, más que sobre sus logros.

Montaño y Guzmán (2012, 22) sugieren que “la inscripción de los problemas en la agenda institucional está influida igualmente por ciclos políticos más globales, coyunturas electorales, alternancias parlamentarias, momentos de realineamiento de fuerzas políticas y crisis inesperadas que pueden facilitar o entorpecer la consideración de nuevos problemas públicos”. En este caso se transitó de un problema social, al que se denominó un problema de valores, en un evidente giro de la política en materia de sexualidad por parte del mismo gobierno, que empezó con líneas más progresistas pero que, en el contexto de una disminución de ingresos, decidió modificar su enfoque.

El año 2014 representó un quiebre en el modelo de gobierno del país; las contradicciones entre el modelo teórico y la práctica política se hicieron evidentes en la política educativa en torno a la sexualidad. El nuevo plan tuvo como problema central:

La fragilidad familiar respecto a la vivencia de la afectividad y sexualidad se consideran: el poco sentido de “pertenencia familiar”; la carencia de un programa de educación de la afectividad y sexualidad con enfoque de familia; la falta de conciliación familia-trabajo; el acceso limitado a información completa, científica y veraz; la limitada vivencia o no vivencia de

⁹ Entrevista a Luis Álvarez, 16 de abril de 2016.

valores humanos como respeto, solidaridad, generosidad, responsabilidad, persistencia; la inequidad de género; e ideologías reduccionistas en la visión de la sexualidad (Hernández et al. 2015, 15).

Esta nueva política significó un giro conceptual en torno al género en comparación con lo propuesto en el Plan Andino y en la ENIPLA, ya que el Plan Familia consideraba al enfoque de género como peligroso y reduccionista. Sin embargo, respondió también a las ideas dominantes de la época. Minteguiaga y Ubasart-González (2014, 93) sugieren que durante el primer período de la Revolución Ciudadana no se traspasó el cuidado de la responsabilidad familiar a otras esferas, ni se identificó una interpelación sustantiva de la estructura patriarcal. Señalan que continuó la idea de las mujeres y madres como cuidadoras. Se observa un rastro de esta afirmación en el Plan Familia, cuando este mencionaba que educar en afectividad y sexualidad “es también educar para el amor, el respeto, la entrega, el compromiso, el autodominio, la fidelidad, la amistad, la sinceridad, la generosidad” (Hernández et al. 2015, 14). Además, promovía un tipo de relación específica: la heterosexual monogámica (Rich 1999; Rubin 1989), como base para una familia considerada adecuada por quienes formularon la mencionada política.

Para despatriarcalizar una sociedad se debe repensar la estructura familiar (Minteguiaga y Ubasart-González 2014, 91), sin embargo, aquella política de educación para la sexualidad no promovía este interés, sino que reforzaba el modelo familiar en el que “el hombre es el proveedor y la mujer está dirigida a lo doméstico” (Lopreite 2012, 130), con lo que reafirmaba los roles tradicionales de género. En esta línea, el plan indicaba que “el verdadero camino para que se reconozca la igual dignidad y derechos entre hombre y mujer pasa por la aceptación de su diversidad natural. *Hombre o mujer ‘se es’ y no solo ‘se construye socialmente’* –ambos factores son fundamentales en la persona–” (Hernández et al. 2015, 43) [el énfasis es mío]. El párrafo da cuenta de la mirada sobre el género del mencionado plan, mirada biologicista que ignoraba las desigualdades basadas en el género y tendía a reforzarlas. Esto se enmarcó además dentro de lo que Rich (1999) denomina heterosexualidad obligatoria, que permea los contenidos trabajados con docentes y estudiantes.

Por una parte, existen similitudes de esta política con la planteada en 1998, y cuya base fue la Constitución de 1979 en cuanto a la idea de familia. Por otra, es necesario mencionar que, en 2014, año de formulación del Plan Familia, Ecuador empezó un nuevo ciclo de crisis económica que también se materializó en el campo político.

Así, en palabras de Guzmán y Montaña, “la acción del Estado se ejerce sobre una realidad configurada por las relaciones de género, en tanto este constituye uno de los ejes de diferenciación social que estructura las relaciones sociales” (2012, 10). El modelo de desarrollo se expresa en la forma en que se aborda el género en las políticas públicas, y las referidas a educación para la sexualidad son una muestra. Confirman lo sugerido por Bourdieu (2005) y Giroux (1986) acerca de cómo las relaciones entre escuela y economía (en este caso, escuela y modelo de desarrollo) posibilitan la concepción de nuevas formas de expresión de la política educativa.

Las políticas en torno a educación y sexualidad no han considerado precisamente el papel de los agentes educativos. Más bien parecerían depender de la voluntad política de turno y sus formas valóricas relacionadas con la concepción de la sexualidad que centran su mirada en el riesgo.

El enfoque de riesgo: regulación y educación de la sexualidad en las políticas de prevención de embarazos

La descripción de las políticas y su temporalidad responden a procesos de politización de la sexualidad que podrían, en principio, estar asociados con la idea de regulación de los cuerpos materializando las formas de dominación y reproducción mencionados por Bourdieu (2005) y Giroux (1986). Esto se entiende toda vez que uno de los factores que aparece de modo recurrente en las políticas formuladas tiene relación con los embarazos en la adolescencia y las formas en que se vive y entiende la sexualidad en ese grupo. Al tiempo, la mayor parte de intervenciones se dirigieron particularmente a adolescentes. De esa manera, con el único fin de establecer comparaciones, en este artículo se considerará a la adolescencia desde su dimensión etaria, es decir, la población ubicada entre los 10 y 19 años.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la tasa de embarazo en adolescentes ha tenido un crecimiento desde 1990. Para acercarnos al número de embarazos se utilizaron los datos de fecundidad asociados con el número de nacidos vivos en mujeres entre estas edades.

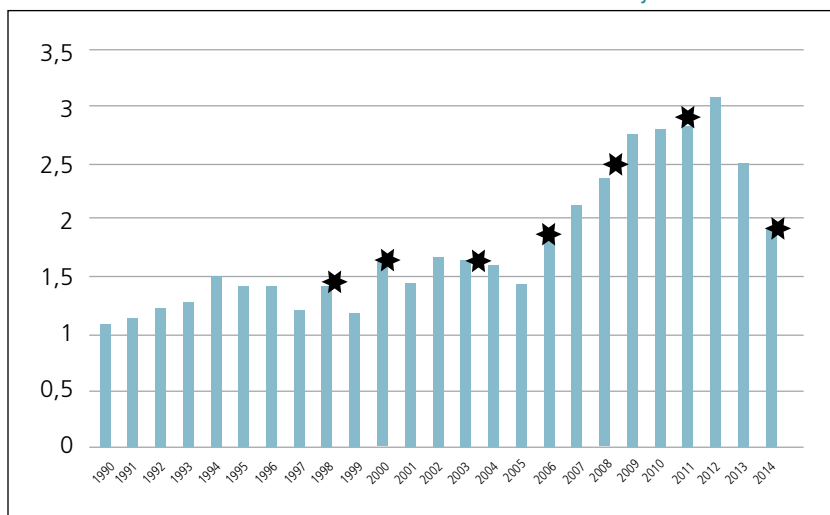
Metodológicamente se dividió a la población con base en dos criterios. El primero fue el etario que, en general, se usa para la formulación de políticas públicas específicas y, el segundo, la división que establece la normativa legal. Tanto en el Código Penal de 1938 –reformado por última vez en el 2000 y vigente hasta el 2014– como en el COIP –en vigencia desde 2014–, se considera que todo embarazo y relación sexual con una persona menor de 14 años es violencia sexual.¹⁰ Se realizaron dos cortes poblacionales para identificar el riesgo. Un primer grupo se refiere a las adolescentes de entre 10 y 14 años, en el que todo embarazo es producto de violencia sexual; y el segundo grupo, integrado por personas de 15 a 19 años, en el que las causas de embarazo son diversas.

El gráfico 1. muestra la tendencia al embarazo en la población correspondiente al primer grupo. En este gráfico se observa la evolución del embarazo adolescente en este segmento poblacional; las estrellas corresponden a las políticas emitidas en torno a la educación sexual. Se percibe que desde 1990 a 1999 existió un aumento gradual de la tasa de embarazo, de 1,1 a 1,2 con picos intermedios. Sin embargo, desde de 1999 hasta 2012 aumentó de 1,2 a 3 puntos, es decir, más del doble en un período de 10 años, con un crecimiento sostenido desde 2005 hasta 2012. Solamente existe una disminución significativa en el período 2012-2014: de 3 puntos a 1,8 puntos.

En el mismo gráfico, las estrellas marcan los puntos en que la política educativa en relación con la educación sexual fue emitida o modificada; así, las políticas generadas parecen no coincidir con el fenómeno del embarazo en este segmento de población, lo cual indica que la normativa en educación sexual no está relacionada con los embarazos o existen otros factores más representativos. La ENIPLA es la excepción, o sea, en el período de implementación de esta política hubo evidencia real de una

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

Gráfico 1. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 10 y 14 años

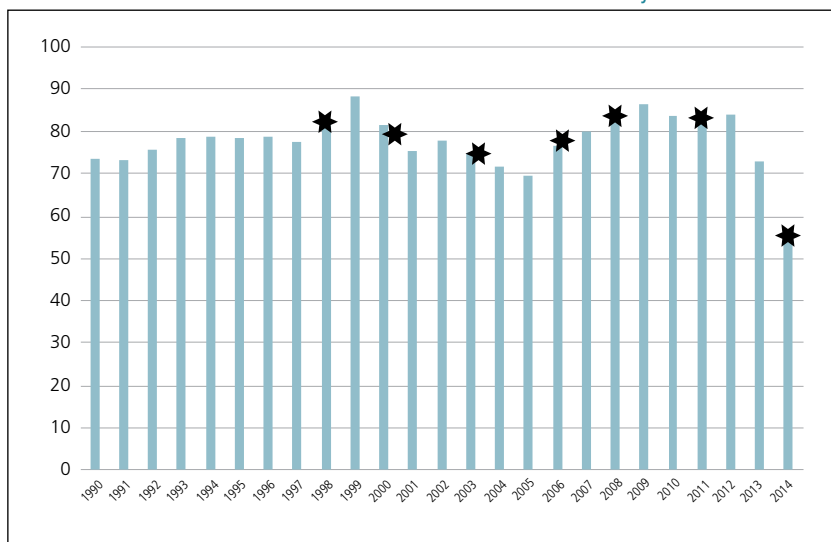


Fuente: INEC 2017.

disminución de embarazos en este segmento. Por lo tanto, resulta extraña la sustitución de esa estrategia en 2014. El reemplazo de la ENIPLA por el Plan Familia, a finales de 2014, no tuvo sustento técnico, sino que parecía motivado por razones políticas y convicciones morales de quienes decidían sobre la política pública en esta materia. Finalmente, destaco que, pese a que el mencionado plan se dio por terminado en mayo de 2017, no se formuló ninguna estrategia en su reemplazo.

El grupo de mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años presenta similitudes en relación con el grupo anterior como se muestra en el gráfico 2. Aquí se evidencia la tendencia de embarazo en adolescentes desde 1990 hasta 2014, marcadas con estrellas las fechas en que se emitieron las políticas relacionadas con la educación sexual. De manera similar al grupo anterior, solamente existe una disminución significativa en el período 2012-2014. Se discierne que la formulación de políticas no coincide con el fenómeno del embarazo en adolescentes, pues si bien en el discurso se relaciona con un problema de salud pública que politiza la sexualidad y obliga al Estado a generar políticas, al parecer existen otros factores que

Gráfico 2. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años



Fuente: INEC 2017.

determinan el establecimiento y los contenidos de las disposiciones en materia de educación sexual. Lo señalado, en coincidencia con el grupo anterior, tiene a la ENIPLA como única política que fue efectiva y, sin embargo, fue reemplazada al finalizar el 2014.

Este breve análisis de la situación del embarazo en adolescentes muestra que, aunque la justificación de las políticas se relaciona con un enfoque de riesgo asociado al embarazo, en la práctica los datos no coinciden con tal formulación o con los impactos generados. En otras palabras, las políticas en materia de educación sexual tienen que ver con más factores que los relacionados con determinantes de salud, aun cuando persiste el discurso vinculado con el riesgo. Por tanto, es necesario un análisis más profundo de la problemática que vincule el modelo de desarrollo del país con la decisión de formular las políticas.

Los datos muestran que solamente la ENIPLA tuvo un impacto positivo relacionado con el objetivo de su formulación, hecho que se explica por la modalidad de la estrategia implementada, puesto que coordinó la

prestación de servicios de salud, educación y protección social, así como la promoción del cambio de patrones socioculturales en torno a la sexualidad. En contraste, las demás políticas, planes y programas tuvieron un comportamiento errático y no se relacionaron con el fenómeno del embarazo no deseado en la población joven.

Como los datos desde 2015 en adelante no se encuentran disponibles, el análisis del impacto del Plan Familia en esta línea no se pudo realizar. Sin embargo, se estima que la tendencia producida por la ENIPLA haya quedado insubsistente considerando que, en materia de educación, el estudiantado tiene una trayectoria educativa mínima de 10 años y obligatoria de 13.

Nuevamente, es necesario considerar que el Plan Familia se introdujo cuando los efectos de la estrategia anterior alcanzaron sus mayores resultados en disminución de embarazo no deseado en mujeres jóvenes. En línea con lo mencionado en la discusión del gráfico anterior, parecería ser que el cambio de las políticas en esta materia responde a las razones políticas y convicciones morales de quienes toman decisiones en el gobierno.

Algunas reflexiones sobre la política educativa en materia de sexualidad

La política en materia de educación para la sexualidad y su ejecución se condicionan presumiblemente por la voluntad política y los valores morales de quienes toman decisiones, por la disponibilidad y asignaciones presupuestarias para la ejecución de las mencionadas políticas, por las capacidades de los funcionarios públicos para implementarlas, así como por la estabilidad o inestabilidad económico-política de un Estado. A ello se suman los sentidos que, sobre la sexualidad, se discuten y negocian en las relaciones cotidianas, hecho que guarda relación con el modelo de desarrollo que adopta un gobierno. La sexualidad constituye uno de los aspectos sobre los que más se debate en todos los ámbitos, pero cuando se vincula con la educación, surgen nuevas contradicciones que permean la política pública. Estas se vinculan con los contenidos y enfoques que integran tanto

la aceptación como el rechazo por parte de las personas que implementan, ejecutan y “reciben” estas políticas.

Las políticas que correlacionan la educación y la sexualidad dan cuenta, en mi criterio, de cuáles son los valores morales dominantes en cierto período de tiempo y, a la vez, de las luchas por mantener unas ideas u otras en la esfera de lo público. Así, los primeros planes se formularon en el contexto de una Constitución de corte neoliberal, la de 1998, en la cual la norma está sobre los derechos. Los planes formulados en concomitancia con la Constitución de 2008, en teoría garantista de derechos, consideraban más aspectos específicos. Sin embargo, en 2014 se produjo una ruptura relacionada con la crisis económica y se manifestó en el cambio de la política de educación para la sexualidad. Hecho similar ocurrió en 2017, año en el cual, aunque en teoría permanecía la misma línea de gobierno, se dio un cambio radical al finalizar el Plan Familia por vía de un decreto. El retroceso en temas de derechos, que se marca en el último cuatrimestre de 2014, también expresa las formas en que se gestiona el Estado desde el gobierno de turno: esto podría constituir un indicador sobre el modelo de desarrollo y cómo un gobierno que empezó con un discurso progresista se fue alineando con los mandatos del neoliberalismo.

Lo analizado muestra transiciones en función del modelo de desarrollo; en momentos se privilegian ciertos aspectos sobre otros. No obstante, entre las políticas analizadas, ninguna da cuenta de la raza y la clase de forma específica, las diversidades sexuales continúan marginadas y las desigualdades con base en el género están nuevamente en el debate. Parecería que en el período 1998-2011 hubo una particular progresión en esta materia, especialmente en lo relacionado con los derechos sexuales y derechos reproductivos. Este sentido de progresión constituyó, sin duda, un gran avance para la sociedad y se evidenció principalmente en la promulgación e implementación de la ENIPLA.

Sin embargo, la inestabilidad política vinculada con el cambio de gobierno también se refleja en este aspecto, pues la continuidad de los planes desarrollados y las asignaciones presupuestarias disponibles parecerían relacionarse con la forma en que la educación y la sexualidad son concebidas por el gobierno de turno y las condiciones asociadas a los gobiernos –como

el ingreso—. Así, si bien la implementación de la educación sexual fue un gran avance en materia de derechos, los enfoques predominantes estuvieron regidos por paradigmas moralistas y biologists.

Junto con lo anterior cabe destacar que todos los programas incluyen la abstinencia sexual como uno de sus elementos, y desarrollan en modo diferente los otros contenidos. Solo el Acuerdo 403 y la ENIPLA trabajan desde un paradigma más integral, vinculando la perspectiva de género y los derechos humanos en educación. Mientras que el Plan Familia rompe el esquema y plantea un retorno al trabajo en valores y familias.

Tanto la ENIPLA como el Plan Andino responden a un momento histórico de transformación de un modelo de desarrollo basado en la acumulación de capital, y a otro basado en el bienestar de las personas, en el desarrollo de capacidades. En esta línea, ambas políticas pretendían abordar las desigualdades de género, área en que la ENIPLA abordó también aspectos de diversidades sexuales y demandas generacionales. Sin embargo, no consideraron factores específicos de raza y nacionalidad, así como de clase, lo que podría entenderse también como una forma de homogenización de la población.

Existen similitudes evidentes entre la Ley 73 de 1998 y el Plan Familia de 2014, pues se centran en promover un tipo de familia con elementos comunes y dirigida a la reproducción de un modelo neoliberal. El eje: la familia heterosexual nuclear con sus roles de género claramente diferenciados, reproductora de formas de desigualdad que vulneran especialmente a las mujeres. Esto, como sugiero, responde a un modelo de desarrollo, en el primer caso explícitamente neoliberal y, en el segundo, implícitamente. Es decir, esta política educativa sobre la sexualidad es una muestra de un retorno a políticas de corte neoliberal que niegan la posibilidad de un modelo de posdesarrollo como el Buen Vivir. El Plan Familia constituye un retroceso en las políticas en materia de sexualidad y educación: se cambia de un enfoque de derechos a un enfoque de valores que responden a la clase dominante y que anuncian sin duda el peligroso retorno del modelo neoliberal.

Solamente el Acuerdo 403 establece la obligatoriedad del trabajo de la sexualidad como asignatura independiente, mientras que los otros pretenden transversalizarla y complementarla con actividades extracurriculares. A partir

de este se generan actividades dirigidas a niñas, niños y adolescentes, ya que antes se trabajaba únicamente con adolescentes. De la misma manera, este acuerdo y la ENIPLA tienen componentes fuertes de trabajo sobre el tema de la violencia sexual, violencia basada en el género y diversidades sexuales, los que reducen su accionar en el Plan Familia y son básicamente inexistentes en los programas anteriores.

Uno de los aspectos más relevantes, y que constituye una deuda de todos los programas generados, es la inclusión de un enfoque intercultural en la educación de la sexualidad. El esquema planteado en los programas desconoce las múltiples realidades culturales presentes en Ecuador y genera acciones estandarizadas que apuntan a normalizar, homogenizar a la población, manteniendo las lógicas de reproducción. Ninguna de las políticas aborda las necesidades educativas especiales de las personas en situación de discapacidad y la educación integral de la sexualidad, hecho que en la práctica limita el ejercicio de los derechos de este grupo. De manera similar, se omiten las referencias acerca de las diversidades sexo-genéricas, a la vez que se reafirman las desigualdades que subyacen en torno al género. El desafío queda entonces planteado: resta alimentar el debate sobre el paradigma de la educación como instrumento civilizatorio y de la sexualidad como instrumento para la gestión de los cuerpos y las poblaciones.

Referencias

- Argüello, Sofía. 2008. “El clóset y el Estado. Ciudadanías sexuales en Ecuador y Bolivia”. Informe final del concurso: *Las deudas abiertas en América Latina y el Caribe*. Programa Regional de Becas CLACSO.
- Asamblea Constituyente. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Bourdieu, Pierre. 1997a. *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Traducido por Thomas Kauf. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 1997b. *Capital cultural, espacio social y escuela*. Bogotá: Editorial Siglo XXI.

- Bourdieu, Pierre. 2000. *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- 2005. “La dominación masculina revisitada”. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 67: 9-22.
- 2014. *Sobre el Estado*. Barcelona: Anagrama.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales del sexo*. México: Paidós.
- Foucault Michel. 2007. “El sexo verdadero”. En *Herculine Barbin*. Foucault, Michel Llamada Alexina B. Madrid: Talasa.
- (1998) 2007. *Historia de la Sexualidad volumen I. La voluntad de saber*. 25.^a ed. Madrid: Siglo XXI.
- Giroux, Henry. 1986. “Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico”. *Revista Colombiana de Educación*, 17 (enero): 1-39. <https://doi.org/10.17227/01203916.5140>.
- Guzmán, Virginia, y Sonia Montañó. 2012. *Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010)*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Héritier, Françoise. 2002. *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.
- Hernández Mónica, María Maldonado, Verónica López, Daysi Muñoz, Paulina Montenegro, Ericka Acosta, Iván Villarreal, Marcela Arroyo, y Carlos Guerra. 2015. *Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia*. Quito: Presidencia de la República del Ecuador / Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica. http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). 2017. Tasa de fecundidad adolescente 1998-2015. *Series históricas*.
- Jelin, Elizabeth. 2002. *Los trabajos de la memoria*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Lopreite, Débora. 2012. “Las mujeres y los niños primero, nuevas estrategias de inversión social en América Latina”. *Revista Nueva Sociedad*, 239: 122-136.
- Ministerio de Educación y Cultura. 2003. “Acuerdo Ministerial 3152”. Creación del programa nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor. Quito.

- Ministerio de Educación. 2006. “Acuerdo No. 403”. Quito: Ministerio de Educación de Ecuador.
- 2008. “Acuerdo Ministerial 910”. Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor. Ministerio de Educación. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2014. “Ecuador rompe récords internacionales en disminución del embarazo de adolescentes”. Acceso 12 de mayo de 2016. <http://www.salud.gob.ec/ecuador-rompe-records-internacionales-en-disminucion-del-embarazo-de-adolescentes/>
- Minteguiaga, Analía, y Gemma Ubasart-González. 2014. “Menos mercado, igual familia. Bienestar y cuidados en el Ecuador de la revolución ciudadana”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50 (septiembre-diciembre): 77-96.
- Palermo, Hernán. 2016. “Machos y brujas en la Patagonia. Trabajo, masculinidad y espacios de reproducción”. *Antípoda*, 25: 99-119. <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda25.2016.05>.
- Plan Andino. 2008. Plan Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes. Acceso 16 de mayo de 2016. <http://www.planandino.org/portal/?q=node/61> (contenido desaparecido de la web).
- Ragin, Charles. 2007. *La construcción de la investigación social*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores / SAGE Publicaciones / Universidad de los Andes.
- Rich, Adrienne. 1999. “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana”. En *Sexualidad, género y roles sexuales*, compilado por Marysa Navarro y Catherine R. Stimpson, 159-212. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rubin, Gayle. 1986. “El tráfico de mujeres. Notas sobre la ‘economía política del sexo’”. *Nueva Antropología* 8 (30): 95-145.
- Rubin, Gayle. 1989. “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”. En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, compilado por Carol Vance, 113-190. Traducido por Julio Velasco. Madrid: Talasa Ediciones.
- Salazar, Oswaldo Enrique. 2010. “La reforma política y la constitución de 1998”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador.

SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación). 2009. *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013*. Quito.

Wade, Peter. 2008. “Debates contemporáneos sobre raza, etnicidad, género y sexualidad en las ciencias sociales”. En *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanía y multiculturalismo en América latina*, editado por Fernando Urrea Giraldo, Mara Viveros Vigoya y Peter Wade, 41-66. Bogotá: Centro de Estudios Sociales (CES).

Parte 2
El aborto

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

Cristina Rosero Quelal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Dado a partir de los ingresos del hogar.

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

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

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

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

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

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

La ruta por los servicios estatales

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

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

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

⁶ Entrevista a la investigadora María Rosa Cevallos, 2012.

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

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

La ruta por los consultorios privados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las rutas por los servicios vinculados a ONG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las rutas múltiples

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

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

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

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

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

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

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

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

Factores de decisión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Juego de capitales y las trayectorias hacia el aborto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión: capitales, soberanía del cuerpo y aborto seguro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

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

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

María Rosa Cevallos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

² Entrevista a Ivone Araus, obstetra, 2011.

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

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

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

El biopoder encarnado en los cuerpos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diálogos en la Sala de Legrados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La maternización como castigo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dolor, silencio y muerte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalmente, la complicidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias

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

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

Parte 3
Maternidades
en disputa

Voces y prácticas adolescentes sobre el embarazo*

Soledad Varea

El embarazo adolescente es un problema de salud sexual y reproductiva aún irresuelto a nivel regional y en Ecuador. Pese a que ha llamado la atención del Estado, la sociedad civil y las ONG, esta situación parece crecer en lugar de erradicarse. De hecho, según el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes (Comité Subregional Andino 2012), nuestro país ocupaba el primer lugar de esta problemática en la región andina, y el segundo en América Latina. En el año 2012, de cada 100 hijos nacidos vivos, 20 fueron de adolescentes, y 10 de cada 100 adolescentes de 12 a 19 años son madres en el Ecuador. En la última década, el incremento de partos de adolescentes entre 10 y 14 años fue del 78 %, y en adolescentes entre 15 y 19 fue del 11 %; de cada 100 mujeres que son madres, 44 tuvieron su primer hijo entre los 15 y los 19 años (INEC 2013).

Las causas del embarazo adolescente han sido explicadas desde varias perspectivas. Se habla de desconocimiento de la prevención del embarazo entre adolescentes, a pesar de haber recibido educación sexual; de las dificultades para aplicar lo aprendido; del trato hostil del personal de salud; y en general, de la falta de confianza y del temor (Coalición Nacional de las Mujeres para la Elaboración del Informe Sombra de la CEDAW 2014). Tales argumentos han cambiado desde la década de los 90 y principios del 2000, cuando se hablaba de conductas de riesgo, peligros causados por la desestructuración familiar, la migración y la estructura económica.

* Una versión de este trabajo ha sido publicada con el título “Interrogando a las políticas públicas de embarazo en adolescentes en el Ecuador”, en la Memoria de las Jornadas de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, octubre de 2018.

En 2008, había planteado que son dos los problemas que podrían explicar el embarazo adolescente: la violencia sexual causada por el incesto y una agencia marcada por el deseo consciente o inconsciente que tenían muchas adolescentes de ser madres, debido a su exclusión de la vida pública en el país. Desde entonces el Estado ha intentado disminuir la tasa de embarazo adolescente. Primero encargó esta problemática a la ENIPLA que tenía un claro enfoque de derechos de las adolescentes, especialmente la prevención, a través del uso y acceso a métodos anticonceptivos incluida la PAE, la información clara y completa en centros de salud, colegios, familias, el conocimiento y empoderamiento de su cuerpo y sus derechos, etc. Más adelante, encargó este problema a los grupos más conservadores de la sociedad, específicamente al Plan Familia, que hizo materiales informativos con un enfoque de prevención basado en la familia, los valores y la abstinencia sexual.

En este artículo sostengo que el Estado y los funcionarios públicos encargados de las políticas para disminuir el embarazo adolescente no han logrado comprender las decisiones, deseos y sentimientos presentes en esta problemática. Sumado a esto, existen dificultades para manejar los casos de embarazo adolescente por causa de violencia y, específicamente, debido al incesto. Por ello realicé historias de vida y observación participante en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), la maternidad pública más importante y antigua del Ecuador. Allí elaboré una etnografía en el Programa de Atención a la Adolescencia y entrevisté a las usuarias adolescentes.

Argumento que resulta necesario analizar la agencia de las adolescentes alrededor de su maternidad, aquella que no ha sido tomada en cuenta por quienes elaboran y ejecutan las políticas públicas, ni tampoco por el personal de salud que, día a día, se enfrenta con ellas. Realicé la investigación en el 2005 en la Sala de Atención a la Adolescencia del HGOIA. El texto está dividido en cuatro partes: 1) Voces y prácticas adolescentes: el cuerpo maternal y la resistencia; 2) Emociones y deseos maternos; 3) Familias bricolajes; y 4) Maternidad violenta.

Voces y prácticas adolescentes: el cuerpo maternal y la resistencia

Con el Programa de Atención a la Adolescencia del HGOIA se analiza la situación de pobreza y violencia que viven las adolescentes desde una perspectiva de riesgo que no supera la beneficencia. Este enfoque médico, que no solo victimiza, también les quita protagonismo a las adolescentes, se manifiesta, por ejemplo, en las percepciones que tiene el personal de salud.

Para ilustrar el anterior planteamiento, traigo a colación una anécdota de mi trabajo de campo. Un día la psicóloga me dijo que yo no podía tomar fotografías en la sala, pues estaba penado por la ley, que equivalía a tomar fotos a niños y niñas de la calle. Siguiendo su analogía, le pregunté si todas las adolescentes que atraviesan por un embarazo son como infantes de la calle. Ella respondió que para el Programa todas son sujetos de riesgo y todas necesitan ayuda. De esta forma, para los programas de desarrollo, la maternidad adolescente siempre constituye un peligro.

Según mi perspectiva, mirar a las adolescentes como niñas impide reconocer su maternidad como una respuesta a la violencia y a la pobreza; una forma de ejercer el poder o el resultado de un deseo, una decisión o el amor. En el video “El toro por las astas”, para mostrar la problemática de las restricciones de ligadura de trompas, se entrevista a una madre de 25 años que ha tenido ocho hijos y pide que le ligen las trompas. A propósito del elevado número de hijos en mujeres jóvenes, una de las feministas entrevistadas afirma que el hecho de engendrar es el único poder que ejercen las mujeres en un sistema patriarcal. Desde esta perspectiva, probablemente, la maternidad adolescente también puede constituir una protesta corporal o silenciosa a las relaciones desiguales intergeneracionales (García y Sayavedra 1996).

A propósito de las otras caras o causas de la maternidad, a continuación presento la historia de vida de una madre adolescente con el objetivo de confrontar el discurso que maneja el Programa de Atención a las Adolescentes del HGOIA, los diarios y el llamado “mundo adulto”. Este testimonio es una forma de protesta ya que mi propuesta se inscribe en los enfoques subalternos. También pretendo ir más allá de la mirada demográfica.

Sigo a Scheper-Hughes (1997) cuando afirma que es necesario escuchar las historias de vida y los conocimientos de las mujeres para entender la problemática de su salud reproductiva.

Pati vive en el barrio La Internacional al sur de la ciudad de Quito, sobre una avenida pequeña que cruza una calle de tierra. Su departamento está ubicado en el segundo piso. Es posible reconocer la vivienda desde lejos por los vidrios color turquesa. Se trata de un edificio conformado por varios cuartos. Ahí comparte el espacio con la hermana gemela, una hermana y un hermano, mayores que ella. El lugar es relativamente grande, tiene tres dormitorios, una cocina y una sala donde está la televisión –entre otros objetos que mandó su madre desde España–, debajo de una repisa con algunos adornos de porcelana y fotografías.

En los sillones de la sala, Pati cambia el pañal a su pequeña hija, mientras el sobrino, dos meses menor e hijo de su hermana gemela, duerme. Ella arregla la casa: recoge la ropa, barre y tiende las camas, y yo le ayudo con su hija. Me cuenta su experiencia dentro de la Maternidad y me pregunta si la T de cobre es lo suficientemente segura como para no quedar embarazada de nuevo, pues pensaba que yo tenía conocimientos de medicina porque trabajaba en la Maternidad. Sin embargo, le aclaré que no era así y le expliqué en qué consistía mi trabajo en el hospital.

Más tarde, la recién nacida, hija de su hermana gemela se despertó y Pati fue a verla en el cuarto. Mientras la traía a la sala, le decía palabras muy cariñosas igual que a su bebé. Mientras Pati les daba de lactar a su hija y a su sobrino alternadamente, me contó su vida desde que estaba en cuarto año de educación básica, cuando vivía en un orfanatorio con su hermana. Ella nunca tuvo una familia compuesta por padre, madre y hermanos, es decir, nunca perteneció a una familia nuclear. Ahora, después de varios intentos de formar una familia nuclear, prefiere vivir con sus hermanas, pues de esa forma tiene la posibilidad de estudiar y amamantar a las dos niñas: la suya y la de su hermana gemela.

Según mi interpretación, los embarazos tempranos no necesariamente ocurren por una “ignorancia” o falta de madurez de las adolescentes. Más bien son una contestación a la “inestabilidad” que viven las mujeres pobres en todos los niveles de su vida. Dichas inestabilidades, indudablemente,

las viven aquellas que necesitan sobrevivir, pues ¿qué otra razón si no la pobreza podría tener una madre para poner a sus hijas en un orfanato, alegando que no tienen madre? Así inicia la trayectoria de vida de Pati, en un orfanato con su hermana, uno de los tantos lugares a los que tuvieron que acudir porque eran pobres.

Pati. Yo siempre con mi hermana, la Pao, hemos vivido juntas siempre; hemos pasado todo juntas. Estábamos en un internado. Primero era en el Carlos Andrade Marín, donde se quemó. Mi mami no tenía plata para mantenernos a los cuatro, porque mi mami igual era madre soltera de los cuatro. Como ahí decían que no teníamos madre porque mi mami hizo pensar que no teníamos mamá porque si no, no nos cogían. Mi mami no tenía plata para la comida. Vivíamos ahí y una vez nos iban a adoptar a nosotros, una profesora, y mi mami dijo la verdad. Entonces ya nos mandaron; no nos recibieron.

Después nos fuimos a un internado de monjas que queda acá por la vía al Tingo. Se llama Mercedes de Jesús y ahí pasamos hasta primer curso, igual mi mami dijo que no teníamos mamá; así [dijo que] solo teníamos hermana. Vivíamos con mi hermana la mayor y mi mamá nos iba a ver cada fin de semana. Y de ahí, después yo vine a vivir acá con mi mamá. Ya mi mamá se fue a España, vinimos a vivir todos juntos, menos con mi hermano porque se fue a vivir a la calle. Se fue de la casa y vivíamos solo las tres. Estábamos en un colegio de aquí, de la Quito Sur, y después ya pasé a segundo curso. Perdimos el año las dos. También a ella [a la hermana] le pegaba una monjita. Una vez le pegó y yo le defendí. Yo me pegaba con mis amigas por defenderle a la Paola... Nos separamos en segundo curso cuando ya íbamos a repetir, yo estudié aquí en el UNE y mi hermana en Guayllabamba. Yo aquí solo vivía con mi hermana y mi sobrino, y de ahí yo iba, de vez en cuando, así a visitarle y una vez fui en Navidad y de ahí ya pasó todo con mi primo. Pero no éramos enamorados ni nada, ni me gustaba ni nada.

Luego, yo no me enfermaba [se refiere a la menstruación] y así, y luego yo dije, 'ya estoy embarazada'. Y yo dije 'algún día me ha de llegar' y ya estaba de seis meses, y así no me enfermaba y luego ya nadie se enteró, o

sea, a los seis meses, recién se dieron cuenta... Me estaba un poquito engordando, y digo: 'qué gorda que me estaba volviendo', y de ahí una vez me pegaron en el colegio. Tenía problemas ahí en el colegio con unas amigas... yo tenía unas amigas y ellas, o sea, solo por inventar dijeron que yo estaba embarazada, pero ellas no sabían, y yo decía 'no, no', y me llevaron al centro médico y todo, y me mandaron a hacer un eco. Y luego yo no me hice el eco y me mandaron a traer a mi representante, si no, no me dejaban entrar al colegio. Y ahí yo le conté a una licenciada, mi dirigente, le conté que estaba embarazada, que no me enfermaba, y de ahí se enteró mi hermana. Y luego mi mami también. Así mismo lloró, pero después decía que me comprendía y todo eso.

Después hablaron con mi tío, mi tía, chuta, reaccionó mal: que sí, que esto, que el otro. Mi primo tiene quince años, teníamos la misma edad. Mi mami me dijo que si ya me quería casar con él y yo le dije que no, pues. Mi mami me dijo que no me preocupe, que me iba a apoyar, me iba a ayudar en todo. En mi primer embarazo, yo me pasaba aquí con mi hermana mayor. Le cuidaba a mi sobrino. Ella me ayudó bastante: me acompañaba a las citas médicas [todo] con el doctor Escobar; era súper bueno, chévere. Mi mamá me mandaba para los... ¿cómo se llama? me mandaba para las vitaminas, todo eso, y de ahí me mandaba para mis antojos, todo" (entrevista, 2005).

En esta historia, sin duda, está presente la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la ausencia de una adecuada educación sexual. De hecho, Pati me preguntó qué tan segura era la T de cobre por su desconocimiento sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, yo no me sentía con los conocimientos suficientes para responderle.

Retomando el punto de vista de García y Sayavedra (1996) y Scheper-Hughes (1997), el cuerpo embarazado también constituye un espacio de resistencia frente a la pobreza y a la mirada evasiva del Estado. Además, es la forma que halla Pati para entablar lazos con la mamá, quien tuvo que salir del país pues no podía mantener a sus hijos, la posibilidad de construir y mantener relaciones con sus parientes, hermanas y con el hospital que le ofrecía una estabilidad y la protección que no había tenido antes. Es tanto

así que en el primer parto ella entabló afectos con quienes trabajaban en la sala: médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales; la mayoría de las veces estas personas las tratan como si fueran sus hijas.

Emociones y deseos maternos

Continúo con la historia de vida:

Pati. Y después yo di a luz, ese momento yo estaba feliz, así mi hija así... Una vez no se movía, no latía bien el corazón y yo lloraba, la Pao también [lloraba], mi hermana [Pao] cuando se enteró sufrió bastante, lloraba feísimo, me decía 'Pati, mi Pati'... y así desde ahí, ya como que nos unimos más. Desde ahí nos contábamos algunas cosas.

Y ya iba a dar a luz, fue un domingo, un sábado, amanecer domingo, que ya me dolía bastante acá abajo y ya me bañé. Un sábado a las ocho de la mañana y todo, con el coche de mi sobrino cogimos un taxi y me llevó. Y estaba con un poco más de dolores y luego me hacían, a cada rato, tactos y después ya no dilataba rápido y después ya fue como que ya iba a dar un bebé explosivo y me llevaron de una y mi hermana lloraba. Y mi mami me llamó de España, decía: 'mejor quiero que te hagan cesárea porque el parto normal te va a doler mucho'. Y lloraba mi mami, igual yo también lloraba, igual mi sobrino y todos con mis hermanos. Pasé [adentro del hospital]. De ahí me internaron. De ahí la primera vez me dolía feísimo, yo lloraba y me llevaron arriba –a la sala de arriba–, me acuerdo que me atendió el doctor Espinosa... Súper bien, yo les gritaba, les jalaba del pelo, les pateaba así desesperadamente y me decían 'tranquila'. Yo les decía: 'pero no me hablen', 'no, hija, te vamos a ayudar, estate tranquila', me decían así y me trataron súper, súper bien... Y cuando ya iba a dar a luz, justo ya sale mi bebé y [el doctor] me tomó una foto con el celular. Si justo cuando salió mi bebé, cuando le amarqué nos tomó una foto y dice [el doctor] 'es una linda nena', y yo les decía: 'pero ¿nació bien?', porque el papá es mi primo y todo eso. Decían: 'no, ahorita vamos a examinarle a ver qué tiene'.

Le llevaron, y después ya me vinieron con la noticia de que nació cieguita de un ojito; nació con una nube que le tapaba el ojito. Solo eso le detectaron por el momento y después yo lloraba y decía que es mi culpa, y decían ‘no estate tranquila, que ahora ya es la nueva tecnología y todo eso. Ya le operan y todo’. Y de ahí ya me tranquilicé un poco, pero igual no me pasaban a mi bebé hasta el día siguiente. Igual no me pasaban y yo desesperada, decía ya me robaron a mi bebé. Así, ya me fueron a visitar y todavía no me pasaban y decía qué pasaría; luego estaba en la sala, en adolescentes. Ahí súper bonito todo: limpiecito, todo bien bonito y yo igual lloraba. Decía ‘mi bebé, mi bebé’ y luego había sido que le llevaron a hacer un eco en el corazoncito, porque le detectaron que tenía taquicardia, algo así que el corazoncito era muy grande... No, luego ya me llevaron a mí y ahí me dijeron. Igual era una niña bien bonita, era rosadita, bien bonita, se parecía a mi hermana gemela. Pero a mí me hacía feo, pero al mismo tiempo me sentía bien mal, pero me decían que tengo que ir y no tenía que demostrarle a mi bebé que iba a estar así porque ella igual iba a sufrir y sentía. Entonces yo lloraba, todos los días; lloraba porque me sentía mal. Y después me decían que mejor pida a Diosito que si ella va a vivir así que le lleve porque tenía el corazoncito muy grande, aparte era cieguita. Así, me decía: ‘pida a Diosito mejor que le lleve a tu bebé porque es un angelito y ella no se merece la vida que va a llevar y todo eso’.

En este testimonio encontramos algunos elementos importantes para analizar; por ejemplo, la contradicción en el diagnóstico médico. Este decía que la niña se salvaría, por lo tanto, la madre tuvo que dar de lactar a su hija y través de la lactancia creó lazos con ella. Desde el momento en que nació, ella le otorgó un rostro o un parecido a alguien muy querida: su hermana gemela. Al tiempo que imaginaba una existencia, recibía sugerencias religiosas como rezar para que su hija se convirtiera en un ángel, pues no se merecía la vida que hubiese podido llevar si lograba sobrevivir. Es decir, en su corta vida, la recién nacida fue imaginada como luchadora, por haber revivido; por tanto, se la concibió como una persona que quiso –por voluntad propia y no de la persistencia médica por cuidar la vida– volver a vivir. Otro de los elementos que podemos observar es la “construcción

cultural” de las emociones maternas, que está presente antes del embarazo, durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, a través de estos sentimientos se “crean” e imaginan existencias (Scheper-Hughes 1997).

Pati. Doce días (vivió), sí. Murió el 17 de septiembre. Todos los días le iba a ver, pero como que ese día antes de morir, me tocaba ir a verle a las seis de la mañana y como que presentía algo y yo no fui; y ya me estaba bañando para irme a la próxima tonga, cuando vino una doctora, una pequeña no más, y me dijo: ‘mija, tienes que ser dura, pero tu bebé falleció’, pero me dice: ‘lo único que tienes que llevarte es que ella luchó con todo, [con] las uñas. Ella hasta lo último quería vivir porque pasó –que no te contamos– pero ella ya estaba muertita, pero otra vez le dimos como respiración así y otra vez como volvió así a nacer’. Me dijo así: ‘pero otra vez ya no resistió y luchó contra todo para poder otra vez vivir, pero no, ya fue imposible. Tienes que ser fuerte, tienes que llamar a alguien de tus familiares que te venga a ver para hacerle la...’ –¿cómo se llama cuando les cortas así para verlos?–; y yo no quería que le hagan eso porque me hacía feo y después yo dije que no, me ayudaron los voluntarios que hacían estudios de esto; hacen sus prácticas, así súper buenos. Ellos me ayudaron, más que todo conversaba con ellos, a que no le hagan eso porque no tenía autorización porque ellos ya le iban a hacer antes de que venga mi hermana. Mi hermana como lloraba y todo eso... mi hermana así triste, nunca le había visto llorar a mi hermana. Todo mundo así, se me hacía feo.

Y después casi me da ‘sobrepardo’ y me tuvieron que dar tranquilizante en la Maternidad, todo eso, y ya le enterramos aquí en San Diego, ahí fue y mis tíos como son evangelistas así... cómo te digo. Ya pasó las cosas, pero hasta ahora como que me echan la culpa a mí de todo... Cuando mi tío ya oró, cuando le iban a enterrar, decía: ‘perdónales que no saben ellos. La culpa no tiene la bebé sino los padres que son unos no sé qué, no sé cuántos’. De ahí hasta mi papá que no le había visto hace mucho tiempo también asomó y me ayudó, hasta [con] mi madrastra, aparecieron y me ayudaron.

Scheper-Hughes (1997) analiza cómo el duelo y la tristeza por la muerte de familiares cercanos es relegada a espacios femeninos. Así, vestirse de negro,

llorar y sufrir es una conducta de género apropiada. Scheper-Hughes (1997) cuenta que en el Alto do Cruzeiro, en cambio, las mujeres que generalmente rezan en velorios de adultos no ven la necesidad de hacerlo en velorios de recién nacidos. Tal como afirma la propia autora, el duelo ha sido confinado a quienes deben vivir el dolor de la pérdida de su pequeño hijo, o su pequeño feto, para superarlo de manera adecuada. Es así como Pati tuvo que atravesar por un duelo, y sufrió la pérdida de una existencia construida a través de discursos médicos y familiares. Según su testimonio se vio obligada a enfrentar muchas culpas por parte de sus familiares. Además volvió a ver a su padre en el velorio de su hija, a quien no había visto desde que tenía cuatro años.

El amor maternal que sentía por su hija no fue eliminado, al contrario, fue volcado hacia su sobrino y de este modo revivido, recreado o reconstruido. Estas emociones maternales, permanentemente reinventadas, destapan un deseo de crear nuevamente una vida. Por eso resulta contradictoria la persistencia en el uso de métodos anticonceptivos y la idea de planificación familiar, pues el deseo de engendrar está oculto en la proliferación de los discursos médicos.

Foucault ([1998] 2007) menciona cómo, a partir del siglo XIX, en Europa existe un auge de los discursos científicos alrededor de la sexualidad que, a diferencia de otras sociedades, ocultan el deseo, el placer y el conocimiento que tienen las personas de sí mismas. En este sentido existe una sobreproducción de discursos médicos que desconocen el deseo. Quizás por esta razón, las mujeres no tienen la posibilidad de afirmar que quieren volver a ser madres, ya sea por una muerte anterior, por un aborto, por una contestación a su situación económica, porque se enamoraron o porque los niños son lindos. De esta manera, cuando los médicos, violenta o invasivamente, les preguntan: ¿por qué te volviste a quedar embarazada si no tenías pareja?, obtienen como respuesta un silencio. A continuación observaremos por qué Pati quiso tener otra hija, a pesar de los programas de anticoncepción implementados en la Maternidad.

Pati. Y de ahí ya pasó. Mi mami me decía que tengo que seguir adelante y todo eso. Y luego ya vine acá a mi casa. Ahí así me apoyaban, mi hermana estaba estudiando y yo estaba inscrita en el colegio, pero todavía no iba por

lo que recién daba a luz y luego yo le cuidaba a mi sobrino, y mi mamá dijo que todo el amor le dé a mi sobrino y, o sea, sí me di cuenta. Si me encariñé hartísimo de mi sobrino, bastante, bastante y le ayudaba a mi hermana a hacer bolones de verde en el colegio, porque en ese tiempo mi hermana quería reunir para la universidad y ahí vendíamos bolones de verde.

De ahí, en el colegio le conocí al papá [de mi actual hija], a un chico, al hermano de mi amiga. Le conocí... cuándo te diré, no sé, pero le conocí y me gustó. Así, de ahí, le conocí por medio de mi amiga del colegio y después ya tuvimos una vez con él relaciones y de ahí ya me quedé embarazada así. Nunca me cuidé con nada nunca... y ahí no me enfermaba y de ahí ya sospeché, ya dije 'estoy embarazada' y así como que sentí. Pero, por una parte, estaba súper emocionada, dije 'otra vez voy a tener una bebé', pero, por otra parte, lloraba, no quería porque decía va a nacer otra vez enfermita o se va a morir, me quedó un trauma. Y de ahí ya estaba igual de dos, tres meses, mi hermana igual ya había estado embarazada, o sea, yo no le dije a mi mamá, no sé quién le habrá dicho a mi mamá, pero mi mamá me dijo: '¿estás embarazada?'. Le dije: 'sí'. [Me dijo]: '¿y ahora qué piensas hacer?' Le digo: 'nada, tenerlo'. Me dijo: 'bueno, hija, si es tu decisión, ahora vas a saber lo que es ser madre; yo te voy a apoyar igual, nunca vas a estar sola' [...] Dijo: 'estate feliz, estate tranquila, que ella ahorita lo que necesita es que estés tranquila'. Me dice: '¿el Víctor?', porque él se llama Víctor. Le digo: 'igual él está tranquilo, pero no saben'. Ahí le digo... no ya sabían, ya sabía la mamá, pero igual, la mamá como que también estaba feliz. Así nos apoyaban así, hasta ahora nos apoyan... prácticamente todo el embarazo de ahorita pasé todo el tiempo con el papá de mi hija, pasé súper bien, me sentía apoyada, pero también pasé súper triste porque tenía el temor de que mi hija salga enferma, lloraba porque decía mi bebé va a salir enferma, va salir esto que el otro...

En este testimonio se refleja que, a pesar de todas las recomendaciones médicas referentes al uso de métodos anticonceptivos, Pati volvió a quedar embarazada. En primer lugar, porque había una historia de pérdidas detrás del nuevo embarazo y, en segundo lugar, porque a pesar de las intervenciones externas y los programas de anticoncepción, las mujeres siguen controlando sus úteros. Si bien la intervención exterior ha influido en las

conductas reproductivas de muchas, según la perspectiva de “obviando la corresponsabilidad de los varones en el proceso bio-reproductivo” (Fernández 2002, 91), dicha influencia no ha penetrado en los deseos de las mujeres ni en las relaciones que se fortalecen a través de un embarazo.

Pati. Mi otra bebé se movía, pero no tanto. En cambio, ella [la que está viva] se movía bastante, se hacía montañitas, todo eso. Se movía hartísimo así. En cambio, mi otra bebé [quien murió] no se movía mucho. Igual me hacía ecos. Y mi mamá más que todo por eso también vino, para hacerme ecos, para ver que la bebé nazca sanita y todo eso.

Y me llevó un día a la Maternidad. Porque mi mamá ahí tiene una amiga, se llama Jeny Zapata, ella me llevó donde el doctor Carrión y ahí me hizo un montón de ecos de corazón y todo. Y ahí vieron que estaba sanita. Fue bonito, pero sinceramente no le entendí, pero me dijeron que estaba bien y de ahí para mí fue todo. Y como ya me dijeron que era mujercita yo feliz, porque siempre ha sido mi sueño tener una mujercita porque siempre me gustaba peinarles, vestirles, combinarles la ropa, hacerle cachitos así siempre. De ahí, ya mi mami vino y me apoyó. Ya iba a dar a luz, yo siempre pasaba allá donde el papá de mi hija. La mamá siempre me daba comida en la dieta prenatal. Igual yo iba al colegio normalmente. Ahí [mis compañeras] felices le tocaban a mi bebé porque se movía mucho. Me decían ‘qué linda esa barrigota’. Temían que sean gemelos porque mi barriga era inmensa, grandotota.

Bonito era. En cambio mi otro embarazo no era tan emocionante porque no se movía tanto. Según mis cálculos había nacido de 36 semanas, igual en el eco salió 36 semanas y mi barriga estaba bien grande y todo eso. Ya cuando me cogieron los dolores era arriba en la casa de él [el padre de la niña]. Ahí era chévere, pero nunca me gustó el estilo de vida de ellos. Era distinto. Ahí tomaban bastante. Les gustaba bastante tomar, y él cuando tomaba era bien pleitoso, pero antes, gracias a Dios ya ha cambiado, o sea, yo me quedaba a dormir ahí, y más que todo no era el ambiente como en mi casa. Digamos, aquí en mi casa sinceramente a nadie le gusta tomar, la familia de él era bien distinta a la mía: cada fin de semana tomaban, hacían unos pleitos, no te imaginas. No me gustaba,

verás, no iba a quedarme ahí y después ya me cogieron los dolores allá, yo trataba de pasar la dieta allá, solo la dieta...

Me cogieron un viernes a las doce del día, me empezaba a dar dolores. Me empezaba doler hasta abajo, y yo le decía: 'ya creo que es hora' y la mamá siempre llegaba a las dos de la tarde. Justo llegó la mamá y mi cuñada le dice: 'mami, la Pati ya está con dolores', [la mamá] le dice: '¿en serio?' 'Sí'. Entonces cogimos un taxi y les llamé a mis hermanas les dije: 'ya estoy con dolores' y me dijeron que ya van para la Maternidad, que ellas me esperaban ahí. Y llegué a la Maternidad cuarto para las seis. Estaba con dilatación cuatro recién, pero ya estaba en labor de parto, me hicieron tactos y todo eso. Y justo ese día él [el esposo] pensaba irse al Oriente. Yo le dije: 'bueno ándate no más'. Y luego él se fue, después ya vino, pero igual ahí me acompañó mi suegra, mi cuñada, mi hermana, la mayor, la Pao, mi sobrino.

A mí lo que más me gustaba era que mi sobrino me cantara 'La lechuza', yo lloraba, pero no mucho. Me salían lágrimas y mi sobrino lloraba, me decía: 'Pati no llores, mi lechuza', me decía: '¿quién te pegó?' y lloraba al verme llorar, y todo eso. Y luego también mi hermano me fue a ver. También estaba ahí mi hermano, la jefa de mi hermano, la hija de la jefa de mi hermano, también estaba el padrastro de mi esposo, los hermanos.

Así, estaban un montón de personas, y ellos también eran desesperados porque no me ingresaban, porque todavía no estaba con dilatación. Pero ya estaban los dolores fuertes y el momento de ingresarme yo entré y una enfermera me inyectó. Me dijo: 'eso le va a ayudar a que ya dé a luz rápido y que los dolores no sean tan fuertes'. Y yo [le dije]: 'gracias'. Y ya cuando yo entro me hacen el tacto, y me dicen 'ya está en dilatación nueve y medio'. Y dicen '¡ya, una camilla, bebé explosivo!', y ya me subieron arriba, y ahí me atendió una doctora. No me acuerdo el nombre. Era una colombiana, medio pelirrojita era, me atendió ahí. Me dijo: '¿no serán gemelos?' y me hicieron un eco, justo antes de dar a luz me hicieron ahí arriba y le escucharon el corazón y me reventaron el agua de fuente. Y vino otra doctora y dijo: 'tengo una maldita corazonada de que son gemelos, ¡uy!, Dios mío, ahí sí ¿qué te haces?', y de ahí vino otra doctora y dijo: 'es agua de fuente' dijo así, 'es líquido amniótico' dijo... Yo dije: 'tengo ganas de hacer el baño',

y luego me dijeron 'ya tiene pujos, ya tiene pujos, quirófano, quirófano'. Y ahí me llevaron en una camilla al quirófano y de ahí ya me dijeron: 'ya están en labor de parto. Entonces puja, pero fuerte'. Y yo decía: 'ya, pero me duele, me duele'. Y de ahí ya pujé y ella salió al tercer pujo, como jabón, me dijeron es una nenita, me mostraron y era bien gorda y blanca y yo [dije]: '¡ay, qué linda!'. Y yo decía: 'no me vayan a cambiar a mi hija, no me la robarán', decía así.

De ahí la llevaron y de ahí otra vez la trajeron, de ahí sentí cómo lloré así. Se me iban las lágrimas, muy bonito. Y después de eso, ya nació mi bebé, me trajeron y le amarqué. Me dijeron: 'dale la bendición porque ya le vamos a llevar y vas a recuperarte ahorita'. Y le dije: 'bueno' y de ahí le llevaron y le digo, 'pero no me la cambiarán'. Me dijeron: 'no, tranquila, hija, le vamos a cuidar', y luego le llevaron y le di un besito y todo eso y sentí muy bonito. Y después abajo me cogieron puntos, me sacaron la placenta. Ha sido bien feo. De ahí me cosieron. Luego me llevaron a recuperación. De ahí estuve con otra señora, conversábamos, nos hacía frío, sed, todo, hambre nos daba. En recuperación, en el quirófano, más allá hay una sala de recuperación.

Después de dos, tres horas, me llevaron a la sala grande y ahí dormí. En la sala grande después a la mañana siguiente, mi hermana justo vino. Mi hermana la mayor me llevó ropa, y justo en ese momento ya me pasaron a mi bebé, pero primero me daba unas iras, me daba iras cogerle porque decía que no se parece a mí. Digo: '¡ay, se parece al Víctor, qué iras que me da!, ¡qué fea!', pero después ya me pasó las iras porque quería que se parezca a mí. Y después mi hermana decía: 'igualita al Víctor'. Y luego ya me pasaron a la sala de las adolescentes y luego me fueron a ver y el domingo salí.

En el caso de Pati, el embarazo subsiguiente significó darle un nuevo sentido a su existencia. Ser madre y establecer lazos con sus hermanas que atravesaban por una situación similar le dio la posibilidad de tomar decisiones sobre su vida. Por ejemplo, el hecho de no pasar por situaciones de violencia con su pareja, estudiar y decidir dónde y cómo vivir y qué tipo de familia quería formar. En este sentido, a través de la

maternidad, adquirió libertades. Si bien en determinado momento un ala del movimiento feminista asumió la maternidad como una opresión, por las condiciones desiguales a las que se enfrentan las mujeres, que no es un tema menor, Irigaray (1994, 41) propone que la maternidad no debe plantearse “de forma traumatizante y patológica, ¿no debería abordarse siempre sobre el trasfondo de otra procreación, una creación del imaginario y lo simbólico? Las mujeres y las criaturas saldrían ganando infinitamente con ello”.

Fernández (2002) observa la maternidad más allá del ejercicio de la facultad biorreproductiva. Para ella, su significado también está ligado al liderazgo y la representación política de la mujer como consecuencia de estos dos puntos de vista, la maternidad está ceñida de poderes y símbolos que van más allá de la victimización. Es así como muchas adolescentes expresan que están felices de ser madres. Del mismo modo que Pati cuida con amor a su hija, muchas de las jóvenes que llegan al Programa están pendientes de su alimentación y de su crecimiento, de manera que intercambian saberes respecto al tema de la estimulación.

Un día, por ejemplo, estaban dos adolescentes y una mujer mayor. Las dos mujeres tenían recién nacidas muy grandes. Eran hermanas, la señora que les aconsejaba esperaba a su hija embarazada. Las dos conversaban sobre su experiencia de maternidad mientras cuidaban a sus hijas. La señora les hablaba sobre lo que vivió cuando dio a luz en la Maternidad. Las dos hermanas les paseaban, les daban el seno y se contaban cómo estaban sus bebés. La señora mayor comentaba que las bebés estaban grandes y saludables; es decir, cada una de ellas se transmitía conocimientos que aprendieron en el hospital y discutían acerca de lo que es ser buena madre y mala madre. “Mientras está comiendo tiene que conversarle”, les dice una señora a un par de chicas gemelas que están sentadas en la sala de espera. “Hay que tomar en cuenta que es un lugar especializado en la mujer”, agrega la señora que espera que su hija salga de los consultorios médicos.

Al ver esta escena, anoté en mi diario de campo lo siguiente: “Las niñas, sentadas en los sillones ubicados afuera de los consultorios, comentan la situación de una amiga de ellas, también madre adolescente. Dicen: ‘Desde el principio no le dio teta, le dio leche de tarro. Nosotros le damos teta.

Ella rogaba quedarse embarazada'. 'Yo ni para ir al baño me gusta dejarle', dice una de las hermanas. 'Debe sentirse culpable porque la bebé nació así. El ver que no está con el papá de la hija, ha tenido problemas psicológicos, un aborto. Ya le pegué, ya me tiene harta', agrega la otra hermana" (diario de campo, 2006).

A pesar de que existen casos en que las madres están pendientes del adecuado crecimiento de sus hijos/as, en la Maternidad se observa una tensión entre los conocimientos y las formas de estimulación que tienen las madres adolescentes y aquello que los y las profesionales de la salud consideran que es apropiado para el desarrollo del crecimiento. De esta manera la estimulación, para quienes practican la medicina [institucional], es una experiencia que las adolescentes no conocen, pues su maternidad es un error que se manifiesta en lo poco estimulados/as que están sus hijos/as. "A medida que las madres son más jóvenes, sus hijos son menos estimulados", dice una doctora de la Maternidad. Sin embargo, para ellas probablemente estimular está más relacionado con el hecho de estar cerca de sus hijos e hijas.

"En hospitalización, una joven mira y habla a su pequeño recién nacido, le mira a los ojos y el bebé mueve el rostro cuando reconoce la voz de la madre. Ella le mece vestida de celeste como el cuadro colgado a la entrada de la Sala F. Se acerca y se aleja, una y otra vez, le deja en la almohada verde, le da pequeños golpes. Han construido un lenguaje, que solo entienden ambos. Sin embargo, mientras ella mira a los ojos de su hijo envuelto en una faja blanca y ríe mucho, se acerca una enfermera que le pregunta: 'niña, usted ya le está manejando al niño, ¿no?'. 'Sí', responde ella, y la enfermera le recomienda: 'recoja sus cositas que ya viene una señora para llevarle a la sala de adolescentes'. Y se acerca una nueva enfermera con traje rosado, para decirle: 'no le sacuda al guagüito, si llora es por hambre, por gases, no le sacuda'" (diario de campo, 2006).

Si bien la atención del personal de salud muchas veces está basada en la asimetría, desigualdad y ausencia de opinión por parte de las adolescentes, se vislumbra una aceptación por parte de las jóvenes, una relación de "amor" o paternalismo: la Maternidad a momentos resulta una suerte de madre para quienes acuden a la sala. Por esta razón, en el relato de Pati

está presente la nostalgia y el cariño hacia los médicos. A continuación, mostraré cómo las adolescentes construyen sus familias. Pati vivía una especie de inestabilidad familiar, que se parece a la de otras adolescentes.

Familias bricolajes

Fraser (1997) analiza que los programas de asistencia social no han comprendido los cambios de roles en el interior de la familia. Los hogares postindustriales son más diversos que antes. Existe, pues, un incremento de madres solteras que deben sostener a sus familias, sin tener acceso al salario del proveedor masculino. Esta transformación en la producción económica y reproducción social no ha sido comprendida por los funcionarios del programa de adolescencia de la Maternidad, quienes sugieren que las personas deben adquirir una madurez económica, biológica y psicológica para formar familias nucleares heterosexuales. Las adolescentes, por su parte, han formado sus propias familias.

Según la perspectiva de Scheper-Hughes (1997), existen familias bricolajes, es decir, hogares desordenados, con miembros reemplazables que vienen y van. Se trata de una estructura familiar que cambia permanentemente. Por ejemplo, un día de trabajo en la Maternidad, afuera de la oficina de trabajo social, estaba esperando una señora con su hija y su nieta recién nacida. La señora me pidió ayuda, pues necesitaba un abogado para que el padre de la recién nacida asumiera sus responsabilidades económicas. Me dijo que vendía periódicos en la calle, que tuvo marido, pero murió y que solo con su trabajo ha mantenido a su hija y su nieta. Pero el padre de la recién nacida no quiere hacerse responsable, no quiere que sus padres sepan del asunto.

Señora. Yo no sé, porque el joven ha hablado con un psicólogo y dice que no quiere reconocerle al bebé. Yo como trabajo no estoy aquí. [La hija] le ha dicho 'amárcale' a la guagua y él le ha dicho 'no'. Yo no entiendo por qué él no quiere hacer saber a los padres. Si yo cogí el golpe más fuerte, me hice responsable de mi hija, a mi hija le ha dicho que le manda sacando, yo

no le hago eso a mi hija. No han de ser tan ignorantes. Yo fui vendedora de la calle y no soy ignorante; yo soy una señora de la calle, ella es una señora de la casa. Él se viste bien. No es de esos jóvenes que pasan en la calle, es aniñado. Nosotros somos humildes. Yo he correspondido... Mi hija le ha dicho: 'ándate si quieres'. Al final de cuentas aquí hay una responsabilidad, tengo seis hijos; ella es la única que me dio un nietito. Yo le apoyé en todo, qué saco diciéndole 'ándate a trabajar'... Si yo no tengo plata, ya madrugó, soy una madre pobre.

Según él, que no tiene plata y no quiere corresponder. Él tiene que prometer lo que dijo... Entonces si es así, si usted no quiere hacerse responsable, yo me voy donde su mamá... Entra como adolescente le dije. A una amiga de mi hijita le pasó lo mismo, yo le traje acá y no le atendieron. Hay que apoyarles porque una también pasó lo que está pasando. Hay tantas mujeres que ya ve, tienen los guagüitas y les botan. Tantas mujeres se oyen que le han botado a la basura. Yo una vez lloraba cuando me dio la noticia, porque ella era buena estudiante, era abanderada, becada. Pero así es el destino, la vida, no creía y me senté a llorar, no le dije: 'largo, quítate', no le dije nada. Yo ya le vi que el chico mentía; ha estado mintiendo. Yo fui bien buena con él, una, dos, tres veces que vino. Yo ya quiero descansar, que mi hija trabaje. Yo le cuido a la guagüita (diario de campo, 2006).

Esta es una historia parecida a muchas otras dentro de la Maternidad, donde generalmente son las abuelas quienes se hacen cargo de las madres y sus hijas. De manera que las madres adolescentes, la mayoría de veces, esperan sacar adelante solas a niños/as con el apoyo de la familia. Tal como relata la señora, el padre de la niña la mayor parte del tiempo está ausente, va y vuelve: es reemplazable. En este caso, la niña no se enamorará de su padre, tampoco tendrá de rival a su madre; es decir, según la perspectiva del discurso médico de la Maternidad, la niña no cumplirá con su fase normal de desarrollo. Sonia Montecino (1991) analiza cómo, en América Latina, el mestizaje se constituyó en el seno de familias compuestas por madres e hijos o hijas, en las cuales el padre era una figura ausente o itinerante. De este modo, cuestiona la identificación de los niños con los padres y reflexiona acerca de las masculinidades mestizas.

Me interesa remarcar, entonces, que la cultura mestiza latinoamericana posibilitó, por así decirlo, un modelo familiar en donde las identidades genéricas ya no correspondían ni a la estructura indígena ni a la europea; prevaleció el núcleo de la madre y sus hijos. Este hecho interroga las formas en que se produjeron las identificaciones primarias. ¿Cómo fundaba su identidad masculina un *huacho* cuyo padre era un ausente? ¿Cómo se constituía la identidad mestiza *huacha* frente a una madre presente y único eje de la vida familiar? Considero que la respuesta se anida, para la mujer, en la constitución inequívoca de su identidad como madre (espejo de la propia abuela y de toda la parentela femenina); para el hombre, en ser indefectiblemente un hijo, no un varón, sino el hijo de una madre (Montecino 1991, 49).

Esta condición de mujeres solas —y en general, la situación familiar— es un asunto que preocupa mucho a profesionales que trabajan en la Maternidad. Muchas veces llegan mujeres que han sido expulsadas de sus hogares o niñas que habitan en las calles, como es el caso de una adolescente que fue, en 2003, al Programa y vivía en las alcantarillas. Su madre habitaba cerca del río Machángara, en un cuarto muy pequeño, con dos hijos chiquitos que no tenían nombre: les decía Picolín y Picolina. Los parientes “más racionales”, decía la psicóloga, vivían en La Magdalena, en una especie de cuevas; eran delincuentes dedicados al tráfico de drogas. De hecho, la muchacha era adicta y su pareja era delincuente.

Trabajadora social. En el caso de la chiquita no logramos ubicarle en el albergue. Lo que se logró es ubicarle donde un cuñado. Ella estaba acosumbrada a una forma de vida, a vivir en la calle, lo otro le asustaba. Tener que estar en un sitio donde le tengan que ayudar o controlar. Se quedó con la mamá, lo que se hizo es que un psicólogo se encargó de hacer un seguimiento de ella. Nosotros no podemos salir, ni hacer seguimientos. Él se hizo cargo, porque fue muy difícil ubicarle en un hogar. El hecho de que tuvo el bebé le ayudó a que se tranquilice. Como que ella, en medio de los problemas, el hecho de ser mamá le obligaba a quedarse en la casa de la mamá cuando el bebito era chiquito (entrevista, 2006).

Hasta aquí he presentado historias de madres solas, familias compuestas solo de mujeres con padres ausentes o itinerantes y de aquellas madres que no

quieren tener una familia. Sostengo también que existe un amor enraizado en la maternidad, no tanto el amor materno y alterno que Scheper-Hugues (1997) menciona cuando se refiere a las madres de las favelas, sino a hijos/as como símbolos o resultado de una unión. Algunas veces la maternidad también es un asunto de amor y erotismo, pero a las mujeres se nos ha negado el placer o el amor y se nos ha colocado en un papel de víctimas y maltratadas cuando probablemente elegir como “proyecto de vida” la convivencia tiene ventajas ocultas.

Según Fraser (1997) las viejas formas de Estados benefactores, construidas sobre los presupuestos de las familias encabezadas por hombres y la relativa estabilidad del empleo, ya no pueden brindar esta protección. Por lo tanto, es urgente contar con la existencia de un modelo de Estado que suministre empleo y guarderías con el fin de apoyar estos nuevos hogares. Estos relatos familiares se confrontan drásticamente con los escenarios de violencia dentro de los hogares que mostraré a continuación.

Maternidad violenta

Hoy, cuando entré a realizar mi rutinario trabajo de campo, vi acostada en una de las camas de fierro a una niña de 12 años. Estaba rodeada de mujeres vestidas de blanco, una de las enfermeras le ponía el bebé en el seno, mientras la paciente miraba al techo o al frente con una sonrisa incrédula. La otra mujer le acomodaba el cabello a la niña y al bebé, la obstetra le daba indicaciones sobre cómo manejar al bebé. En la historia clínica estaba escrito repetidas veces: “puerperio postcesáreo, más epilepsia, más vaginitis, más anemia, más adolescente, más abuso sexual, refiere dolor abdominal”.

En la misma historia clínica, una evaluación psicológica versaba: “Paciente presenta dificultades en el manejo de su bebé. Al parecer no existe un adecuado estímulo madre-hijo. Existen varias hipótesis, por ejemplo, el hecho de que siempre fue maltratada”.

Después de observar esta escena, hice la encuesta a una adolescente de Otavalo, también hospitalizada, quien tuvo un bebé producto de una

violación. Me decía que no le aceptaban la denuncia en Otavalo porque el violador es primo de su papá. Tampoco tenía apoyo de la familia. Mientras tanto, el médico, quien estaba parado junto a la cama, le decía a la trabajadora social: “Ya depende de trabajo social si la chica se va o no”. La trabajadora social respondía: “queríamos pasarle a la sala de adolescentes un día más, lo que pasa es que yo quiero hablar con la mamá, para que se comprometa a hacer la denuncia”. De pronto, las voces de todos: la niña que contaba llorando la violación, el médico y la trabajadora social que discutían acerca del lugar donde ella estaría mejor, se volvieron lejanas. El techo daba vueltas y mis piernas comenzaron a desvanecerse. Me desmayé el momento en que ella me dio detalles sobre su violación. Y me desperté afuera temblando de frío, indignación e impotencia (diario de campo, 2006).

Tal como muestran estas historias, existe una indiferencia o aceptación del problema de la violación, tanto de parte del personal de salud como de las adolescentes en la Maternidad. A pesar de ello, otras profesionales indagan sobre las causas profundas del incesto y escuchan la voz de las adolescentes. No obstante, esta última no constituye una práctica oficial en el programa. Para analizar aquello seguí el caso de una adolescente de 13 años que había sido abusada por su padre y quedó embarazada. Partí de la historia clínica en la que se relataba el caso, luego revisé las fichas psicológicas y de trabajo social, el plan de acción del personal médico para que el caso llegara a Fiscalía. No obstante, aquello no sucedió, las recomendaciones realizadas por las profesionales no sirvieron de nada, pues el ayudante de la fiscal me dijo que la madre de la niña, quien realizó la demanda presionada por la Maternidad, debía reconocer la denuncia, de lo contrario no tendría validez.

Yo llamé a la madre de la adolescente, y me dijo que no podía hacer el reconocimiento de la denuncia, pues no tenía tiempo ya que estaba trabajando en Cuenca. Le pregunté por su hija y me dijo que no sabía el teléfono, que seguramente irá a la Maternidad para hacerse el chequeo mensual de su embarazo producto de un incesto. Por qué la madre de Susana, así era como se llamaba la adolescente, detuvo el caso, me pregunto. La respuesta evidentemente es la violencia existente en el hospital, la Fiscalía y la familia: es parte de nuestra vida, trabajo, la historia construida sobre la base de

eventos que estructuraron una sociedad en la que la impunidad es parte de la cotidianidad. Es por eso que la politización y corrupción de la justicia desemboca en la desigualdad de las personas frente a la ley.

Desde el punto de vista de Borea (1995), en una sociedad bien estructurada existe una correspondencia entre los valores que se enuncian y los comportamientos. Sin embargo, la distancia entre las normas escritas y las conductas es grande en los países latinoamericanos. Esto ocurre porque la Constitución y las leyes en defensa de los derechos están en un plano simbólico, pero su cumplimiento resulta complicado ya sea por las conflictivas relaciones sociales o por los intereses de diversos actores en juego. Para este autor, en los países latinoamericanos ha estado presente una Constitución nominal en donde los valores son expresados, pero no se cumplen. Un ordenamiento jurídico existirá el momento en que pueda ser previsible y repetible con frecuencia y confianza por parte de la ciudadanía de una nación; sin embargo, en el Ecuador, el ordenamiento jurídico está sujeto a una constante improvisación, al capricho de personas que están en capacidad de imponer sus criterios. Por lo tanto, no estamos frente a un orden jurídico.

La aceptación de las normas y su exigibilidad es importante para dicho orden. Si no existe este elemento, aquellas personas que transgreden las leyes saben de antemano que quedarán en la impunidad. Esta situación es aún más grave cuando los llamados a hacer cumplir las leyes, es decir, los jueces, son los primeros en incumplirlas o quienes dejan impunes a los delincuentes. De ahí nace la falta de credibilidad de los y las ciudadanas, a pesar de la vigencia del Derecho, entendido como un “instrumento humano para regular las relaciones humanas” (Borea 1995, 511).

La ley, según la perspectiva foucaultiana, implica al poder en la imposición de una norma y un deber ser, así como en la prohibición de ciertas prácticas. Esta situación general influye en el ámbito privado, en donde los problemas relacionados con la violencia persisten, pues la familia es todavía una institución sagrada dentro de la cual existen dependencias económicas y afectivas que impiden romper con los círculos de maltrato. Es por eso que la violencia no solo ocurre en las calles o lugares considerados “peligrosos”: los hogares y colegios, espacios aparentemente seguros para

menores de edad, son escenarios de violencia e impunidad. Sin embargo, la actitud de las familiares cuando ocurren situaciones de violencia es dar consejos, hacer sugerencias, recriminar a las víctimas provocando vergüenza, desconfianza o dar prioridad a la “reputación”. Evitar que ocurran nuevos abusos o demandar justicia no forma parte de las soluciones de las personas víctimas de violencia. De esta manera, la mayoría de casos quedan en la impunidad, ya sea por las dependencias económicas o porque los valores culturales todavía están por encima de la ley.

El olvido es otro de los rasgos presentes dentro de las familias ecuatorianas, pues las madres se sienten culpables porque tienen incorporada una tradición judeocristiana remarcada principalmente por las instituciones religiosas: optan por el autoengaño y la represión. Negar los hechos se convierte en un mecanismo para pasar por alto vivencias dolorosas (Camacho 2003). Así, las niñas abusadas enfrentan una doble dificultad: el hecho mismo de la violación y la imposibilidad que tienen los familiares de creer lo que les ha ocurrido.

Existen distintas razones por las cuales no se denuncian los casos de violencia. Según Camacho (2003), no hay en nuestras sociedades una percepción del abuso sexual como problema social o asunto público en el cual el Estado deba intervenir. Esta falta de confianza en las instituciones estatales da como resultado sentimientos de miedo e inseguridad en las personas violentadas. A la violación de los derechos humanos no se la asume como un abuso público que debe ventilarse en los tribunales de justicia. El mecanismo de protección que utiliza la mayoría de familias es el silencio o dejar que la vida continúe como si las cosas no hubieran ocurrido. Esta conformidad familiar es parte de una estructura de pobreza y violencia en la que estamos inmersos la mayoría de ecuatorianos. Las experiencias violentas en el interior de los hogares forman parte de nuestra cotidianidad.

Al respecto, Collier, Maurer y Suárez (1996) plantean que los programas de asistencia a mujeres violentadas y las cortes de justicia que se encargan de estos asuntos dejan a las mujeres sin alternativa cuando les exigen dejar a sus abusivos esposos; mientras que el Estado es cada vez más reacio a hacerse cargo de las madres solteras. Cuando ellas regresan con sus parejas, las cortes culpan a las mujeres por fracasar como agentes autónomos.

Algo similar ocurre con las mujeres violentadas que asisten a la Maternidad: se les ofrece un tratamiento terapéutico para que puedan continuar autónomamente con su vida, se les da asesoramiento legal; pero, finalmente, las y los médicos sienten mucha frustración porque en sus palabras: “no se logra nada”, pues las mujeres violentadas vuelven con sus parejas y las hijas viven de nuevo con sus padres.

Al permitir, supuestamente, a las mujeres con sus esposos abusadores o con embarazos no deseados hacer sus propias decisiones, la ley quita responsabilidad por cualquier abuso emocional o daño subsecuente que las mujeres sufran. Musheno muestra cómo el discurso legal y terapéutico trabajan juntos para alentar a hombres y mujeres a aceptar su responsabilidad por comportamientos de “riesgo” (Collier, Maurer y Suárez 1996, 12).

En este sentido, se está quitando responsabilidad a las estructuras de un sistema patriarcal impune del cual las mujeres son “víctimas”, y no tienen protecciones reales de instituciones públicas del Estado. Por eso, los tratamientos terapéuticos y los diálogos en torno a los derechos sexuales y reproductivos en los espacios de la Maternidad no cambian las cosas, y siguen llegando al hospital niñas abusadas sexualmente que vuelven a sus hogares violentos o se escapan de “hogares creados” para seguir excluidas de algunos derechos.

Conclusiones

En este artículo mostré la agencia de las madres adolescentes, a partir de la historia de vida de una usuaria del Programa de Atención a la Adolescencia, una política pública diseñada para erradicar la maternidad temprana en el Ecuador. Además, me apoyé en entrevistas de otras usuarias y de quienes implementan día a día este programa.

Las madres adolescentes toman decisiones y expresan deseos alrededor del ejercicio de su maternidad. Por qué ellas quieren ser madres, a pesar de la información que reciben alrededor de los derechos sexuales y reproductivos y los programas y políticas diseñados por el Estado que intervienen en sus vidas, es todavía una interrogante. Posiblemente la

maternidad constituye un espacio para ejercer autonomía, participación y para existir en y para el Estado. Porque... sin ser madres, ¿las adolescentes existen para el Estado? Parecería que no, de hecho, son invisibles tanto para las instituciones públicas como para sus familias, por ello la insistencia en ejercer este rol una y otra vez.

A propósito del ámbito familiar, expliqué que existen familias bricolaje, o sea, hogares con miembros reemplazables que vienen y van. Esta estructura implica cambios en las funciones de provisión, al tiempo que configura el deseo maternal de las adolescentes y la urgencia de readecuar un modelo estatal que ofrezca empleo y guarderías con el fin de apoyar estos nuevos hogares.

También evidencí un problema que en estos últimos años ha aumentado: la violencia sexual y el embarazo adolescente por causa de ella, y más macabro aún, el incesto, que sigue siendo el día a día de los sectores más empobrecidos del Ecuador: padres, tíos, hermanos y padrastros abusan de las niñas, quienes se convierten en madres a pesar de que no quieren. Así, analizo esta paradoja presente en una institución pública laberíntica: el deseo insistente y la obligatoriedad a consecuencia de la violencia. Muestro que las burocracias, desesperadas por resolver estos dos problemas, se topan con muros indestructibles, característicos de las instituciones públicas de nuestro país.

Referencias

- Borea, Alberto. 1995. "El poder judicial como control para evitar la impunidad". En *Estudios de Derechos Humanos. Tomo II*, 507-524. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Camacho, Gloria. 2003. *Secretos bien guardados. Jóvenes: percepciones sobre violencia a la mujer, maltrato y abuso sexual*. Quito: Centro Ecuatoriano para la Acción de la Mujer.
- Coalición Nacional de las Mujeres para la Elaboración del Informe Sombra de la CEDAW. 2014. *Informe Sombra al Comité de la CEDAW Ecuador 2014*. Quito: ONU Mujeres / GIZ / Plan Internacional.

- Collier, Jane, Bill Maurer, y Liliana Suárez. 1996. "Sanctioned Identities: Legal Constructions of Modern Personhood". *Identities* 2 (1-2): 1-27.
- Comité Subregional Andino. 2012. *Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue / UNFPA / Family Care International / Organización Iberoamericana de Juventud / Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Fernández, Paloma. 2002. *Diáspora africana en América Latina: Discontinuidad racial y maternidad política en Ecuador*. País Vasco: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Foucault, Michel. (1998) 2007. *Historia de la sexualidad. Volumen I. La voluntad de saber*. 25.ª ed. Madrid: Siglo XXI.
- Fraser, Nancy. 1997. *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores / Universidad de los Andes.
- García, Mayela, y Gloria Sayavedra. 1996. *Violencia, poderío y salud de las mujeres. Por el derecho a vivir sin violencia. Acciones y respuestas*. Bogotá: Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo). 2013. "Ecuador registra 122 301 madres adolescentes según Censo 2010". 9 de abril. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- Irigaray, Luce. 1994. "El cuerpo a cuerpo con la madre". *Debate Feminista* 10 (2): 32-45.
- Montecino, Sonia. 1991. *Madres y huachos: alegorías del mestizaje chileno*. Santiago: Cuarto Propio.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Maternidad comunitaria: ¿alternativa para el buen vivir?

Ma. Patricia Baeza Cabezas

La maternidad es bien vista en las comunidades indígenas rurales de la Sierra ecuatoriana. Esto no solo porque se constituye en un núcleo forjador de una potencial mano de obra barata, sino también porque encarna la disyuntiva de “decidir” la vía por la cual serán intervenidos los cuerpos de las mujeres indígenas. Así, la maternidad indígena se despliega en un marco contrapuesto de decisiones sobre la salud ancestral (comunitaria) y la salud occidental (salud pública).

Queda en evidencia que la maternidad no solo es un hecho social ligado a la identidad femenina reproductiva, sino es un hecho social impulsado y, por qué no decirlo, forzado por intereses simultáneos que provienen de esta búsqueda de “decisión” que desencadenan en un mismo resultado: altas tasas de mortalidad materno infantil de la población indígena.

Dicho esto, la comunidad se transforma en un agente impulsor y protagonista en la confección de un imaginario social que reafirma estereotipos de género. La maternidad en la comunidad adquiere matices sociales sutiles y refuerza la incapacidad de contemplar críticamente una reproducción sobreexplotada que pone en riesgo permanente la vida de las mujeres indígenas.

En este texto describo el proceso de atención del parto en la comunidad, caracterizando los puntos álgidos que visibilizan la pugna entre la atención comunitaria y la atención en un centro de salud occidental. Simultáneamente, defino cuáles son los principales ritos y mitos respecto al primer tipo de atención.

El objetivo es representar la forma en que el parto comunitario ha sido construido culturalmente como la alternativa más viable y acogedora para las indígenas de los sectores rurales, aunque esto no necesariamente implique la inexistencia de una violencia simbólica. El alcance de este hecho es registrar que, pese a la existencia de esta alternativa de atención comunitaria “acogedora”, el maltrato a la indígena se perpetúa en los elevados porcentajes de muertes maternas en la provincia de Chimborazo (CEPAR 2006), producto de partos mal asistidos.

Prácticas comunitarias de atención del parto

Uno de los elementos centrales en la atención del parto comunitario es el ambiente asociado al “calor”. Esta concepción rige en el entorno físico y social en el que se encuentra la mujer que dará a luz. Ello explica la presencia de los círculos cercanos de la mujer, fuentes de calor humano, como la familia y los miembros de la comunidad. Uno de los trabajos de la partera es estimular la generación de calor corporal en la futura madre. Para ello, se usan mantas y colchas que cubren totalmente el cuerpo, desde la cabeza a los pies, ya que “hay que utilizar la misma ropa puesto que genera calor porque el frío pasma los dolores” (entrevista a Charican, 2008).

Las bebidas y líquidos calientes siempre están disponibles para ofrecer a la parturienta, como son las aguas de hierbas de manzanilla, zanahoria blanca, cebolla, caldos de pollo, entre otros que, según sus costumbres comunitarias, darían mayor fuerza a la mujer, y así facilitarían el proceso de dilatación del parto. La presencia del fogón es muy importante, pues genera el calor en la casa; por ello, la primera actividad introductoria a un trabajo de parto es encender el fogón. Una vez encendido, la mujer permanece allí lo más cerca posible, arropada y consumiendo bebidas calientes, en compañía de sus familiares, parientes y quienes habitan en la comunidad.

Una de las técnicas más utilizadas por las parteras, para acomodar el niño dentro del vientre de la madre, previo al alumbramiento, se denomina “manteo”. Consiste en una práctica cultural mediante la cual la parturienta, con la ayuda de la partera, esposo, familiares o amigos, es recostada

sobre una manta que se encuentra extendida en el piso. Posteriormente, la manta es tomada de sus cuatro esquinas, se la levanta y se comienza a mecerla de un lado a otro. El propósito es que este movimiento produzca la acomodación de la posición del “guagua”, suave y sutilmente en el vientre de la madre, para acelerar el alumbramiento.

Otra de las características diferenciadoras de un parto comunitario es la posición que adopta la madre para dar a luz. La posición que facilita este proceso es en cuclillas, siguiendo las leyes de la gravedad. No obstante, “la partera siempre busca la voluntad de la madre”; vale decir, una ubicación que, para la mujer, en ese instante, facilite el parto y disminuya su dolor. Sin embargo, la gran mayoría adopta la posición vertical.

Una vez que la mujer da a luz, es nuevamente cubierta con mantas y cobijas. La partera es la primera persona que tiene contacto directo con el recién nacido, pues lo recibe y corta su cordón umbilical. La técnica consiste en calentar, en el mismo fogón, una cuchilla que debe quedar al rojo vivo, con la cual se corta el cordón. Se esteriliza la cuchilla para evitar posibles infecciones tanto para el recién nacido como para la madre. Así, mientras la partera da los primeros cuidados y atenciones al “guagua”, la madre descansa del trabajo de parto al calor del fuego.

El parto comunitario es un rito basado en técnicas que han sido transmitidas a través del tiempo. El rol es mayormente desempeñado por mujeres, sin embargo, en los últimos años, se ha incrementado la presencia y participación de los hombres como “parteros”.¹

La atención brindada en la comunidad siempre busca el respeto y la “voluntad” de la mujer que va a dar a luz; con esto quiero señalar que se implementan técnicas que hacen más soportable el proceso de parto y que no se evidencian procedimientos que lo presionen.

En este apego a la voluntad de la madre, se espera que mediante el proceso natural sea ella quien expulse su placenta, que en ningún caso sea “jalada” o forzada a salir. A juicio de los médicos, “es precisamente en este aspecto donde se generan complicaciones en el parto, por la tardanza del retiro de la placenta, ya que muchas mujeres contraen hemorragias que

¹ Esta innovación, así como sus potenciales impactos entre las mujeres, es un tema que debe ser investigado en profundidad.

generalmente pueden ocasionar la muerte de la madre” (Hospital Cantonal de Colta 2008). Una vez que la mujer logra eliminar la placenta, esta es tomada y enterrada en los alrededores de la casa, o cerca del fogón. La idea es entregar nuevamente a la madre tierra lo que le pertenece.

Las prácticas con el recién nacido varían conforme a las costumbres que tenga la comunidad y su partera. La primera atención es fajar al recién nacido. Para ello, se toma al niño o la niña y se le cubre con su ballesta,² que será, para el recién nacido, el medio físico que lo una por un buen tiempo a la madre, quien lo cargará en sus espaldas hasta que sea capaz de caminar por sí mismo. Pero en este momento del nacimiento, el rol de la ballesta es dejar al recién nacido inmovilizado. Esto va a permitir que el “guagua” adquiera firmeza en su cuerpo, pues “así crecen más firmes y caminan tiernitos” (Hospital Cantonal de Colta 2008).

Otro de los rituales más recurrentes es cocer simbólicamente –de forma simulada con lana roja y aguja– la boca del recién nacido. Este ritual va a permitir que el niño o la niña, cuando llegue a su etapa adulta, se transforme en una persona tranquila, que no se involucrará en malos entendidos ni será “habladora”. Una vez que la partera termina de cocer la boca, toma una arveja seca y la pasa por las mejillas del recién nacido; el fin de tal acción es que adquiera un tono rojizo en sus mejillas, parámetro de belleza en las comunidades.

Una vez que terminan estas prácticas y rituales, la mujer es alimentada con productos nutritivos que le ayuden a recuperar las fuerzas y las energías desgastadas en el parto. El recién nacido es puesto en los brazos de la madre para que le dé de lactar. La partera, una vez finalizado su trabajo de parto, inicia un seguimiento que denomina “acompañamiento” a la mujer que dio a luz, por al menos treinta días, para ver cómo su cuerpo va cicatrizando y reponiéndose.

² Tela de algodón. Las mujeres *kichwas-purubá* utilizan la ballesta para cargar a sus hijos en su espalda. Esta forma de transporte genera una relación de apego y cercanía entre madre e hijo, porque permite a las mujeres cargar o transportar a sus hijos durante el desarrollo de sus actividades del día.

Parteras reeducadas

Como expresaba en el punto anterior, la partera, o el partero, adopta un rol protagónico en la atención de parto en la comunidad. Sin embargo, a raíz de los procesos impulsados por el Estado a través de sus políticas de salud, actualmente se autocuestionan las funciones de parteras/os en las comunidades. La presencia de estas nuevas variables externas, impulsadas por el Estado, aspiran a incorporar las funciones de la partera en un contexto público-estatal, hecho que ha alterado y modificado su rol tradicional. Estas parteras, reeducadas mediante la capacitación estatal, han asumido un papel de mediadoras entre el Estado y las comunidades indígenas. Es por ello que actúan como una especie de puente, que conecta y que tiene la capacidad de mediar entre ambos sistemas de salud. Entre sus principales funciones están:

Acompañar a la paciente al hospital para que se sienta segura. Seguir con prácticas tradicionales que no pongan en riesgo la integridad de la salud: madre e hijo. Trabajar conjuntamente para que la partera refiera al hospital o al SCS cuando exista complicación o duda en el proceso de parto (Hospital Cantonal de Colta 2008).

En este reacomodo cultural, en el cual las parteras son reeducadas por el Estado, su rol de mediadoras las llevó a elaborar agendas mediáticas en cuanto a la atención de parto. Así, han expuesto sus propias demandas para que esta inclusión a un sistema “no propio” no las margine de su actividad, pues el objeto es alcanzar la complementariedad u acomodación con los servicios de salud pública. De este modo, las parteras se constituyen en sujetos puente, que transitan entre ambos sistemas e interactúan con ambos actores, el Estado y la comunidad. Las principales demandas de las parteras/os se enfocan en los siguientes aspectos:

Que las parteras atiendan el parto vertical en el hospital, por turnos. Ser capacitadas en cuanto a normas de asepsia y antisepsia. Intercambio de conocimientos en técnicas y procedimientos entre parteras y médicos.

Que existan parteras en el hospital, y que exista una infraestructura dentro del hospital para que atiendan las parteras y que esté adecuado para este trabajo, de tal manera que se respete sus derechos y costumbres y se cuente con los materiales suficientes para la atención. Poder usar como medicinas naturales las plantas y que puedan existir en el lugar que se adecue. Que se pueda hacer el manto como una de las prácticas que se tienen en las comunidades. Poder atender el parto en el Hospital y trabajar en equipo tanto la medicina occidental como la tradicional puesto que utilizan las medicinas tradicionales [en] el momento del parto. Si se respeta esto, piensan que vendrán más personas. Que se cuente con todos los materiales y equipos que necesitan para el parto tradicional, utilizar la misma ropa puesto que genera calor y el frío pasma los dolores. Atender con las plantas y si no está en nuestras posibilidades transferir al hospital. Que se respete su cultura, cuando esto no sucede la gente no quiere venir. Que se mantenga su ropa, no bañar, puesto que el frío pasma los dolores. Generar un ambiente caliente. Si se trabaja en el hospital poder tener una pequeña bonificación, puesto que necesitan para pasajes, alimentación. Tener alguna identificación para poder ingresar a los servicios de salud (Hospital Cantonal de Colta 2008).

Estas son las principales trabas que visualizan las parteras, por las cuales las mujeres tendrían ciertas resistencias con respecto a los centros de salud:

sacan a los familiares que vienen acompañando al hospital, en la comunidad, en cambio, la familia está junta. Al no hablar el mismo idioma, entre el personal de salud y la paciente, existen dificultades de comunicación y no hay traductores todo el tiempo. Maltrato físico (baño con agua fría) y psicológico en especial con las madres solteras. Ambiente físico es cálido en casa y frío en el hospital. Miedo a ser maltratada. Irrespeto al pudor de la paciente. La alimentación del hospital no satisface la realidad de la parturienta, como tiempo en el que se sirve la alimentación, así como la calidad de la misma. No se realiza manto para ubicar bien al bebé. No se respeta la posición en la cual la paciente desearía dar a luz. La partera da un seguimiento durante un mes. Diferente forma de atender el alumbramiento: no se ‘jala’ la placenta (Hospital Cantonal de Colta 2008).

El consumo de hierbas como una alternativa de sanación es relevante puesto que “el amplio espectro que cubre la medicina casera del puruhá-quichua disminuye en gran medida la demanda de la medicina química, y por ende de las instituciones que la promueven” (Aguiló 1992, 173).

Integración de familiares

El acompañamiento familiar es un hecho social que cobra gran trascendencia al momento de iniciar un trabajo de parto. La familia es un referente social en las comunidades, por lo que su presencia es un acto de apoyo y bienvenida al nuevo miembro; constituye, además, el grupo que se encarga de la logística. Uno de sus principales roles tiene que ver con contactar y facilitar la llegada de la partera al hogar, preparar las condiciones ambientales (por ejemplo, recolectar la leña, ayudar en la elaboración de los alimentos de alto contenido nutritivo que se dan a la madre, además de hervir agua y preparar las cobijas). En caso de que el parto presente complicaciones, deben gestionar la búsqueda de un transporte en la comunidad para trasladar a la madre, lo más pronto posible, a un establecimiento de salud. Por lo tanto, también actúan como facilitadores en casos de emergencia.

Para los hombres de la familia, sobre todo para el padre, es un momento crucial, ya que el nacimiento de su hija/o confirma su masculinidad. Por ello, los hombres esperan con mayor ilusión que el sexo del recién nacido sea masculino, porque los niños son sinónimo de fuerza, y poseen atributos más valorados en relación con las niñas. En el Foro de Equidad de Género de las Mujeres de Chimborazo, se plasman testimonios que dan fe de esto: “Cuando nace una niña en la comunidad se comenta: ¡qué pena, mujercita no más ha sido! ¡Ojalá el próximo sea un varón! ¡Ay qué pena! ¡Le toca sufrir, para qué también habrá venido!” (CEDIS 2007). Este hecho permite visibilizar que desde el nacimiento se gestan discriminaciones hacia las mujeres.

Maternidad comunitaria

El tema de la salud, en el marco de la maternidad en las comunidades indígenas, sigue siendo una materia compleja y no resuelta. La existencia de dos modelos de salud imbricados motiva la adecuación de un sistema de salud en el contexto indígena, que bien puede ser denominado de tránsito. Este sistema se caracteriza, principalmente, por instaurar una ruta “privada” de salud, que evita el paso por el sistema de salud pública. De este modo se impiden los maltratos y las fuertes discriminaciones. Este sistema de salud de tránsito o atención comunitaria se encuentra permeado por las diversas dinámicas culturales de cada comunidad. Sin embargo, posee una característica muy particular: la existencia de la autonomía en el parto.

La idea de esta autonomía en la atención del parto está entretejida con la maternidad como eje central de la identidad de la mujer (Palomar 2004, 2005). Por lo tanto, respeta los procesos corporales naturales de cada mujer. Esta ruta privada de salud (comunitaria) no presiona los procesos del parto (por ejemplo, apurar la dilatación y contracción). Más bien, tiene un sentido de apoyo y compañía hacia la parturienta. Producto de ello, tanto la posición (vertical) como el pudor gozan de un especial respeto, situación que es ampliamente valorada por la mujer y, por tanto, evaluada de forma positiva entre la comunidad. Estas autonomías permiten a las mujeres experimentar la maternidad como un hecho menos violento, menos discriminatorio y menos traumático, lo cual se opone a las experiencias en los centros de salud pública.

La atención comunitaria en el parto refuerza la maternidad como un hecho ligado a una identidad de mujer indígena; por lo tanto, tiene buena acogida entre comuneros/as. Sin embargo, esta atención comunitaria de tránsito, pese a todas estas características vinculadas a una atención más humanizada, no resuelve el tema de la mortalidad materno infantil presente en las comunidades indígenas rurales de la Sierra.

La existencia de dos modelos de salud: público (Estado) y privado (comunidad), en el contexto indígena construye ciertas dicotomías que se ven reflejadas en la elaboración de una ruta que denominaré ruta privada

de atención comunitaria. La ruta pública se construiría en los centros de salud estatal. La coexistencia de ambos modelos de atención de salud no funciona de manera antagónica, como se pensó en una primera instancia, más bien tienen puntos de encuentro en términos de la salud materna de las indígenas que conducen a un mismo resultado: los altos índices de mortalidad materno infantil en la población indígena rural.

Así, el tema de las muertes materno infantiles y su naturalización en las comunidades estimula la convivencia con la muerte. Eso me permite entender el escaso cuestionamiento de las comunidades frente al tema. Esta inacción político social ante la muerte, este *continuum* cultural que se desplaza de forma sutil entre la vida y la muerte, es el fruto de una voluntad social que la acepta sin mayores cuestionamientos.

Frente a ello, puedo afirmar que la escasa demanda de las mujeres hacia el sistema de salud pública por concepto de la maternidad es netamente un tema de resistencias sociales que, finalmente, no las libera del dolor ni contribuye a una vida más digna. Esta inacción política frente a la muerte las posiciona en una encrucijada por la vía comunitaria, que las conduce al mismo punto de encuentro: una seducción hacia la muerte.

La atención con matices de mayor humanización no logra solucionar la paradoja de la salud en el contexto indígena. Esto permite entrever una violencia simbólica en el cuerpo y vida de las mujeres, a causa de la maternidad forzada culturalmente en el contexto rural indígena. Se favorece así el desencuentro entre una atención más humana en la comunidad, pero igualmente violentada, a través de la permisividad de la muerte. Este desencuentro deja sin alternativas a las mujeres.

Continuum vida y muerte

Los índices de mortalidad materno infantil en la población indígena se constituyeron en el fenómeno que evidenció una realidad silenciosa: la muerte como parte de las dinámicas sociales y culturales de las comunidades indígenas rurales. Este componente de mortalidad materno infantil llamó la atención del Estado, mas no de las propias comunidades.

La mortalidad infantil es difícilmente concientizada en el contexto puruhá-quechua, por el sentido fatalista de la muerte y la enfermedad, a veces fulminante que no da tiempo a poner el debido remedio. La muerte acaecida de esta forma inducirá a una nueva gestación lo más pronto posible (Aguiló 1992, 61).

Esto responde a la idea de intervención del Estado por la vía de la maternidad, dirigida a las mujeres de las comunidades indígenas.

Una de las primeras hipótesis barajadas estaba relacionada, principalmente, con un distanciamiento cultural entre la atención en la comunidad y en los centros de salud. Producto de ello, en los cantones de la provincia de Chimborazo, que tienen un alto porcentaje de población indígena rural, se ha implementado la “adecuación cultural del parto vertical” en los centros de salud. Sin embargo, pese a los esfuerzos del Estado por llegar y trabajar en el ámbito de la maternidad en los sectores rurales y con poblaciones indígenas, debo señalar que existe una correlación de la salud de vida-muerte en un marco antagónico de opciones, que el Estado aún no ha logrado dimensionar en las intervenciones de sus políticas de salud.

De la mencionada coyuntura se desprenden dispositivos de intervención estatal, como señala Carballeda (2005), ya que para el Estado este tipo de dinámicas, en las que se hace presente la muerte, implica una alerta para el orden dominante establecido.

En este escenario se explican y contextualizan las actuales reformas del Estado hacia un nuevo modelo de salud, que incluyen nuevas prácticas de intervención con el objeto de competir y poner en jaque estos modelos de salud privados/comunitarios, con la clara idea de corregir la manifiesta anomalía del sistema.

Esta visibilidad de la muerte produjo la aparición de un dispositivo de intervención en lo social que paulatinamente se extendería a otras esferas, como la minoridad, la salud, o la educación. Estos muertos producto de una gran guerra silenciosa pero no por ello menos cruenta, llamaron la atención como aquello que debía ser corregido, que estaba diciendo algo peligroso para el orden imperante, en un idioma aun no descifrado totalmente (Carballeda 2005, 25).

La presencia de la muerte, como fenómeno incorporado a la cotidianidad de las comunidades, construye una realidad indiferenciada entre vida y muerte, como conceptos paralelos distantes de la concepción de salud. Esta realidad es muy parecida a lo que Scheper-Hughes (1997) encontró en su investigación etnográfica en las poblaciones de Alto do Cruzeiro, lo que me lleva a pensar que los indígenas rurales de la comunidad Shuid tienen una visión del mundo...

existencialista, una visión que capta la vida y la muerte no como polos opuestos, sino como puntos a lo largo de un continuo llamado *camimbo*, el camino de existir. Sus palabras y acciones indican una concepción de la muerte legítima de la existencia, de forma que esa muerte también ha de ser vivida (Scheper-Hughes 1997, 349).

Es así como en este sector indígena rural de la Sierra, se vive la vida y se vive la muerte de forma indiferenciada. Cuando estos polos no son opuestos, los límites de vivir del uno o del otro lado se tornan difusos e imperceptibles. Producto de la cercanía que existe de esta convivencia con la muerte, se genera una ausencia de “esfuerzo” por parte de los sujetos que la viven por buscar la vida en la salud, lo que constituye uno de los principales fundamentos de la visión occidental de la salud.

La muerte es la síntesis y el epílogo de todos los fatalismos. La muerte es indomesticable: se acerca implacable a todos. Allí se concentran todos los esfuerzos de eufemización simbólica de los puruhás-quichuas. El encuentro inevitable y frecuente con la muerte salvaje tiñe toda la religiosidad puruhá. La concepción actual se cincela en la realidad trágica de la mortalidad infantil, la enfermedad, el accidente y el asesinato (Aguiló 1992, 211).

Es así que cuando un miembro de la comunidad se enferma, la primera alternativa es recurrir a la medicina natural, preferentemente al consumo de hierbas medicinales naturales. “Mi sobrinito de ocho años murió: le comenzó a doler la barriguita, luego comenzó a hinchar la pierna y hacer morada. No hicieron ver, solo dieron agüitas de yerba manzanilla y eso,

pero no pasó. Y como al cuarto día murió, y nadie sabe de qué murió, no hicieron ver” (Entrevista a Guamaní, 2008).

Es necesario señalar la ausencia de un subcentro de salud relativamente cercano a la comunidad, que les facilite acudir cuando sea necesario para recibir atención médica. Sin embargo, el tema es aún más complejo, ya que de forma directa no está ligado únicamente a la presencia o ausencia de establecimientos de salud. El arraigado sentido que tiene la muerte-vida en esta comunidad indígena es manifestado como un *continuum* dentro de sus propias dinámicas locales. Es precisamente en este hecho de la muerte donde se refleja la desesperanza de la lucha diaria, que busca autoconformación en lo inexplicable. “Llaman *Panta huañuy* (muerte engañosa), cuando no se ha conocido la enfermedad que ha causado la muerte, lo cual sucede especialmente en las muertes repentinas, sin motivo aparente” (Aguiló 1992, 170).

Es justamente en este aspecto donde se manifiesta el abandono estatal respecto de la salud pública en los cuerpos indígenas. La afirmación de abandono se construye a partir de la incapacidad institucional observada y la vulnerabilidad social, de la cual son objeto las comunidades indígenas rurales de la Sierra. En este marco, la muerte simbólicamente se transforma en el punto de encuentro de dos visiones –indígena/occidental– que se contraponen a partir de un mismo objeto –la muerte–.

En esta comunidad indígena rural del Ecuador, la muerte se asume con un sentido práctico, natural y cotidiano. La muerte en la comunidad carece de la burocracia que los mestizos solemos atribuirle, y adopta ciertas características que resultan reiterativas como es el anonimato y la privacidad: “Se murió y nadie sabe de qué murió, se pesca, se echa a un cajón, se hace un hoyo y se entierra, no se avisa a nadie, porque ni policía hay” (entrevista a Guamaní, 2008). Esta dinámica social de la comunidad y su gente implica una especie de desechabilidad de la vida, acompañada de un desconocimiento médico acerca de las causas de muerte. Ambos lineamientos encubren un sinfín de elementos sociales e institucionales que se encuentran presentes y que actúan bajo cierta complicidad.

Comprendí que los hospitales y subcentros, vale decir, la institucionalización de salud, no representan la salud/vida para las comunidades indígenas rurales, ya que la salud occidental, leída como los centros y subcentros

de salud, simplemente resulta un lugar “ajeno”, donde el maltrato y la discriminación no le dan cabida a la población indígena; constituyen más bien un lugar donde se apresura la muerte, una muerte presente y latente que tiene cabida en la cotidianidad comunitaria. Así, frente a la enfermedad, emergen dos escenarios posibles: el espacio público representado por los centros de salud estatal, y el espacio privado/comunitario, representado por los *yachac* y parteras.

En esta dinámica es posible comprender lo que Scheper-Hughes (1997) ha denominado “muertes públicas y muertes privadas”, que se refleja en la correlación salud-vida-muerte en un marco antagónico de opciones. De este modo, la salud en la comunidad, tal como se ha definido, se perfila como fundamentalmente autónoma, puesto que quienes habitan las comunidades, ya sean hombres o mujeres, tienen la libertad de optar entre morir en sus propias comunidades, acompañados por los suyos, o morir en la soledad y frialdad de un centro de salud, en la búsqueda de vida. Frente a la dualidad de alternativas surge la resistencia a los centros de salud mestizos.

Conclusiones: maternidad, territorio de tensiones

El Estado ecuatoriano llega al cuerpo de las mujeres indígenas a través de la maternidad en el contexto general del control de la natalidad. Desde diversos ámbitos, mediante la implementación de políticas públicas de salud y a través de un perfil de vulnerabilidad social, el Estado busca llegar a los sectores marginados y excluidos socialmente (Flores 2007; Meentzen 2007). La peculiar forma de proceder con este grupo de población le permite desarrollar e implementar estrategias de integración, a través del diseño de instrumentos en salud que actúan como dispositivos de poder (Foucault [1998] 2007).

Es así como, junto al diseño e implementación de un nuevo modelo de salud denominado “integral”, se instauran dispositivos de poder como instrumentos de control; tal es el caso de la ficha familiar y la ficha intercultural (Heller y Fehér 1995). El poder de dichos instrumentos recae en la capacidad de registrar información, dado que permite conocer, a corto

plazo, conductas y costumbres de la vida cotidiana de los sujetos a los que espera alcanzar operando desde la cotidianidad. Estas políticas nacionales de salud, aterrizadas en un contexto local, ofrecen una serie de lecturas y relecturas de los individuos que finalmente las ejecutan.

La llegada del Estado al ámbito local produce tensiones con las comunidades, ya que estas tienen su propia respuesta asociada a una retórica discursiva intercultural, que se polariza en procesos de autoexclusión o negación frente al sistema de salud pública.

La retórica de las comunidades, de “negación” frente a la salud pública, afecta de forma directa a las mujeres, quienes se ven expuestas a la muerte por la vía de la maternidad. Esto se debe a que muchos de los procesos de parto comunitario no siempre llegan a buen término y las complicaciones que puedan surgir generan una respuesta de resistencia frente a la salud pública. De ese modo, la salud y la enfermedad, en distintos escenarios público/privados, encuentran su punto de conexión en la maternidad.

El Estado, por su parte, teje políticas más concretas, encaminadas ahora ya no solo a una interculturalidad, sino a políticas maternas que le permitan alcanzar los cuerpos de las mujeres indígenas para lograr controlar su sexualidad e intervenirlos desde la maternidad. Esta retórica intercultural, impulsada por el Estado y el movimiento indígena, se diluye fácilmente porque afianza la discriminación del sector público con respecto a los sujetos indígenas. Por lo tanto, es el mismo Estado el que encarna la discriminación que finalmente termina perpetuándose en la muerte de estos individuos indígenas.

La maternidad se configura como el factor común entre tres agentes: Estado, mujeres indígenas y comunidad. En ese sentido, es necesario señalar que tanto el Estado como la comunidad buscan controlar el cuerpo de las indígenas, a través de la maternidad. En este contexto, es preciso remarcar que el Estado promueve un nuevo modelo de salud integral para alcanzar, como señalé anteriormente, aquellos segmentos de la población que se encuentran marginados o excluidos del sistema de salud pública (Villacrés y Yépez 2002).

Este modelo de salud, aplicado en el espacio local, funciona bajo improntas de discriminación y maltrato a las mujeres indígenas de los sectores rurales. Los hospitales, centros y subcentros de salud se caracterizan por brindar

una atención que se distancia de las pautas culturales que tienen las comunidades. Así, se erige una oposición entre ellos; a modo de ejemplo, el parto en los centros de salud tiene una concepción asociada a “lo frío”, mientras que en las comunidades el parto tiene una concepción “cálida”. Este distanciamiento cultural se vincula a una “falta de entendimiento” entre el Estado –mediado por los centros de salud– y las comunidades. Por esto, las políticas carecen de pertinencia y sentido en la práctica. Son políticas rechazadas e ignoradas por las comunidades. El distanciamiento cultural impide decantar las particularidades indígenas, sus lógicas y razón de ser. Producto de ello, se forja una situación de aparente indiferencia, que genera una ruptura en la lógica de la diferencia, por este diálogo ausente.

La ausencia de actores, por tanto, de diálogos e interacciones, provoca en los individuos de las comunidades la percepción de una suerte de abandono público. La exigencia de vivir en un medio hostil pone a prueba su sobrevivencia. Por ello, como señalé en algún momento, los discursos de los derechos responden a reivindicaciones étnicas de las élites indígenas que, con algo más de suerte, han logrado prepararse intelectualmente para esa lucha (Saint-Upéry 2001). Sin embargo, los indígenas pobres y rurales de la Sierra tienen su propia lucha, que es vencer la escasez de vida (Naula s.f.), y sobreponerse a las necesidades del día a día para su sobrevivencia.

Por su parte, la comunidad también busca ejercer su poder sobre las mujeres. El sistema de salud comunitario, como ruta privada de salud, es un sistema cuya tendencia de atención es más humanizada, cómoda, agradable y respetuosa. Frente a esto, el sistema de salud pública queda en una frontal desventaja con respecto a la oferta comunitaria. Sin embargo, pese a la existencia de las “bondades” de esta ruta privada de salud, las mujeres siguen siendo maltratadas porque el sistema de salud comunitario no garantiza la vida de ellas ni de sus hijos.

Así, la maternidad provoca, en ambos sistemas de salud, una serie de fisuras y discontinuidades en conflicto, que se amalgaman finalmente en la muerte de las mujeres que optan por cualquiera de las dos vías. Por ello, la maternidad se da en un contexto de conflicto y contradicción, con resultados similares.

Es así como ambos sistemas que están en tensión permanente tienen su punto de unión y encuentro en las mujeres vía la maternidad. Pero este punto de encuentro no solo responde a la maternidad, sino también a un discurso político del bienestar traducido como “sumak kawsay”. Tanto el actual gobierno como las comunidades intervienen desde esta visión; sin embargo, ninguno ha logrado resituar y solucionar el problema de la violencia simbólica a la que se ven sometidas las indígenas rurales de la Sierra, a causa del ejercicio de la maternidad. Aun así, ambos agentes continúan fomentando y reforzando la maternidad por una u otra vía. Por ello, es impensable la separación de ambas instancias y ambos sistemas de salud.

Resulta sencillo definir la maternidad como un hecho impuesto que tiende a invisibilizar la agencia de las mujeres, ya que esta se ve aparentemente anulada frente a este discurso. Sin embargo, la investigación en que se basa este trabajo dio cuenta de esa agencialidad oculta.

Las mujeres en el contexto indígena se encuentran subordinadas por la imposición de modelos patriarcales. Es por ello que son excluidas y maltratadas en la mayor parte de los espacios públicos. Pese a esto, para ellas, la maternidad representa un espacio de poder absoluto y reservado solo para ellas, pues la paternidad está distante de los hijos, al menos durante sus primeras etapas de vida. Consiguientemente, la maternidad otorga poder y posicionamiento en la comunidad, ya que la crianza es un espacio de construcción de identidad y disciplinamiento de los hijos y futuros comuneros. He ahí la importancia y su resignificación.

Sin embargo, esta maternidad a la que se incorpora el elemento étnico, asume ciertas particularidades. Una de ellas tiene un correlato estadístico: los altos índices de mortalidad materno infantil. La confabulación de los sistemas público (Estado) y privado (comunidad) actúan como cómplices de estas muertes. Pese a la coexistencia de ambos sistemas de salud, ninguno ha logrado resolver esta problemática. Este hecho finalmente deja sin salidas a las mujeres, pues ambas alternativas conllevan al mismo resultado: igual probabilidad de conducir las a su muerte y la de sus hijos. A partir de aquí, las muertes públicas y la maternidad indígena pueden ser leídas en el marco de un sistema de complicidades entre el Estado y la comunidad.

La agencia de las indígenas, evidenciada en una respuesta implícita respecto de la maternidad, queda de manifiesto en la alta tasa global de fecundidad no deseada; son prisioneras de la maternidad. En este contexto, mi interés central era plasmar cómo la sexualidad de las mujeres indígenas era controlada mediante normas, mecanismos y dispositivos, tanto por parte del Estado como por las comunidades, ya que todos estos elementos se encuentran permeados por los diferentes discursos que regulan los cuerpos y establecen una realidad mediante las prácticas reiterativas del discurso, en este caso, de la maternidad.

Siguiendo esta lógica teórica, puedo señalar que la maternidad forma parte de un discurso social hegemónico, que construye un sujeto mujer maternal y reproductivo. Este discurso se ve reforzado en las comunidades indígenas. La mujer se percibe a sí misma impulsada o forzada a ejercer la maternidad, sin opción política, porque existe una norma social que “ve bien” a la mujer cuando es madre. Según los discursos, la maternidad encarna el fin último de ser mujer, ya que la imagen construida es la de generadora de vida, es decir, naturalmente reproductiva (Mannarelli 1999; Egüez 2005; Prieto et al. 2005).

Butler (2002) señala que la dinámica impuesta provoca diferentes respuestas, entre ellas la de resistencia y oposición. Estas tensiones se ven reflejadas en el cuerpo de las mujeres a través de su maternidad, como cuerpo fecundo. Sin embargo, la respuesta a estos sistemas de dominación discursiva, que provienen de diferentes agentes, tienen un afán netamente controlador; se ven tensionados frente a discursos dominantes de sociedades indígenas profecundidad a través de la maternidad.

Referencias

- Aguiló, Federico. 1992. *El hombre del Chimborazo*. Quito: Abya-Yala.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del 'sexo'*. Buenos Aires, México, Barcelona: Paidós.
- Carballeda, Alfredo. 2005. *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- CEDIS. 2007. *Agenda de equidad de género de las mujeres kichwas de Chimborazo*. Chimborazo: CEDIS.
- CEPAR. 2006. *ENDEMAIN (2004-2005). Encuesta demográfica de salud materna e infantil*, informe final. Quito: CEPAR.
- Dirección Provincial de Salud Chimborazo. 2008a. Boletín. Hospital Colta, marzo. Chimborazo.
- 2008b. “Estadísticas de equipamiento e infraestructura por provincias”, 7 de marzo. Boletín. Hospital Colta, Chimborazo.
- Egüez, Pilar. 2005. “Mujeres y población”. En *Mujeres ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, editado por Mercedes Prieto. Quito: CONAMU / UNIFEM / FLACSO Ecuador.
- Foucault, Michel. (1998) 2007. *Historia de la sexualidad. Volumen I. La voluntad de saber*. 25.ª ed. Madrid: Siglo XXI.
- Flores, Germán. 2007. *Políticas públicas para pueblos indígenas en el Ecuador del siglo XXI. Memorias del seminario nacional*. Quito, Ecuador.
- Heller, Ágnes, y Ferenc Fehér. 1995. “La modernidad y el cuerpo. La salud como política”. En *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*: 69-82. Barcelona: Ediciones Península.
- Hospital Cantonal de Colta. 2008. *Memorias. Taller de adecuación cultural del parto*, Colta, 21-22 de julio. Colta, Chimborazo: UNFPA-Ministerios de Salud Pública.
- Mannarelli, María Emma. 1999. “El programa cultural del cambio de siglo: maternidad y naturaleza femenina”. En *Limpias y Modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*: 69-114. Lima: Flora Tristán.
- Meentzen, Ángela. 2007. *Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia*. Lima: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Naula, Juan. s.f. *Gestión en políticas interculturales de salud indígena*. Quito: Dirección Nacional de los Pueblos Indígenas Ecuador / Ministerio de Salud Pública. <https://bit.ly/3av8bxN>
- Palomar, Cristina. 2004. “Malas madres”: la construcción social de la maternidad”. *Debate Feminista* 30 (15): 12-34.
- Palomar, Cristina. 2005. “Maternidad: Historia y cultura”. *La ventana*, 22: 110-145.

- Prieto, Mercedes, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño. 2005. “Las mujeres indígenas y la búsqueda por el respeto”. En *Entre las crisis y las oportunidades 1990-2004*, editado por Mercedes Prieto, 155-194. Quito: CONAMU / UNIFEM / FLACSO Ecuador.
- Saint-Upéry, Marc. 2001. “El movimiento indígena ecuatoriano y la política del reconocimiento”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 10: 57-68.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1997. *Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Villacrés, A. Nilhda, y José Yépez M. 2002. *Protección social en salud: Ecuador, perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud*. Quito: Organización Panamericana de Salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Oficina de representación de Ecuador / Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Lucha por significados entre parteras, mujeres indígenas y profesionales de la salud

Paulina Quisaguano Mora

El PCA como política pública atraviesa el cuerpo de las mujeres indígenas y determina la reconfiguración de prácticas culturales junto a la relación institucionalizada entre médico y paciente. En este artículo analizo las prácticas y discursos sobre la implementación del parto vertical en el hospital de Otavalo, para entender la incidencia de los derechos sexuales reproductivos de las indígenas en un espacio en el que no están acostumbradas a parir.¹ Para el Estado, el PCA resulta importante como política pública, pues garantiza la reducción de la muerte materno infantil en las poblaciones indígenas.

El PCA es un proceso que se construyó con varias actoras y actores desde la organización civil y los representantes de la institucionalidad del Estado. Si bien no existían registros escritos unificados sobre el proceso de construcción del parto vertical en Otavalo, gracias a los testimonios recogidos logré identificar los momentos coyunturales, y argumentar que Otavalo constituye un referente de las relaciones de poder entre la institucionalidad del Estado y las diferentes organizaciones de la sociedad civil. En el inicio del proceso, la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, a través de Salud Intercultural, durante los años 2004 y 2005, apoyó con las capacitaciones en las organizaciones indígenas de primer, segundo y tercer grado.

¹ Este trabajo forma parte de mi tesis de maestría: “Lucha por significados: mujeres indígenas, políticas públicas y prácticas médicas en el parto”. La investigación la realicé durante el año 2011, cuando se discutía la propuesta del parto vertical institucionalizado como parte de la política de salud pública.

Las mujeres de las comunidades se quejaban con el equipo de Salud Intercultural, pues recibían maltrato por parte del personal de salud, y el descontento en las comunidades era generalizado. Ellas no acudían a los sitios de salud, pero las novedades fueron socializadas con el equipo provincial para generar una solución frente al tema.² El área de Salud Intercultural de la Provincia de Imbabura está conformada por un equipo de indígenas que tienen experiencia en la medicina indígena; incluso fueron dirigentes de sus procesos comunitarios, situación que les permitió tener acercamientos directos con la realidad de las comunidades, sobre todo en el tema de salud.

El proceso del PCA también inició con el Comité de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita, que fortalecieron las veedurías para la asignación y gestión local de los recursos financieros en las instituciones de salud. Y con ello, se ejecutó un proyecto de Supervivencia Materna con Family Care International (FCI), en el cual se registró un alto índice de mortalidad materna en la provincia de Imbabura; se presentaron 10 casos durante el período 2001-2005. El objetivo del proyecto era identificar las comunidades con mayor número de muertes maternas y establecer una estrategia para disminuirlas. Una de las recomendaciones fue determinar el vínculo operativo entre el hospital y las unidades de salud puesto que se trabajaba aisladamente. El diagnóstico proporcionado por la organización internacional ayudó a identificar las falencias institucionales y, de alguna forma, a pensar en el tipo de enfoque que necesitaban las instituciones de salud.³

En 2007, en el gobierno del expresidente Rafael Correa, la ministra de Salud, Caroline Chang, nombró por primera vez a un médico indígena, el Dr. José Terán, como director del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO). En esa coyuntura, surgió la idea de impulsar y llevar a cabo el proyecto del PCA en el HSLO, generar el vínculo con las unidades operativas de salud y ampliar la cobertura de atención tanto en la zona urbana como en la zona rural. Con el proyecto del PCA en el hospital se intentó “establecer una

² Entrevista a la Lcda. Mercedes Muenala, coordinadora de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud-Imbabura, 24 de febrero de 2011.

³ Entrevista a la Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, 12 de enero de 2011.

propuesta que el ministerio tome como suya, en cuanto a cómo debería ser un servicio que responda a la diversidad. La finalidad de trabajar sobre el PCA en una entidad pública era que pudiéramos dar paso de lo privado a lo público y de repente garantizar la sostenibilidad de ese proceso. Eso se planteó con el Fondo de Población y ellos estuvieron muy de acuerdo puesto que la idea era apoyarle al nuevo director que era indígena y que se inicie todo este proceso” (entrevista a la Dra. Myriam Conejo).

El hecho de nombrar a un médico indígena como director de una institución de salud implicaba el protagonismo del sujeto indígena en la institución del Estado para sostener procesos tanto en la política multicultural como en las demandas de las organizaciones indígenas, de manera particular, las de las mujeres indígenas. Los cargos institucionales que son dirigidos por actores indígenas se convierten en una estrategia para ganar espacio y canalizar los procesos de participación de estos sujetos. Sin embargo, la estructura dominante se manifiesta en las relaciones de poder a través de los discursos, los espacios y los mismos actores.

En el HSLO también se encontraron aliados que tenían afinidad con el proyecto del PCA y que apoyaron la gestión. “De alguna manera había dos o tres personas sensibilizadas en el hospital o por lo menos que se identificaban con este tipo de temática, una de ellas era la Lic. Magdalia Hermosa, quien es la directora actual del hospital y fue un apoyo muy importante para el Dr. Terán; eso ha posibilitado que no se debilite el proceso en el HSLO” (entrevista a la Dra. Myriam Conejo).

Fue importante mantener un equipo técnico para fortalecer la propuesta, en vista de que en períodos anteriores al Dr. Terán, existieron intentos de la implementación del PCA a través de capacitaciones al personal de salud, sobre todo en torno a la cosmovisión indígena y la interculturalidad, pero no se concretaron acciones. Es decir, existían ideas, incluso pequeños proyectos para la implementación del parto vertical, pero sin las condiciones y las coyunturas políticas era difícil que el proyecto ingresara en la institución de salud.

En febrero de 2007 se establecieron diálogos entre el Movimiento Indígena Ecuatorunari, el MSP, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) y la Universidad Central del Ecuador (UCE) para generar una propuesta institucional sobre el “parto tradicional” como una alternativa. Entre los ejes de la propuesta de la UCE constaba la revisión del p nsum de estudios de la Escuela de Obstetricia en la cátedra de Gineco-Obstetricia, para incluir el parto tradicional y algunos conocimientos sobre interculturalidad (Ecuarunari 2007). El convenio fortaleció de alguna manera la iniciativa institucional del HSLO, porque las estudiantes de obstetricia realizan sus prácticas profesionales en la institución. Además, el hecho de que el parto vertical ingresara como tema en uno de los contenidos curriculares de la Escuela de Obstetricia, dio lugar a que el conocimiento científico fuera interpelado y se generaran nuevas formas de relación con las pacientes.

En el hospital se implementó el PCA como un modelo de atención con enfoque intercultural, que obedece a un proceso de diagnóstico y evaluación de la institución en general. El personal médico, las parteras y las usuarias fueron actores principales para obtener información, generar cambios e impulsar el proyecto. Se dieron una serie de capacitaciones tanto al personal médico como a las parteras, que se convirtieron en zonas concretas de choque frente a las prácticas, saberes y conocimientos alrededor del parto. El diagnóstico y proceso previo para la implementación del PCA se desarrolló durante 2007 y se inauguró la sala de PCA el 4 de abril de 2008.

El apego a las leyes, decretos o reglamentos también influyó para que el parto vertical se legitimara en la institución médica. “Una vez que entró en la dirección del hospital, empezamos a hablar del tema, de la parte cultural y así como marco legal, tuvimos que ir buscando para sostenernos y defendernos porque era algo nuevo [el PCA] dentro del sistema del Ministerio de Salud Pública. Entonces una norma del mismo ministerio, creo que es del 95 –no me acuerdo exactamente– ya decía, una norma peque nita, que las madres pueden tomar la posición más adecuada, o sea, pueden decidir las madres. Y al mismo tiempo con unos documentos de la Constitución anterior es lo que empezamos a trabajar para defender la parte legal del proyecto” (entrevista al Dr. Terán, 2010).

De alguna manera, el apego a las leyes implica una validación oficial que garantiza el cumplimiento del proceso, est n o no est n de acuerdo. El

personal de salud todavía no estaba convencido de la implementación del PCA en el hospital y el ingreso de las parteras al quirófano desestabilizaba los procedimientos y las concepciones hegemónicas sobre el ejercicio de la medicina en la institución.

El viernes 5 de septiembre de 2008 se realizó el lanzamiento oficial del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal; en uno de sus capítulos normativos consta la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. El PCA es reconocido a nivel nacional e institucional a partir de la normativa que se incluye como una política multicultural del Estado. Es decir, que ya no es una alternativa la aplicación del parto vertical en el hospital, sino que se convierte en una norma. Por tanto, el Ministerio de Salud, como ente rector, formulará registros, necesitará estadísticas de la aplicación del PCA y las incidencias de reducción de la mortalidad materna infantil.

En todo este proceso, las parteras recibieron capacitaciones impulsadas por el Ministerio de Salud y organismos internacionales para identificar los riesgos obstétricos y evitar las muertes maternas. Además, con la certificación de parteras calificadas, recibieron un carné de identificación para poder ejercer su labor en el hospital. Tanto el carné como las capacitaciones se convierten en un poder simbólico que legitiman el ingreso de las indígenas en el centro médico.

El proceso del PCA se convirtió en una lucha porque a partir de las coyunturas políticas, las indígenas lograron ingresar en la institución de salud pública. Hemos visto que tanto los representantes de las instituciones públicas y los organismos internacionales como las organizaciones indígenas se han convertido en actores del proceso. Sin embargo, el impulso elemental viene desde abajo, es decir, de las mujeres indígenas junto con el personal médico, quienes cuestionan los discursos y los espacios dominantes desde la cotidianidad.

Existe una lucha por mantener espacios simbólicos incluso ante los discursos dominantes. Por ejemplo, en el hospital, aun cuando el discurso médico se identifica como dominante en las prácticas de salud y atención al parto, las parteras transgreden a través de la aplicación de un parto no médico o parto vertical en la institucionalidad médica. Las parteras no solo

luchan por los significados, también son las parturientas las que deciden sobre la posición de su cuerpo en el momento de parir.

La lucha por los significados se relaciona con el acceso del poder político e interpretativo para generar procesos de identidad en las instituciones (Lind 2005). Esta lucha alrededor del parto culturalmente adecuado, a través de los discursos y las prácticas en el sujeto mujer indígena, provoca un análisis frente al cómo comportarse (construcción del cuerpo a partir de la normativa del PCA), los roles de las parteras versus los de los médicos y los tamaños de las salas de parto, es decir, los espacios, que se materializan en un lugar determinado, en este caso en el Hospital San Luis de Otavalo.

Cuerpos que se construyen: ¿cómo comportarse?

La guía del PCA tiene una normativa de atención culturalmente adecuada del parto que forma parte del ámbito de acción. En la normativa que se propone en el documento, existen 15 puntos dirigidos al personal médico donde se describe la forma en que deberían mantener el acercamiento con las parturientas. Uno de los puntos hace referencia al trato, a la interacción, a la explicación que necesita la parturienta y al respeto en la elección del modo en que decida parir. Cito un ejemplo: “No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad” (MSP 2008, 42).

Sin embargo, por situaciones de mayor comodidad para el personal médico y rapidez al atender a las parturientas, no siempre existe tal decisión de las mujeres en el momento del parto; de hecho, a veces pesan más las metas dictadas por el MSP en cuanto al número de partos verticales que debe cumplir el personal médico. El médico residente del hospital comentó al respecto: “En los pocos partos verticales que he atendido, no me atraía mucho el parto vertical, a pesar de los beneficios, por la incomodidad que le contaba, pero más uno se va hacia el empujón que el ministerio le obliga atender los partos verticales. Porque uno está bien, viene la paciente y no se le dice [sobre la posición vertical], no pierdo nada, no gano nada, si la paciente da parto horizontal es más cómodo para mí y me evito estar en

esas, pero ya el ministerio pone metas que usted deba atender tantos partos horizontales y tantos verticales” (entrevista al Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

El documento ofrece una guía de atención al personal médico, pero este lo acoge más por la presión institucional que el MSP ejerce sobre el personal médico para cumplir ciertas metas en relación con el parto vertical. Si bien han subido los porcentajes del parto vertical en el HSLO, el personal médico no está convencido o no toma en cuenta la decisión que tiene la mujer en el momento del parto, le interesa más cumplir con una meta anual del MSP.

Dicha institución pone como base el número de partos verticales y horizontales que las áreas de salud deben cumplir como metas anuales; de alguna manera, esto ayuda a registrar si la normativa del PCA tiene vigencia para generar más recursos. Pero si el número es un indicador, ¿qué pasa con el registro de los partos de mujeres indígenas o mestizas? Posiblemente hay un interés por el cumplimiento de un número de partos verticales para justificar una política y los recursos que el Estado genera alrededor del PCA. Ante las metas que pone el MSP, el médico residente comenta:

Dr. Esteban. Hoy que se hizo anual [las metas del MSP], porque antes era por seis meses, entonces nos ponen metas en cuanto a la producción anual anterior que se ha tenido y eso califica la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones (SENRES), para este año tenemos 100 partos horizontales y 200 verticales que tenemos que hacer más o menos en once o diez meses que tiene el año de trabajo, independientemente de que sean indígenas o mestizas. Son 200, haciendo cuentas más o menos que tenemos que hacer entre dos o tres partos verticales en cada turno. Yo lo hago porque ya tengo una meta que cumplir, intento hacer porque antes no, me evito estar incómodo y eso le atrae porque, aunque obligadamente usted ve los beneficios que es mejor [el parto vertical], el bebé sale rápido, hay poco sangrado, en los que he atendido yo no ha habido desgarros, entonces se ve que sí es mejor (entrevista, 26 de marzo de 2011).

El estándar de metas que determina la institucionalidad, en este caso el MSP, se convierte en un mecanismo de presión sobre el personal médico para visibilizar el aumento porcentual de los partos verticales y generar recursos para justificar la implementación de la política pública, aunque la aplicación no incida en el comportamiento del personal médico del hospital.

Es importante tomar en cuenta la “incomodidad” que el médico manifiesta cuando atiende el parto vertical: es incómodo para él, pero posiblemente es una posición que la mujer decidió. El tema de la incomodidad es muy recurrente, pero también el de las jornadas laborales, sobre todo, en el personal médico residente, y eso hace que el desgaste sea aún más fuerte y que el trato cordial con la paciente se agote. Estamos hablando de un tema de trato a la paciente y del trato que la institución tiene con el personal médico, es decir, el trato institucional que recae sobre el personal médico residente no es lo suficiente bueno como para que este lo reproduzca con las pacientes.

Entre las normativas del documento también hay una referencia a la información que debería dar el personal de la salud a las parturientas. La información gira alrededor de la anticoncepción, asepsia con su cuerpo y el del bebé, lactancia materna y los chequeos que debería realizar la parturienta después del parto (MSP 2008). Generalmente las enfermeras son las encargadas de transmitir la información a las pacientes, pero hay una permanente acentuación en la asepsia. Una expresión de las enfermeras, cuando empecé a entrevistar a las parturientas en el piso de ginecología, fue: “[las mujeres indígenas] tienen que bañarse, tienen que venir con su maletita lista, con jabón... las mujeres indígenas vienen sin bañarse, tienen que indicarles que vengan bañadas con jabón, con todo listo, esos problemas del aseo tienen más las indígenas que las mestizas” (entrevista a Marlene, enfermera auxiliar, 2011).⁴

A pesar de los cursos de capacitación y sensibilización que ha recibido el personal médico frente al PCA y el contexto de las mujeres indígenas, existe un imaginario de la asepsia y la no asepsia, que no solo es delegada a las pacientes en general, sino que además presupone una diferencia entre el

⁴ Utilicé seudónimos en las entrevistas con el personal médico del hospital, lideresas indígenas y parturientas para mantener la confidencialidad de la información.

aseo de las indígenas y las mestizas, más aún cuando el PCA es considerado como “sucio” por la mayoría del personal de enfermería.

Las enfermeras manifestaron que no les gusta atender el parto vertical porque la parturienta mancha todo, la defecación, la sangre y todo se da ahí mismo, no es por separado como en el parto horizontal, en donde la sangre y la defecación cae en el balde y no mancha casi nada. Después de que se dio un parto en el “lugar del parto vertical o PCA”, una de las enfermeras comentó: “Eso no me gusta de este parto [refiriéndose al parto vertical], no es bonito como en el horizontal que todo es limpio, mientras que aquí todo se ensucia”.

A esto también se le agrega el hecho de que las enfermeras son las que limpian y estar en contacto con aquello que mancha y ensucia les causa molestia. Pero, ¿qué causa molestia: tener que limpiar o que las mujeres indígenas ensucien? En el parto horizontal igual tienen que limpiar, se manchan los “campos” o las telas de quirófano, tienen que limpiar los baldes con sangre y heces. En el parto vertical los campos o telas quirúrgicas también se manchan, no hay diferencia entre el parto horizontal y el parto vertical.

El problema visiblemente es que el personal de enfermería aún relaciona el parto vertical con las mujeres indígenas y lo considera “sucio” porque considera a la indígena como un sujeto que carece de asepsia, pues “la idea de que los indígenas y todo lo que les rodea es sucio contribuye a mantener las diferencias étnicas” (Martínez 1998, 106) entre el sujeto mujer indígena y el personal médico, en este caso, la enfermera.

Acto de parir

El acto de parir implica la forma en que interviene el personal médico sobre el cuerpo de la parturienta y también la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo. Cuando ingresan a emergencias para que los chequeen por el personal de la salud, reciben indicaciones de cómo comportarse frente a las contracciones del útero o a los dolores de parto. La enfermera auxiliar de uno de los turnos, durante mi trabajo de campo, le dijo a la parturienta: “Sáquese la ropa, el calzoncito (ropa interior) también, nosotros ya le

ponemos la toallita, póngase la bata, sáquese los aretes, joyas, todo lo que tenga”. Estas fueron las indicaciones antes de que la parturienta ingresara a la sala de partos. La parturienta cumplió con todo, pero no contó con que sus uñas estaban un poco largas y con tierra. La enfermera le dijo: “A ver, deje ver sus uñas... están largas y sucias, ya le traigo un cortaúñas”. Trajo el cortaúñas y le entregó al esposo de la parturienta para que se las cortara. Hago esta breve descripción porque la forma de preparación recae sobre el cuerpo de la mujer paciente, quien debe seguir las indicaciones para ingresar a la institución médica. Desprenderse de su ropa para utilizar una más ligera, propia del hospital, cortarse las uñas y sacarse joyas son normas para ingresar a un área de salud.

La paciente es trasladada desde emergencias a la sala de partos en donde espera hasta que el cuello del útero se dilate. La auxiliar de la sala de partos la recibe, le designa una cama y le dice: “Tiene que estar tranquilita, tiene que respirar y darle aire a su bebé, cuando venga el dolor no grite, tiene que respirar hondo y soltar el aire, cuando le venga las ganas de orinar o hacer la caquita, no importa, se hace no más...” (diario de campo, marzo de 2011).

En la sala de partos el personal de enfermería continúa dando indicaciones de cómo la paciente debería comportarse cuando le vengan las contracciones. Muchas de estas indicaciones son una ayuda sobre todo para las primigestas o quienes dan a luz por primera vez. Las indicaciones de la auxiliar son parte del protocolo que se debe seguir en el parto, es decir, el personal de salud va guiando o normando el comportamiento de la mujer para que se desarrolle el proceso.

Pero las relaciones del personal de enfermería con la paciente se transforman constantemente, pues la parturienta en algún momento ejerce decisión y dominio sobre su cuerpo. Muchas ya no hacen lo que la auxiliar les dice, sino lo que sus cuerpos les piden. Esos son momentos de tensión porque tanto la auxiliar como la parturienta quieren ejercer el control sobre un mismo cuerpo: la auxiliar sobre el cuerpo de la paciente y la parturienta sobre su propio cuerpo.

La enfermera le dice a la parturienta: “A ver, mamita no grite así, tome aire por la nariz y suelte por la boca, si grita se le va el pujo y no le da aire

a su bebé”. La parturienta en su contracción y con dolor de por medio dice llorando: “es que no puedo, ya no avanzo...”. La enfermera le contesta: “si avanza mamita, sea valiente”. Y la parturienta le dice: “a usted no le duele, a mí sí...”. La parturienta no se acomodaba por el dolor, se paraba, se acostaba bocarriba, bocabajo, se puso en cuatro en la cama, se sujetó de la cabecera y ahí logró acomodarse para continuar con las contracciones. Primero pidió al médico parir de forma vertical, pero luego el médico verificó que estaba “dilatado 10 cm, borramiento 100 % y en III plano” o “expulsivo”, y la mujer pidió parir acostada o de forma horizontal. Después del parto comentó: “Me siento adolorida, adolorida, yo sentí que me iba a morir. Y ya me daba ganas de quitarle [la mano] al doctor, cogerle la mano y hacerle a un lado y no me dejó, ya no avanzaba. Justo que viene el dolor ahí me dice “puje, puje a la fuerza”, y entonces ya no tenía respiración, no podía hacer fuerza, por eso pedí que me lleven a la camilla porque ya no quería parir de rodillas” (entrevista a Martha, parturienta indígena, 27 de marzo de 2011).

El personal de enfermería también asume que el momento en que las pacientes dicen lo que sienten cuando están con las contracciones, generalmente tienen un comportamiento ofensivo hacia las auxiliares, y como respuesta utilizan la amenaza para tomar el control sobre las acciones que la parturienta genera en ese estado de dolor. “Hasta ahora no ha habido ningún problema, pero a veces son groseras [las pacientes], bueno, por el dolor mismo, dicen que ‘no me toque’, que ‘no me haga esto’, entonces una tiene que ponerse ya seria y decirle: ‘señora me va a colaborar o no me va a colaborar’, se le pone las cosas, se le dice lo que va a pasar si ellas no colaboran” (entrevista a Pamela, enfermera auxiliar, 26 de marzo de 2011).

Tamaños de salas: diferencias de espacios y uso

La Sala de Parto Culturalmente Adecuado es utilizada por las parteras para realizar sus respectivos chequeos a quienes requieren de un diagnóstico sobre el embarazo. Al frente de dicha sala está la de partos, en donde ingresa el personal médico, las parteras, las parturientas que están en labor de parto y los familiares de las pacientes. Saliendo de la sala de partos existe un pasillo

que conecta a la Sala de Legrados y junto a esta se encuentra el quirófano en donde atienden a la mayoría de mujeres que paren de forma horizontal.

Saliendo de la Sala de Labor, en la parte izquierda del pasillo, existe un espacio que se denominó el “lugar del parto vertical o PCA”: no tiene nombre para el personal médico, pero simbólica y espacialmente saben que es un área en donde las mujeres paren de forma vertical. En este lugar hay una colchoneta con una sábana rosada; sobre la colchoneta hay tres tubos empotrados en la pared para que las mujeres puedan sujetarse en el momento del parto. Complementan el equipamiento del sitio, un calefactor y una lámpara eléctrica. El espacio está separado del pasillo por una cortina tomate, es tan reducido que resulta incómodo el ingreso de más de cuatro personas.

En el quirófano o sala de partos hay una camilla ginecobstétrica y a su alcance está todo el instrumental médico para realizar los partos; hay una silla de metal para que el médico pueda suturar si hubo episiotomía, una lámpara muy grande cuelga del techo. El quirófano está revestido de baldosa verde. Pueden ingresar cinco o seis personas, porque la sala es muy grande.

En la sala de parto o quirófano el médico está parado por un momento, hasta que el bebé y la placenta salgan y toma asiento cuando tiene que suturar a la parturienta. En el parto vertical el médico se arrodilla en el suelo o se apoya en la colchoneta para recibir al bebé y sacar la placenta; el médico tiene que esperar de rodillas el proceso del parto. De la forma en que se implementan las salas y cómo se dan los partos en los espacios, los médicos asumen la incomodidad o comodidad para atender. Para el personal médico, el parto vertical no es cómodo. “Atender el parto vertical y estar en esa posición [de rodillas junto a la paciente], se cansa rápidamente, y es como que le hostiga el parto vertical. Atender uno y otro parto al mismo tiempo es cansado, y con la paciente en el piso ya no me doy. Como vio ahora, fue más fácil atender a la paciente en la cama y ahí pude atender uno y enseguida atender el otro parto. Entonces, obviamente uno se cansa menos y puede atender más partos que un solo parto [vertical] que se atendió muy abajo, en el suelo” (entrevista al Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

Entonces, si atender el parto vertical es incómodo para el personal médico, es posible que la prioridad para atender los partos no sea exclusivamente

de forma vertical, excepto si la paciente decide parir verdaderamente de esta forma. El médico entrevistado confirma que realiza partos verticales, pero en las camas de la sala de labor y de esa forma garantiza la atención de otros partos verticales. Sin embargo, la implementación del “lugar del parto vertical” sigue siendo un conflicto para el personal médico, porque el problema no es el parto en sí, sino el lugar en que se realiza, es decir, la colchoneta lo vuelve incómodo.

El “lugar del parto vertical”, además de ser estrecho en comparación con el quirófano, es incómodo para el personal médico por su implementación. El quirófano o sala de partos es diseñado para la comodidad del médico y el “lugar del parto vertical” es improvisado para que las mujeres puedan parir de forma vertical.

Tanto la sala de partos o quirófano como el “lugar del parto vertical” están dentro de un área esterilizada, pero no comparten igualdad de condiciones físicas y simbólicas. Existe un lugar designado, reconocido y apropiado para realizar el parto horizontal, tiene un nombre y un espacio determinado. Al contrario, el “lugar del parto vertical” no posee un nombre, el personal médico sabe que es un espacio para realizarlo si la paciente lo pide, pero no está implementado en el mismo ambiente que un quirófano.

Según explicó una de las obstetrices del hospital, el “sitio del parto vertical” es provisional, un área a la que las mujeres se puedan trasladar de forma rápida en el momento del expulsivo. El espacio en el pasillo representa un lugar estratégico, pues el traslado puede ser inmediato y el personal médico puede atender rápidamente a las parturientas si se dan dos o tres casos al mismo tiempo, pero no es un espacio planificado y pensado para el ejercicio del parto vertical o del PCA.

El personal médico también sabe que el “lugar del parto vertical” es muy reducido y considera que es una limitación, así explica una de las obstetrices en la entrevista: “Una limitación puede ser el espacio físico porque a pesar de que se ha adecuado para las usuarias hay días en que hay mucha afluencia de las pacientes, entonces no se les puede hacer ingresar a todos los familiares, a pesar de que se trata de hacer todo lo mejor posible, el espacio es una de las limitaciones que se tiene aquí en el hospital” (entrevista a Priscila, obstetriz, 28 de marzo de 2011).



Figura 1. “Lugar del parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo.

Fuente: MSP 2010c, 57.

Aun ante la inclusión del “lugar del parto vertical” en el espacio médico del hospital, prevalece el quirófano como un espacio dominante de la institución y las prácticas médicas. La desigualdad de los espacios y los tamaños de las salas de parto reafirman una vez más la incorporación de las relaciones de poder/saber en la institución de salud (Foucault [1983] 2001).

La Casa Materna

En la Casa Materna descansan las mujeres que se encuentra en labor de parto para evitar que regresen a su vivienda y se genere una complicación mayor; es decir, la mujer que ingresa a la Casa Materna lo hace tras el diagnóstico del médico y bajo la vigilancia del personal de salud. Silvia Mendoza nos explicó:

Silvia. La Casa Materna funciona de la siguiente manera: en emergencia el médico residente de ginecología o la obstetriz decide si la paciente se va a la casa o se queda en observación. Si la paciente decide irse a la casa, porque vive por los alrededores, se va, pero hay pacientes primigestas que tienen mucho temor de regresar a la casa, así vivan a media cuadra del hospital. Por lo tanto, se les brinda aquí un cuarto en donde pueden quedarse hospedadas hasta que se realice su parto. Cuando está cerca del parto, baja nuevamente a emergencia y se la ingresa a Sala de Labor. Mientras tanto puede quedarse acompañada tanto de la madre o del esposo o de sus hijos. Hay capacidad de tres personas en la habitación. Además de eso tiene la casa amoblada, entonces tenemos como para que el familiar cocine si desea, tiene todos los utensilios de cocina, lo único que tiene que traer son los alimentos, según las costumbres. No podemos saber qué costumbres tienen, qué es lo que cocinan allí. Es gratuito.

Además de eso, la paciente, el médico residente de ginecología, o la partera o la enfermera, estamos cada dos horas pendientes de la paciente, de venir a revisar si la paciente se está adelantando más con los dolores, si ya tiene sangrado o de la mucosa. De todo eso está pendiente el personal de salud y la partera. Además, aquí no se han realizado partos porque ya se está pendiente de la paciente si está con dilatación cinco o seis se le baja a emergencia para que sea ingresada a la sala de labor. El ingreso de la paciente se registra en este formulario que tenemos, la fecha, la edad, la etnia, la procedencia, el nombre del acompañante, el número de la habitación⁵.

⁵ Entrevista a la Lcda. Silvia Mendoza, enfermera encargada del PCA en el Hospital San Luis de Otavalo, 25 de marzo de 2011.

La Casa Materna se convierte en un espacio de espera para la parturienta. La estructura se asemeja más a una vivienda de hospedaje que a un centro hospitalario, donde la parturienta desarrolla la labor de parto junto a sus familiares. Según el criterio de una de las lideresas indígenas en Otavalo, la Casa Materna se construye con el fin de que las mujeres estén más seguras cuando les vengan las complicaciones y enseguida las lleven a la sala de partos. Pero no todas son acogidas en la Casa Materna. “Una de las preocupaciones es que esa Casa Materna para lo que fue implementada se ocupa a medias. Usted puede hacer una relación: ¿cuántas personas han dado a luz y cuántas [mujeres] han sido hospedadas?, pocas han estado ahí. Las propias compañeras parteras pueden contar eso porque hacen regresar y las propias mujeres nos cuentan que hacen regresar a la casa [...] funcionar sí funciona, pero no como uno [...] quiere” (entrevista a Tania, lideresa indígena, 28 de febrero de 2011).

Que las mujeres descansen en la Casa Materna hasta que se desarrolle la labor de parto tiene una intención: evitar que regresen a sus comunidades y surja alguna complicación, evitar la muerte tanto de la madre como del bebé. Romel Arias, coordinador del Departamento de Estadística del hospital, expresó: “la Casa Materna ayuda a prevenir la muerte materna



Figura 2. Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo.
Fuente: MSP 2010c, 85.

porque es un lugar en donde se diagnostica, está en observación [la parturienta] y está valorada por el médico; es como estar en un hotel y la enfermera le monitorea” (entrevista, 2011).

Sin embargo, son expectativas que no se cumplen. Mendoza, enfermera del hospital, explicó que después de la valoración médica, la parturienta decide quedarse o no en la Casa Materna (entrevista, 2011). No obstante, Tania, la lideresa indígena, mencionó que existen mujeres a quienes las hacen regresar y que no coinciden los registros del número de partos y el número de mujeres hospedadas. Más allá de la diferencia de criterios o formas de entender cómo funciona la Casa Materna, es importante visibilizar la función que cumple como espacio en una zona urbana rodeada de comunidades rurales con distancias considerables para trasladarse. La Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, sostiene que el personal médico necesita reflexionar dónde viven las mujeres indígenas.

Myriam. Entonces hacer ese tipo de reflexión con el personal de salud de manera que ellos puedan entender y mirar cuál es la realidad también, porque las mujeres indígenas han optado por buscar ayuda en el hospital. Resulta que llegan y les dice ‘no, falta’ y les dicen que ‘regrese más tarde, después de unas cuatro horas, mañana’ y las mujeres no están en condiciones de regresar porque sus comunidades son lejanas, incluso por eso se previó el uso de la Casa Materna –la Casa Materna se construyó también como una estrategia de acercar a las mujeres indígenas al modelo hospitalario, además como una estrategia de buen trato– con la finalidad [de] que puedan quedarse. En vez de que les regresen a la casa puedan quedarse ellas en la Casa Materna hasta el momento en que les toque dar a luz y puedan ir al Hospital San Luis de Otavalo (entrevista, 12 de enero de 2011).

Si tiene una función específica la Casa Materna y hay dificultades para cumplir con las funciones para las que fue construida, se puede considerar que el espacio existe, pero no es reconocido porque su uso no es el propicio. Al igual que en el “lugar del parto vertical”, el personal médico sigue determinando el uso y designación de los espacios.

¿Médicos versus parteras?: “es el médico quien atiende y la partera solo acompaña”

Dr. Esteban, médico residente. Al inicio había una serie de barreras con la partera porque venía ella con sus costumbres, quería coger todo, no sabía qué parte es estéril, hasta dónde ella podía tocar, entonces ellas venían le cogían a uno con las partes estériles, cogían con las manos todo, pero poco a poco se fueron capacitando y uno también les iba indicando lo que tenían que hacer. Lo que se pensaba al inicio es que las parteras iban a atender los partos y que el médico iba a ser un expectante, que en el caso de que la partera si tenía alguna complicación en la atención del parto iba a entrar el médico, pero no, las cosas cambiaron y es el médico quien atiende y la partera solo acompaña (entrevista, 26 de marzo de 2011).

Tanto los médicos como las parteras forman parte del equipo de salud para la intervención del parto, pero cada uno cumple funciones diferentes marcadas por la formación académica que poseen y que la institución les acredita. Las tensiones surgen a partir de la jerarquización del personal en cuanto a los rangos de profesión y el conocimiento, entre ellos están el médico ginecólogo o especialista, el médico residente, la obstetrix, la enfermera, la auxiliar en enfermería y la partera.

En el servicio de ginecología del hospital generalmente está el médico residente encargado de ginecología, el médico residente de pediatría, la obstetrix, la enfermera encargada de la sala de partos, la auxiliar de enfermería y la partera (MSP 2010b). Los profesionales que ejecutan el expulsivo y reciben al recién nacido, tanto en los partos verticales como en los horizontales, son los médicos residentes de ginecología y las obstetricas. Las enfermeras y auxiliares en enfermería están pendientes de la labor del parto y las parteras acompañan a la parturienta a través de masajes y aguas medicinales. Las auxiliares en enfermería y las parteras se encargan de la limpieza después del parto (diario de campo, marzo de 2011).

Las opiniones, tanto de los médicos como de las parteras frente a su posición en la institución médica, revelan el proceso jerárquico funcional que tiene el hospital para atender el parto, y manifiestan la subordinación

con base en la legitimidad del conocimiento marcada por el espacio institucional. Uno de los médicos especialistas en ginecología considera que las parteras deben regirse por las normas de la institución médica.

Dr. Mauricio, médico ginecológico. Yo pienso que las parteras tienen mucha sensibilidad en las manos, de tal manera que pueden determinar fácilmente ciertas cosas que nosotros difícilmente podemos: posición, presentación, es decir, todo lo que significa la valoración de las maniobras del líopodo. Tienen ciertos conocimientos con respecto a la versión externa que significa rotar un feto desde una posición sentada o una posición de cabeza o de vértice, pero definitivamente mientras están en el hospital deberán someterse a cierto tipo de situaciones que son los avances medianamente de lo que significa lo científico, es decir, si una paciente tiene una presentación pelviana, está en embarazo a término, está con labor de parto y es primigesta. Por más que se haga una versión externa, ese feto no se va a dar la vuelta. [...] Mientras las parteras estén en una institución, se deben acoplar a esta. [...] La fase de la labor de parto de ciertas horas, la fase del expulsivo de más de una hora, está a la expectativa de nosotros [los médicos] como vigilantes del proceso (entrevista, 1 de abril de 2011).

Según el especialista en ginecología, aunque la partera tenga ciertas facilidades intuitivas o saberes a partir de su experiencia, no debería atender un parto en la institución médica porque carece de conocimientos científicos. Por tanto, esta función se reserva exclusivamente al médico, porque tiene el conocimiento y está capacitado si en algún momento surgen dificultades durante el parto.

Una médica residente de ginecología confirma que la acción de las parteras en una institución de salud debe ser limitada, porque pueden suceder situaciones arriesgadas en relación con la vida de la madre y el bebé, si es que la partera empieza a valorar sin algún diagnóstico médico que pruebe verdaderamente la situación del bebé.

Dra. Roxana, médica residente. Me parece muy bueno el apoyo de las parteras durante el parto porque ellas están directamente involucradas con el

PCA, ellas igual siguen con las tradiciones de darles agua durante el parto, o darles los masajes en la parte lumbar. Pero siempre, desde mi punto de vista, debe ser limitada, o sea, si ya está en una casa de salud [la parturienta] está siendo atendida por un profesional, y debe ser limitada [la acción de la partera] en el caso de, doy un ejemplo, si el médico residente de turno valora a una paciente y se da cuenta de que el niño está podálico, es decir, el niño está sentado y no está de cabeza y si es una paciente primigesta, que va a ser muy complicado, muy arriesgado ese parto porque puede haber muerte fetal, se le tiene que transferir a la paciente para hacerle una cesárea. Pero si la señora partera habla con los familiares y les dice que ella puede darle la vuelta al niño, me parece que es muy arriesgado, que es algo que no lo deben hacer. Si ya está en una casa de salud, debe ser limitada la acción y no dar información que no están autorizadas para hacerlo. [...] De ahí que trabajen con la paciente que está para un PCA o para un parto horizontal me parece muy bueno, porque es de mucho apoyo (entrevista, 31 de marzo de 2011).

Frente a explicaciones científicas se le designa un estatus de conocimiento tanto a la partera como al médico: en este caso al médico –por el acceso al conocimiento médico– se le designa como el especialista y a la partera –por su no acceso al conocimiento médico– se le designa como la no especialista y toma el rango de apoyo en el proceso del parto.

Sin embargo, las tensiones surgen cuando las parteras tienen mayor credibilidad entre la gente de sus comunidades. Y ese caso sucedió a la médica residente entrevistada, cuando tuvo que enfrentarse a una familia para explicarles que el bebé estaba sentado y necesitaba realizarse una cesárea, pero la partera informó a los familiares que ella lo podía acomodar para que se realizara un parto normal. La médica residente Roxana continúa narrando “muchas veces los familiares se van contra el médico, porque confían mucho en las parteras, además es su medio, su vínculo. [Los familiares] dicen, ‘pero si la señora partera me dice que está de cabeza y que, si puede dar a luz normal’, entonces se va contra del médico y hay problemas. Yo creo que sí es de mucha ayuda [el apoyo de las parteras] pero tiene que ser limitada la acción”.

La partera es conocida como la mujer que “acomoda” la situación del bebé; es decir, si el bebé está de cabeza, la partera le puede acomodar o realizar el “manteo” con el fin de evitar una cesárea sobre todo en las indígenas. Margarita Morales, presidenta de Parteras de Imbabura y representante de las parteras que trabajan en el HSLO, explica que las indígenas son mujeres de campo, que hacen mucho esfuerzo, la cesárea las debilita y es un impedimento para trabajar con la misma fuerza. “No quiero dejar a las madres embarazadas que corten la barriga, nosotras las indígenas vivimos en el campo, tolamos, aramos y cargamos choclo y si le cortan la barriga ya no hay fuerza para que la mujer siga trabajando” (entrevista, 22 de marzo de 2011).

Las parteras ayudan a las mujeres para que sus partos sean normales a través del “manteo”, un procedimiento para acomodar al bebé durante la labor de parto (MSP 2010b), que responde a una tradición, sobre todo, de las indígenas. La partera, desde sus saberes, cuestiona el diagnóstico médico como una forma de garantizar algún tipo de posición en la institución médica. La posición podálica que narró la médica entrevistada es peligrosa, no hay duda, pero que ese diagnóstico sea cuestionado por una partera tensiona aún más las jerarquías del personal médico y el estatus de conocimiento asignado. Y al parecer se debe a un posicionamiento que las parteras van construyendo en el hospital, un escenario de lucha de significados y reconocimiento de esos significados. Margarita Morales comenta: “Como voluntarias estamos trabajando aquí [en el hospital], no dejamos porque ya ganamos este espacio, esto yo no quiero dejar porque por nosotros [mujeres indígenas] este espacio tenemos”.

Un médico residente explica la razón por la cual existen tensiones entre médicos y parteras, que en el fondo obedece a una situación institucional y estructural.

Dr. Esteban. Obviamente no somos tan bien vistos por las parteras. Hay diferencias entre las parteras y los médicos, porque la partera viene acá y solo a espectar [observar el parto]. No recibe un salario. Se le ocupa en cosas que ella tal vez no debe hacer, qué se yo, la limpieza. Hay barreras. Hay cosas como hablarle duro a la paciente, decirle que puje o utilizar estrategias que no son usadas por ellas, y que no se sienten cien por ciento

confiables con el médico. Ya se hizo institucional el parto, pero limitándole a la partera en lo que hacía en su comunidad.

La explicación del médico sitúa a la partera en la institución médica y la sitúa como un sujeto en desigualdad de condiciones respecto al personal de la institución. Menciona la ausencia del salario de la partera, lo que condiciona sus actividades. Por lo mismo la caracteriza como espectadora en una institución médica que limita aparentemente sus actividades. Sin embargo, el médico residente reconoce que la presencia de las parteras es una ayuda para el personal médico.

Dr. Esteban. El apoyo de las parteras en el parto es una parte esencial para que sea horizontal o vertical porque es una forma de que la paciente vea a alguien de su comunidad, sea o no indígena, junto a ella, que le apoye y que le esté diciendo las cosas que debe hacer. Son un gran apoyo y la lengua tiene mucho que ver: nos ayudan a traducir lo que uno le intenta decir a la paciente. Ayudan de igual manera con sus técnicas que tienen, tienen la técnica de estarle sobando el abdomen, la cadera y hay cosas que la materna siente como comfortable y ahí ayudan en el parto. Yo me guío por la partera cuando estoy tan a *full* aquí, porque ellas saben cómo se da el parto, yo a veces le pregunto a la partera, y le digo ‘¿qué, está ya o no?’, y me dicen ‘no, está fría todavía’ o vienen y me dicen ‘ya, doctor, ya está caliente’, –la paciente se calienta o empieza a sudar cuando ya va dar a luz–; son una guía también.

La partera ejerce su rol en la institución cuando se convierte en apoyo de los médicos al igual que ejercen o cumplen el rol las auxiliares en enfermería, pero cuando la partera opina sobre un hecho ginecobstétrico, ello carece de validez para el personal médico y surgen las tensiones. Sin embargo, el hecho de que los médicos reconozcan las estrategias de apoyo que utiliza la partera con las parturientas genera espacios para visibilizar su incidencia en el espacio institucional médico.

Ahora, las obstetrices del HSLO tienen una forma diferente de entender el rol de las parteras en la institución, precisamente porque fueron capacitadas en la implementación del PCA.

Priscila, obstetra. Las señoras parteras no solo están en el momento del parto, sino en todo su trabajo de parto. Ellas son las que están en compañía [de las parturientas] dándoles agüitas, masajes y en el momento del parto son fundamentales porque ellas, como le decía, ayudan en la traducción del quichua, pues el idioma es un limitante del personal, hay bastantes pacientes que no entienden todavía el español, hay otras que en cambio sí manejan los dos idiomas, entonces ellas nos ayudan bastante en lo que es la lingüística, en lo que es explicarles a las pacientes lo que nosotras tratamos de decir, pero en mejores términos tanto que les ayudan mucho en su parte espiritual, en su parte de los masajes, o sea, son muy importantes [las parteras] en el parto (entrevista, 28 de marzo de 2011).

En las entrevistas realizadas, las actividades que más destacan de las parteras son los masajes que dan a las parturientas y la preparación de aguas medicinales. Y, según la obstetrix entrevistada, el trato con las pacientes no tiene una lógica de médico-paciente, sino que se acerca a una relación de mujer parturienta a mujer partera, que puede ser una de las garantías de los saberes desde la experiencia cotidiana.

Las obstetricas que aplican y conocen el PCA tienen una incidencia y también se consideran parte de la lucha simbólica de las parteras en el hospital. Pero también otros miembros del personal, como los médicos especialistas y algunos médicos residentes entrevistados, consideran al PCA una posición que necesita ser estudiada y practicarse con cierta cautela. El discurso de la obstetrix emerge desde los derechos humanos, desde cómo se concibe al sujeto como persona para darle un lugar y ser atendido en la institución.

Priscila. Hay que continuar con la lucha... [el PCA] no es que a alguien se le ocurrió o que nació así porque sí, si ustedes revisan en las páginas de Internet y experiencias de personas que han venido de Europa, es algo que allá se lo realiza habitualmente. Ellos tienen camillas para modificar el parto como ellas lo desean. Lo fundamental es seguir y hacer que esto no se quede solo aquí en el Área 4, sino hacer que practique a nivel nacional y no solo la posición, sino más bien brindar una calidad y calidez a la persona

que va a dar a luz, porque es un ecuatoriano más, es una persona más que al salir de acá, del hospital, es igual que nosotros. Todos somos humanos, todos somos personas y hay que seguir mejorando lo que es la atención de la calidad del usuario.

Claramente, la obstetrix tiene una formación configurada desde los derechos humanos y, por lo mismo, una visión hacia el buen trato con la paciente. Parecería que la formación profesional de médicos y obstetrices difiere. Sin embargo, hay una observación por parte de los médicos, en especial de los residentes, que determina la relación médico-paciente: el médico residente trabaja 24 horas cada cuatro días en dos servicios a la vez, que pueden ser emergencia y ginecología, y las obstetrices trabajan con horarios rotativos de seis horas solo en el área de ginecología.

Sin embargo, la diferencia de horas en el trabajo laboral no es el único elemento de discusión entre médicos y obstetrices; también influye el conocimiento y la praxis médica. Un médico residente tiene ocho años de formación en todas las áreas y una obstetrix tiene seis años de formación solo en obstetricia. Este rango de diferencia hace que el médico residente tenga mayor posibilidad de decisión, ejecución y autoridad frente a los conocimientos de la ginecobstetricia en la institución médica. Y aunque los partos son atendidos por médicos residentes, existe una tendencia a que las obstetrices prefieran los verticales.

Esta puede ser una razón por la cual las obstetrices que entrevisté en el hospital tienen mayor sensibilidad frente al parto vertical. Uno de los médicos especialistas o tratantes considera que el parto vertical debería ser atendido exclusivamente por las obstetrices, “si bien es cierto que el parto como parto es una prioridad en cuanto de las señoritas obstetrices y de los médicos residentes, y yo soy médico tratante, considero que deberían atender directamente el parto vertical las señoritas obstetrices” (entrevista a Dr. Mauricio, médico ginecólogo, 1 de abril de 2011).

Es verdad que, en el hospital, las obstetrices con las que conversé tienen experiencia en la aplicación del parto vertical o PCA, pero los médicos residentes también lo practican según la decisión de las parteras. No obstante, el tema del cansancio o la incomodidad fueron recurrentes. Según

las obstetrices, “el [parto] horizontal es cómodo para los médicos, pero no para las señoras que no les gusta así, mientras que el vertical es un poco incómodo para nosotros los profesionales, pero para las señoras es más cómodo” (entrevista a Natalia, obstetriz, 1 de abril de 2011). Por su parte, uno de los médicos residentes expresa “que sea más cómodo el parto vertical para nosotros también, que sea no en el suelo, sino un poco más arriba para tener una visión completa de la parte anatómica de la paciente y evitar complicaciones” (entrevista a Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

Desde la perspectiva del personal médico el parto vertical, aunque es una posición cómoda para las mujeres, es una posición incómoda para el obstetra. Sin embargo, existen percepciones diversas sobre esta cuestión: los médicos resaltan el nivel de dificultad en el parto vertical, las obstetrices consideran que la posición de la mujer debe ser respetada, y las enfermeras, como mencioné, se preocupan por los niveles de asepsia en el parto vertical y el horizontal. Vale aclarar que el personal médico diariamente atiende entre 10 y 15 partos y eso genera un desgaste y un cansancio que tienen consecuencias en la relación médico-paciente. En la atención pública, la constante afluencia limita a veces la consideración de las situaciones personales de cada paciente, por parte del personal médico.

Sobre las parteras

Tanto las parteras como las autoridades reconocieron situaciones de maltrato hacia las pacientes en el hospital, especialmente a las indígenas. Ello generó reclamaciones y la exigencia de un trato apropiado en la institución. Este cuestionamiento incidió en la introducción del PCA en el hospital como propuesta no solo de rescate de la “cultura”, sino de buen trato hacia las mujeres en general.

De este modo, la institucionalización del parto vertical constituye un logro gracias a las demandas y esfuerzos de las mujeres indígenas: “nosotras estamos aquí para ver que no sigan maltratando a las mujeres indígenas, esa es nuestra lucha y aunque no nos paguen, no vamos a dejar que este

espacio nos quiten, nosotras luchamos duro para llegar al hospital”. Estas son las palabras de Magdalena (entrevista, 1 de abril de 2011), una de las parteras que identifica la presencia de las mujeres indígenas en el hospital como un reto que moviliza y pone en juego las relaciones de poder/saber en la institución de salud (Foucault [1983] 2001). A esto la partera añade: “Muchas veces no nos valoran porque somos analfabetas, pero de estas analfabetas el hospital atiende a varias mujeres, por nosotras las mujeres vienen”.

De las 13 parteras que fueron capacitadas, dos se estaban arrepintiéndolo y querían salir del servicio de salud, pues no les pagaban por sus servicios desde que el convenio que hicieron con el Municipio de Otavalo terminó a inicios de 2011. Muenala añade que “los maridos de las parteras les reclaman que vienen de gana al hospital porque no les pagan nada”.⁶ Las parteras consideran que gracias a ellas ingresa un monto a la institución, pero ellas no reciben beneficio alguno. Sin embargo, las 11 parteras restantes están seguras de que su presencia en el hospital retribuye los años que han luchado para estar allí; esa es también una lucha simbólica para posicionar sus conocimientos, y por un lugar que visibiliza a las parteras para el ejercicio y el reconocimiento de sus prácticas y saberes en la institución médica.

Las parteras sentían que su conocimiento y su práctica no eran valorados, específicamente por los médicos, y que no les otorgaban el lugar que les corresponde en el hospital. Muchas de ellas experimentaron discriminación y racismo, muestra de ello es que aún no les pagan; tienen una bonificación que no se equipara al salario del personal médico. La Dra. Myriam Conejo explicó que es muy difícil medir los niveles de conocimiento en las parteras, así que se las contrata por la experiencia en los nacimientos y eso no garantiza que no se equivoquen en el momento del parto.⁷ La institución reconoce los títulos académicos como garantes de conocimientos, mientras que los saberes de las parteras no tendrían

⁶ Entrevista a la Lcda. Mercedes Muenala, coordinadora de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud-Imbabura, 24 de febrero de 2011.

⁷ Entrevista a la Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, 12 de enero de 2011.

otra carta de presentación que su experiencia. De modo que su acceso se limita al de la figura de promotora comunitaria.

Reconocimiento y remuneración se enlazan en la situación de las parteras, por eso cabe cuestionar ¿cuál es la importancia que el sistema de salud y la institución le da al PCA, considerando que la partera es el personaje principal del proyecto? ¿Cómo se implementa el PCA sin asignar a las parteras una contribución económica para sostener el proyecto? El Dr. Fernando Calderón, exdirector del Subproceso de Medicina Intercultural del MSP, considera:

el reconocimiento efectivo de las parteras como prestadoras de servicios dentro de la LMGYAI [Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia] habría requerido de mayor decisión política de las instancias a cargo de su funcionamiento, y mayor abogacía y apoyo desde entidades involucradas en su gestión, como el Consejo Nacional de las Mujeres, con el fin de superar las trabas burocráticas y los controles estatales a los que se ha visto sometida la remuneración de los agentes de medicina tradicional. [...] Lo ideal sería que se destine un presupuesto para pagar a las parteras como promotoras interculturales, que es lo que ellas mismas han demandado en algunas ocasiones (MSP 2010a, 38).

Según el Comité de Usuarias de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, hicieron la demanda correspondiente para que las parteras tuvieran un reconocimiento económico, exigiendo: “Que el Estado pague las prestaciones que brindan las parteras, como se pagan las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita; ese es el inicio del reconocimiento de la contribución que ellas hacen a las cuentas nacionales del Sistema de Salud”.⁸ El protocolo de la guía técnica menciona que la práctica de la partera u otros

prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto (MSP 2010a, 39).

⁸ LMGYAI, abril de 2009. <http://www.maternidadgratuita.gov.ec> (contenido desaparecido de la web).

La partera constituye un elemento fundamental dentro del PCA para darle esa característica de “cultural” al parto, pero a nivel de recursos no entra en la institución porque carece de conocimientos científicos y de un título profesional con el aval de una trayectoria académica. El MSP habla del ahorro para el Estado con la aplicación del PCA en el HSLO: “Hasta el momento se han realizado 1080 controles de parto con atención intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo y se atendieron, con la ayuda de parteras, 1541 partos, lo que ha significado un ahorro de \$1 579 450 a la población” (MSP 2011). Entonces, si la implementación es causa de ahorro con ayuda de las parteras, ¿qué sucede con su retribución económica que aún no se resuelve?

Conclusiones

En este texto analicé la lucha por los significados que se dan a partir de los discursos y las prácticas que se generan concretamente en el HSLO. En el hospital logré distinguir tres ejes o escenarios claves: los cuerpos que se construyen, los tamaños de las salas de partos, tanto del parto horizontal como del parto vertical, y las relaciones de poder entre médicos y parteras.

El personal médico, las parteras y las parturientas se construyen a partir de la normativa que regula las formas de comportarse en relación con el parto institucional. Sin embargo, tal normativa solo va dirigida al personal médico que cumple con un protocolo de atención para la paciente, que regla, indica y dirige la actividad de la parturienta durante el parto. El personal médico ejerce poder sobre la paciente, pero ella también ejerce poder sobre su cuerpo en el acto de parir, y trastoca, de algún modo, las relaciones de poder que ejerce el personal médico sobre su cuerpo y su comportamiento frente al parto. En el ejercicio de poder que mantiene el personal médico, las enfermeras son las que generan los discursos de asepsia de las mujeres en relación con el parto.

En cuanto a los tamaños de las salas de partos, describí y analicé el uso de los espacios tanto del parto vertical como del parto horizontal. El “lu-

gar del parto vertical” y la Casa Materna no son considerados por el personal médico como indispensables, porque salen de la estructura médica institucional. Y de alguna manera los espacios son usados y reconocidos desde la mirada del médico, es decir, se acomodan a su práctica. Sin embargo, no es una cuestión intencional por parte del personal médico, sino que se construye a partir de lo que la institución espera de los espacios, y a estos no les da mucha importancia, aunque estén ahí físicamente para las parteras y las indígenas.

Las relaciones de poder entre médicos y parteras se construyen a partir del acceso al conocimiento médico que tiene el personal de salud. La jerarquización profesional y el estatus de conocimiento determinan el reconocimiento de los médicos y las parteras en la institución. No obstante, las parteras cuestionan la praxis del conocimiento médico a partir de los saberes aprendidos en su experiencia cotidiana. Según los médicos, las parteras deben tener una acción limitada en el hospital: la función de apoyo en el proceso del parto. En tanto, las obstetrices reconocen las prácticas de las parteras y generan cierto tipo de alianza, pero de igual forma, quienes ejecutan el parto en la institución siguen siendo los profesionales médicos. Las parteras, aunque formen parte de la institución médica, no son reconocidas económicamente por el MSP, pese a que promueven un acercamiento entre la salud institucional y la población indígena.

Referencias

- Ecuadorunari. 2007. “Convenio ECUARUNARI-UNICEF-MSP y Universidad Central”.
- Foucault, Michel. (1983) 2001. “El sujeto y el poder”. En *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, compilado por Hubert Dreyfus y Paul Rabinow, 241-259. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lind, Amy. 2005. *Gendered Paradoxes: Women’s Movements, State Restructuring, and Global Development in Ecuador*. Pensilvania: The Pennsylvania State University.

- Martínez, Carmen. 1998. “Racismo, amor y desarrollo comunitario”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 4: 98-110.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2008. *Guía técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- 2010a. *El enfoque intercultural en las normas de salud materna Ecuador 1994- 2009*. Quito: MSP / UNFPA / AECID.
- 2010b. *Parto cultural: protocolos del rol de las parteras en la atención del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo*. Quito: MSP.
- 2010c. *Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador*. Quito: MSP / UNFPA.
- 2011. “Logros 2010 en la Provincia de Imbabura”, 16 de febrero. <http://www.msp.gob.ec/index.php/Boletines-de-Prensa/logros-2010-en-la-provincia-de-imbabura.html> (contenido desaparecido de la web).

Parte 4
Violencia sexual,
derechos sexuales y
derechos reproductivos

“Hasta que cambies”: disciplina y castigo en las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación en Ecuador

Annie Wilkinson

En este artículo analizo las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación en Ecuador, prácticas forzadas, clandestinas e ilegales que intentan “curar” a las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT), y “revertirlas” a la normatividad sexual y de género, a través del internamiento y la aplicación de una “disciplina dura” desplegada “hasta que cambie”. Pese a que el gobierno ecuatoriano insiste en que ha realizado acciones para controlar y eliminar tales prácticas, como parte de un esfuerzo más amplio de regular el sinnúmero de centros de rehabilitación privados abusadores en el país, las organizaciones de derechos humanos informan que afloran nuevos casos de la “deshomosexualización” forzada (Flores 2017), lo cual indica que el análisis del fenómeno sigue vigente.¹

En otras publicaciones he examinado la “deshomosexualización” en comparación con otras manifestaciones de lo que llamé las prácticas reparativas –que son los diversos esfuerzos para cambiar la orientación sexual– que existen en Ecuador, sobre todo en los ministerios cristianos exgays² (Wilkinson 2013). En este texto, me enfoco en las prácticas de

¹ Este texto está adaptado de su formato original en Wilkinson 2013, en donde fue presentado como una comparación con las distintas prácticas reparativas desarrolladas en un ministerio cristiano exgay.

² Instituciones religiosas cuyo argumento primordial radica en que “cambiar la homosexualidad es posible”. Para producir el sujeto “exgay” someten a las personas a esfuerzos para cambiar la orientación sexual que unen las creencias evangélicas y cristianas con encierros y castigos. Un ejemplo de tales instituciones en Ecuador es el ministerio evangélico Camino de Salida.

“deshomosexualización”³ que ocurren en los centros ecuatorianos de rehabilitación privados, y me baso en el trabajo de campo realizado en 2012, que incluyó visitas a doce centros en cuatro provincias, diecinueve entrevistas en profundidad con directores, vivenciales y clientes de los centros, y la revisión de documentos y materiales públicos, comparando estos con los hallazgos anteriores.

Argumento que, aunque las prácticas en los centros varían, la “deshomosexualización” como fenómeno presenta cuatro factores comunes: la construcción de la sexualidad como cambiante (lo cual se promueve y circula por redes religiosas conservadoras transnacionales, como el movimiento exgay);⁴ la estructura privada de los centros de rehabilitación organizados con fines de lucro; la falta de capacidad y respuesta del Estado; y la heteronormatividad difusa, que eleva y legitima a la familia como institución reguladora primaria de la sexualidad. Al final, estas prácticas se sustentan en la premisa discursiva de que la homosexualidad se puede y se debe cambiar y su equiparación con una adicción. En otras palabras: tales prácticas no serían posibles sin la circulación de esta construcción de la sexualidad como objeto terapéutico, cosa fluida y flexible, pero a la vez pura y corruptible, un comportamiento modificable y curable igual que una adicción.

Si bien los centros de rehabilitación comparten el discurso con el movimiento exgay y con algunos sectores de las Iglesias evangélica y católica, su retórica se diferencia por este énfasis en la adicción, aspecto que sostiene su fachada de legitimidad: la homosexualidad se entiende como adicción en sí, como indicador o resultado de esta. El fenómeno tampoco podría existir sin la concepción del cambio (sexual) como algo que se puede comprar como cualquier mercancía e imponer, según la filosofía de la “garroterapia” –que tiene su propia historia en Ecuador–.

³ Utilizo este término generado por los grupos de activistas de derechos humanos ecuatorianos que ha conseguido una circulación amplia y común para hacer referencia a las prácticas reparativas que se desarrollan en los centros de rehabilitación. Ofrezco una discusión de términos en Wilkinson (2013).

⁴ Conjunto de instituciones, prácticas y creencias que surgieron en Estados Unidos en los años 70, con el propósito de cambiar la orientación sexual de quienes sienten atracción hacia personas del mismo sexo. Este movimiento, que llegó al Ecuador en la década de los 90, responde “a la creciente legitimación de la homosexualidad en el siglo XX” (Wilkinson 2013, 17).

A diferencia que la autodisciplina promovida por el movimiento exgay, esta disciplina coercitiva –la “disciplina dura”– se basa en el encierro, el castigo y la confusión.

Legitimadas ya sea por creencias religiosas o por su mercantilización, o por las dos, concluyo que las prácticas de “deshomosexualización” buscan producir el “homosexual curado”. Sin embargo, al igual que el adulto perverso en la biopolítica de Foucault ([1969] 1972; [1975]1977; [1976] 1978), este sujeto existe solamente como un espectro, una figura que sirve como dispositivo para legitimar el ejercicio del poder disciplinario en la “deshomosexualización”. Sostengo que este fenómeno en los centros de rehabilitación ecuatorianos no regulados, con fines de lucro o de conversión religiosa, es el resultado de la combinación del mensaje de que “el cambio es posible”, promovido por el movimiento exgay y el rol regulador de la familia.

El análisis inicia con la contextualización de las prácticas de “deshomosexualización” en los centros, para luego centrarse en diez testimonios con los que profundizo en las condiciones y los discursos que subyacen y permiten estas prácticas. Por último, teorizo sobre la relación de estas prácticas con la disciplina y el ejercicio de poder sobre la sexualidad, y evidencio que ningún caso documentado de intentos de “deshomosexualización” demuestra el éxito de tales prácticas. Más bien, muestran las huellas del dolor en las personas en cuyos cuerpos han coincidido los cuatro factores que se unen para producir el fenómeno.

Contexto de las prácticas de “deshomosexualización”

En 2012 existían más de 200 centros de rehabilitación de adicciones a drogas y alcohol en el país que constaban en listas oficiales. Además, aproximadamente otros 100 operaban sin el conocimiento oficial del Estado. Muy pocos eran centros con profesionales licenciados y con capacitación formal. La mayoría funcionaba fuera de los reglamentos, sin seguimiento de las autoridades, y estaban plagados de irregularidades y denuncias de maltrato, que incluían la “deshomosexualización”. Frente a esta realidad, el

gobierno efectuó 290 operativos, entre 2013 y 2015, clausuró docenas de centros abusadores, judicializó seis casos específicamente por “deshomosexualización”, y condenó un caso en 2013, pero no por “deshomosexualización” sino por rapto, lo que consiste en una grave violación de derechos humanos en sí (Flores 2017). Si bien estas acciones pudieran indicar una mejora en la situación, el Estado no ha hecho públicos datos sistemáticos que permitan valorar el fenómeno y las organizaciones activistas solo tienen fragmentos de información. Por tanto, es imposible saber cuántos de los centros continúan realizando, de alguna forma, las prácticas de “deshomosexualización”.

Durante mi investigación un solo centro admitió realizar las prácticas de “deshomosexualización”; la mayoría las negaban, aun los acusados de haberlas practicado. Es posible que la mayoría de las prácticas de “deshomosexualización” nunca se conozcan. El primer caso conocido salió a la luz en el año 2000, cuando Fundación Causana recibió los primeros testimonios de dos mujeres lesbianas, Alina y María Auxiliadora.⁵ La comprensión de este fenómeno se complica pues las prácticas de “deshomosexualización” en los centros no son uniformes y por tanto no se reconocen fácilmente; lo que se califica como “terapia para cambiar la orientación sexual” (o identidad de género, en otros casos) no siempre es clara. Los testimonios que he recolectado⁶ sobre la “deshomosexualización” revelan rasgos en común, pero también características distintas a las experiencias de las personas con adicciones a sustancias con quienes estuvieron internados, lo que indica que la “deshomosexualización” es una práctica con patrones miméticos, pero no sistemáticos ni estandarizados.

Hay varios problemas que obstaculizan los esfuerzos para estimar la frecuencia de las prácticas de “deshomosexualización”, que incluyen la carencia de datos oficiales y su recopilación sistematizada, así como el hecho de que muchos casos nunca se denuncian. También hay dificultad de delinear los criterios para calificar con claridad y consistencia cuándo y en qué consiste la “deshomosexualización” (la que en realidad es un conjunto

⁵ Entrevista con la profesora investigadora Soledad Varea, 21 de marzo de 2012.

⁶ Se pueden encontrar en el Anexo 2 del texto de Wilkinson (2012).

de prácticas que varían en forma y grado). Además, tal como los deseos o expresiones de género o sexualidad no normativos son muchas veces percibidos por los practicantes –y a veces por las mismas víctimas– como un síntoma secundario de una farmacodependencia u otro “trastorno de conducta” primaria, nunca se registra explícitamente como un instante de “deshomosexualización” aunque lo es.

Aunque la incidencia sea difícil de discernir, no hay duda de que la “deshomosexualización” es un fenómeno generalizado a nivel nacional. En junio de 2011, representantes de Fundación Causana declararon que recibían alrededor de dos casos al mes de personas que salían de centros de rehabilitación denunciando intentos de cambiar su orientación sexual. También desde la misma organización se informó, en 2017, que habían recibido alrededor de 50 casos en la década pasada (Flores 2017). En mi investigación recolecté información sobre catorce casos y me enteré de ocho más. Aunque es imposible saber el número exacto de casos que han existido, ni cuántos o cuáles de los centros de rehabilitación practican la “deshomosexualización”, los grupos activistas LGBT indican que el fenómeno todavía ocurre.

En casi todos los centros que visité, escuché el término “centro nazi”, apelativo dedicado a los centros que utilizaban métodos coercitivos en el tratamiento y donde se solían concentrar las prácticas de “deshomosexualización”. Lo que caracteriza a los centros nazis (y de ahí este apodo mórbido) es la combinación del encierro con la aplicación del método de la “garroterapia”, una forma de maltrato que se impone como terapia. La “garroterapia” se centra en el castigo y puede incluir hasta la tortura física o psicológica. Fusiona por un lado las viejas teorías psicológicas del *behaviorismo*, que concibe el comportamiento como un sencillo producto de estimulaciones y respuestas sin tomar en cuenta el estado mental interno o la conciencia del individuo, y, por el otro, una forma de disciplina militar. Este abordaje refleja la influencia de quienes instalaron este modelo en Ecuador en los años 70, sobre todo con la fundación del centro INSECADI, por Rafael Velasco, quien estudió “adiccionología” en Alemania y aprendió las tendencias de la disciplina psiquiátrica euroamericana de la época (Wilkinson 2013).

Aunque no se puede decir cuántos de los cerca de 200 centros que existían en el país en 2012 presentaban estas características, varios informantes han argumentado que la mayoría de los centros son “nazis” y que “muy pocos” son centros profesionales. El “centro nazi” tiene suficiente reputación como para que algunos de los anuncios de centros de rehabilitación hayan empezado a promoverse como “centros no agresivos”. El lema de la Clínica 12 Pasos en Cuenca, por ejemplo, era: “Sin maltrato, sin violencia, sin agresividad” (EDINA 2012). Estos anuncios sugieren lo común que es el maltrato en los centros de rehabilitación en el país.

Si bien los “centros nazis” tienen rasgos en común con los centros no agresivos, –semejante población, el uso distorsionado del modelo de Alcohólicos Anónimos (AA), y a veces la falta de permiso y malas condiciones–, algunas características los distinguen. Primero: carecen del permiso de funcionamiento (aunque hay excepciones); abundan las irregularidades y prácticas ilegales como usar las “capturas”, internar a menores de edad sin autorización, mezclar mujeres y hombres, medicar sin autorización, y tratar condiciones fuera de la farmacodependencia (por ejemplo, la homosexualidad); y la mayoría son dirigidos por exadictos que aplican el mismo tratamiento que recibieron como internos en otros centros con lo cual perpetúan los abusos. Segundo: falta la formación y la supervisión profesional para ofrecer servicios de recuperación de adicciones. Tercero: resulta habitual el maltrato físico y psicológico, la aplicación de la ‘disciplina dura’ a través del castigo –que además de basarse en tácticas ilegales llega a ser tortura en los casos más extremos–. Cuarto: la influencia de la religión es evidente, incluso a veces operaban como espacios de conversión religiosa. Quinto: muchos son negocios y tratan la recuperación como mercancía para generar ganancias personales al director o a la directora; las familias pagan un promedio de 500 dólares al mes en los casos que analicé. La unión de los factores mencionados facilita las prácticas ilegales de “deshomosexualización” en sitios que funcionaban más como una cárcel privada, personal y extralegal que como un espacio de recuperación.

La “captura”: la privación de libertad como condición inicial de la disciplina dura

Los patrones de las prácticas de “deshomosexualización” no sugieren una organización central como las prácticas en los ministerios exgay, sino más bien, un proceso mimético y más orgánico a través del cual un centro aprende y adopta las prácticas del otro, lo que explica sus rasgos comunes y a la vez sus variaciones (Wilkinson 2013). Una “deshomosexualización” empieza generalmente con el internamiento forzado. Los jóvenes que no cumplen con las expectativas familiares en la expresión de su género o su sexualidad son recluidos en estas instalaciones que las familias desesperadas muchas veces perciben como la única forma de “ayudar” a sus familiares o “curarlos”. En nueve de los 10 casos de “deshomosexualización” que he analizado, la persona fue “capturada” en contra de su voluntad e internada por su orientación sexual o identidad de género. Así describió su captura Chiqui, mujer trans:

Mi papá pagó 1000 dólares para que me encerraran en una clínica porque quería que cambiara. Prácticamente me secuestraron cuatro hombres en la calle. [...] Me raparon, a mí y a tres homosexuales. Nos encerraban en cuartos de menos de un metro de ancho, tan pequeños que debíamos estar de pie, a oscuras y con moscas. [...] [Pero] no fumo, no tomo, no me drogo. [Sin embargo, mi] familia [me] recluyó en el centro (Ortiz y Torres 2008, en línea).

En varios casos se combinaron el engaño, la complicidad de las familias y la invención de historias para internar a la persona. Por ejemplo, Ana, joven de 21 años en ese entonces, fue sorprendida cuando una mañana su madre le dio algo “amargo de beber” y le “empezó a entrar sueño”. Ella describió que “de repente entraron cinco personas a casa, dos hombres y tres mujeres, que me dijeron que eran de la Interpol”, y la acusaron de haber vendido drogas con su pareja. Pero al ver el taxi y el grupo de personas con camisetas blancas que la esperaba afuera, sabía que estaba siendo “capturada” por ser lesbiana. Luego se enteraría de que su mamá había organizado el internamiento.⁷

⁷ *Dos manzanas*. 2010. “Clínicas ilegales en Ecuador prometen ‘curar’ la homosexualidad”. 11 de noviembre. <https://www.dosmanzanas.com/2010/11/>

El tema de la autoridad engañosa también aparece en el testimonio extraño que cuenta María Auxiliadora sobre su captura en el año 2002:

Un día me levanto para ir a trabajar, me alisto y mientras me dirigía hacia el trabajo, de repente se me acercan dos tipos, uno con unas esposas y otro me intercepta... y me dicen: “Cállate, que estás detenida por deudas”. Yo me dejé impresionar; realmente no tenía que haber accedido. Yo tenía una deuda en un banco; creí que era eso. Y dije: “No me maltraten”. Me subo en el taxi y les dije que me dejen llamar a mi abogado. Me dicen “sí” y “que no me preocupara”. De repente me doy cuenta de que ese no era el CDP [Centro de Detención Provisional]. Llegamos a una casa y me dijo: “Bájate, y no grites que te golpee”. Me bajo del taxi y subo. Veo un poco de chicas. Entonces me di cuenta de que fui secuestrada y recluida por mi madre en el Centro de Rehabilitación para Mujeres “Nuestra Señora de Fátima” de la ciudad de Guayaquil (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

Si bien los requisitos del consentimiento son regulados por el MSP y técnicamente no permiten el ingreso de personas en contra de su voluntad, en realidad casi todos los centros privados aceptan pacientes traídos por sus familias. Son estas quienes firman para dar el permiso de ingreso. La captura ilegal es el primer abuso de la “deshomosexualización”, y evidencia la complicidad y el rol clave de los familiares en el inicio de tales prácticas y la posterior evolución del fenómeno.

“Hasta que cambies”: testimonios de las prácticas de “deshomosexualización”

Al llegar a la clínica, generalmente la primera expectativa es que el interno supere la negación al reconocer y confesar que tiene un problema, sea de adicción o trastorno de conducta. Por tanto, el énfasis al inicio del tratamiento es forzar al interno a confesar que su expresión de género o sexualidad es un problema y acceder a “cambiar”. Para lograr este primer paso, el personal y a veces otros internos presionan al iniciado, tomando

su resistencia como síntoma de su trastorno y algo que debe vencerse a través del castigo. Dependiendo del centro, este proceso puede incluir la humillación e incluso varias formas de tortura, hasta que el iniciado se someta a declarar que tiene un problema. El castigo se prolonga hasta que haya una aceptación del diagnóstico y “el paciente” demuestre que hace esfuerzos por cambiar. Siempre se deja en claro que el castigo durará “hasta que cambies” –una frase repetida en las descripciones de personas que han salido de estos centros–.

El período de tratamiento varía entre cinco y ocho meses de internamiento obligatorio, que se complementa con el seguimiento ambulatorio que puede durar un año o más. En la mayoría de los casos, los internos no pueden tener el contacto externo ni con familiares ni parejas ni amigos, dado que el asegurar el aislamiento durante el proceso de desintoxicación es parte de la filosofía de los centros. Casi todos⁸ adaptan los materiales de Narcóticos Anónimos (NA) o AA –de forma que distorsiona sus principios originales– como la base de su programa de tratamiento. Varios han combinado estos programas con el modelo de la Comunidad Terapéutica, que enfatiza la participación de los internos como miembros de una comunidad. Muchos tienen los logos de NA y AA pintados en sus paredes, algo que noté desde la Sierra hasta la Costa.

La mayoría de los programas dividen su tratamiento en tres fases, el primer mes normalmente es de negación. En una descripción bastante típica, en un centro se me explicó que su programa consistía en una fase inicial de “desintoxicación” en los primeros tres meses, luego “terapias cognitivas y de conducta” hasta el quinto mes, seguido por la “recuperación de personalidad” durante el sexto mes y la “reinserción” en el séptimo. Por lo general, hay énfasis en la “reeducación” del paciente, así como en la disciplina, la responsabilidad, el autocontrol, la aceptación y los límites. Para estos centros, el uso de AA/NA se combina con un riguroso programa diario que mantiene ocupados y activos a los internos a partir de las cinco de la mañana, terapia ocupacional, deportes, baileterapia, terapia individual y familiar y, en algunos casos, “retiros” o paseos.

⁸ Solo encontré una excepción: un centro que utilizaba Teen Challenge, un programa importado de Estados Unidos por misioneros pentecostales.

En los peores casos, la aplicación del castigo por recaer o no querer cambiar ha llegado al nivel de tortura, incluyendo tácticas que se han repetido una y otra vez desde los primeros centros y que se evidenciaron en las entrevistas y los testimonios que recopilé. Entre tales prácticas se incluyen esposar a los internos (a veces por semanas o meses), el uso del tanque de agua para ahogarlos temporalmente, los baldes de agua fría, el abuso de tranquilizantes como Sinogan, varios tipos de humillación y la privación de comida.

Por un lado, el maltrato físico y psicológico que los gais, lesbianas y trans experimentan en los centros refleja el maltrato físico de todos los internos sin distinción de su condición (sea dependencia al alcohol o droga, o por su sexualidad), pues ser “adicto” al alcohol o drogas es equiparado con ser “lesbiana” u “homosexual”. Por otro lado, en varios casos los gais, lesbianas y trans internados en las clínicas también experimentan tratamientos suplementarios diseñados para cambiar su “trastorno” particular. Los siguientes relatos ilustran las particularidades del “tratamiento” por ser gay, lesbiana o trans. Estas prácticas de “deshomosexualización” han incluido las descargas eléctricas en los genitales, varias formas de acoso o abuso sexual, insultos específicos sobre la identidad de género o sexualidad, el uso forzado de ropa femenina o masculina, y la intervención corporal sin autorización, entre otras.

Paola fue recibida como cualquier “adicto” cuando llegó a la clínica Puen-te a la Vida en 2006. Fue obligada a pasar por el ritual de llegada adaptado del método AA/NA, cuyo primer paso es identificarse públicamente como “adicta”. Al llegar al centro, raptada y golpeada después de su captura, tuvo que sentarse rodeada por ochenta personas y declarar: “Soy Paola. Tengo un problema de adicción, un problema de conducta, y de [ahora en] adelante, voy a tratar de ser mejor”. Paola estuvo internada un año y medio, con un costo de 700 dólares al mes. Durante este tiempo tuvo contacto con su familia solo dos veces por cinco minutos, pero según relató, “obviamente custodiada, amenazada, etcétera. Yo tenía claro que no podía decirle a mi mamá nada de lo que estaba pasando, porque mi mamá estaba confiando totalmente en la gente que le decía que me ‘están ayudando’ a cambiar”.⁹ Igual que en todos estos centros, las “terapias” estaban a cargo de “exadictos”.

⁹ *Teleamazonas*. 2011. “Tratamientos para deshomosexualizar”. 5 de septiembre. Noticias. http://www.teleamazonas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14762:tratamientos-para-deshomosexualizar&catid=85:actualidad-dia-a-dia&Itemid=91

Paola sufrió los abusos típicos de los centros nazis: “insultos y torturas [...] estar esposada, días sin comer, palizas o que los guardias le tiraran orina o agua helada encima”.¹⁰ Permaneció esposada a un tubo en la sala de terapia, privada del alimento por más de tres o cuatro días, o con la cara presionada contra el inodoro utilizado por sesenta personas.¹¹ “Estuvo tres meses sola, esposada en una habitación que llamaban ‘el sauna’, puesto que ahí dentro no había nada más que unos tubos, donde estaba atada y ni tenía luz”.¹² El tratamiento diferenciado hacia Paola por ser lesbiana, la mantuvo “aislada del resto de las compañeras, e incluso medicada [con Sinogan]”.¹³ Además sufrió abuso sexual por un guardia, lo que fue facilitado por su aislamiento y luego “justificado” por ser lesbiana.

Patricio*,¹⁴ un hombre trans, también describió que la homosexualidad o el ser transgénero se veía dentro de la clínica como un trastorno equivalente a cualquier adicción (entrevista, 12 de diciembre de 2012). Relató que su proceso de cambio siguió los mismos pasos de NA/AA usados para todos los internos, pero a cambio de el énfasis que pone el NA/AA en la toma de decisión por uno mismo, aquí se ve cómo el personal los presionó externamente, especialmente con el mensaje: deben cambiar para conformarse con las expectativas de sus familias.

¹⁰ *El Universo*. 2011. “Se clausuran casi 30 clínicas ilegales que ofrecían cura a homosexualidad”. 17 de agosto. (tomado de EFE). <https://www.eluniverso.com/2011/08/17/1/1447/clausuran-casi-30-clinicas-ilegales-ofrecian-cura-homosexualidad.html>

¹¹ *CNN México*. 2012. “Clínicas ecuatorianas violan derechos humanos para ‘curar’ a homosexuales”. 30 de enero. Mundo. <http://mexico.cnn.com/mundo/2012/01/30/>

¹² *El Universo*. 2011. “Se clausuran casi 30 clínicas ilegales que ofrecían cura a homosexualidad”. 17 de agosto. (tomado de EFE). <https://www.eluniverso.com/2011/08/17/1/1447/clausuran-casi-30-clinicas-ilegales-ofrecian-cura-homosexualidad.html>

Teleamazonas. 2011. “Tratamientos para deshomosexualizar”. 5 de septiembre. Noticias. http://www.teleamazonas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14762:tratamientos-para-deshomosexualizar&catid=85:actualidad-dia-a-dia&Itemid=91 (contenido desaparecido de la web).

¹³ *Teleamazonas*. 2011. “Tratamientos para deshomosexualizar”. 5 de septiembre. Noticias. http://www.teleamazonas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14762:tratamientos-para-deshomosexualizar&catid=85:actualidad-dia-a-dia&Itemid=91 (contenido desaparecido de la web)

¹⁴ Con * indico que se trata de seudónimos para proteger la identidad de las personas entrevistadas.

Patricio. Tienen un libro donde hay doce tradiciones, y tienen doce pasos. Uno tiene que defenderse. Hay argumentos, testimonios de personas que han estado en la clínica. Y el propósito de ellos es cambiar a la persona. Cambiar, o sea, dependiendo por qué... si te internan porque eres una chica fácil de la calle –una prostituta– te cambia, y si eres gay, si eres lesbiana, si robas, si fumas drogas, si andas en mal paso. Todos [mezclados] en una sola. [...]

[Nos enseñó de] experiencias pasadas, para que nosotros veamos el ejemplo, y no sigamos el camino que estamos, sino que cambiemos. Hablábamos que está mal, que ese tipo de vida... no era bueno para nosotros, que nuestros padres no estaban de acuerdo, que cambiemos.

Pero también para Patricio su tratamiento tuvo un giro distinto a los demás debido a su orientación de género. En su caso, describe que fue forzado a llevar ropa femenina: “Cuando estaba en la clínica de mujeres, me llevaron ropa de mujer... Pero yo no quería. Yo toda la ropa yo [destruía], o la dañaba. Entonces me pegaban porque yo dañaba la ropa. [...] En la clínica, hay mucho maltrato físico, –físico y verbal–. Allí me dicen: ‘¿que no te gustan los hombres? Mira, –me dice– soy un hombre, ¿y no te gusta?’ Yo: ‘A mí me gustan las mujeres’. Y me pegaban. [...] Me pegaban todos los días. A las otras, no, fueron más tranquilas. [...] Sí, casi me mata”.

De algunas formas, la experiencia de Savana⁷ fue similar a la de todos los internos en el centro donde estuvo, incluso trabajo forzado generalizado sin remuneración (entrevista, enero de 2012).

Savana. A mí me dieron un cuarto que decían es un cuarto privado que no tenía ventanas. Era como un servicio higiénico el cuarto. No tenía ni luz. O sea, era como un infiernillo. Y después me pusieron un cartón como ventana en vez de vidrio. [...] Yo pasé como cuatro meses allí, todo marginado, una comida pésima, con agua sucia. El desayuno es un agua de cedrón con un tipo bloque, porque los chicos que hacen el pan no son panaderos. Allí le dice: ‘Usted, ocho días a la cocina. Usted, ocho días a la panadería’. [...] Allí está como empleado de ellos, y la familia pagando para nosotros ser empleados de ellos.

Al principio, parece que la terapia en la clínica fue la típica de estos centros.

Savana. Solo terapia desde las siete de la mañana hasta la hora de almuerzo. Almorzó, descansó media hora, hasta las seis de la tarde que es la merienda, se descansó un rato, de allí hasta las nueve de la noche vuelta a terapia. Todo el día es terapia. ¿Y qué clase de terapia es? Que estos terapistas no saben ellos mismos ni cómo se llaman porque como insultan, en unas palabras descomedidas, a gente, a niños que estaban allí, hablan tan vulgarmente. Eso no creo que es una terapia; una terapia tiene que ser constructiva.

Sin embargo, la experiencia de Savana incluyó otras formas de maltrato específico por su condición de trans. Además de ser insultado por ser trans, experimentó intervención médica sin su autorización. Relató que cuando llegó al centro en Cuenca, el maltrato empezó inmediatamente: “apenas llegué, me dijeron ‘a ver, maricón, maricón, hijo de puta, aquí te llevamos a la ducha’ y me metieron en la ducha, me bañaron con aseo, con aseo en agua fría”. Como ella había trabajado como peluquera, le hicieron cortar el pelo de todos los internos. Pero lo peor que sufrió fue la intervención corporal no autorizada: primero, le cortaron el pelo sin su consentimiento y luego, le drogaron y removieron su prótesis sin ni siquiera avisarle:

Savana. Yo estaba ya allí, cortado el cabello, todo eso, yo no sé qué droga me metieron, que me despierto yo sin la una prótesis de mis tetas, porque la otra yo me saqué porque estaban ya por decirlo dañadas. Entonces una prótesis que me desinflaron allí en la clínica esta. [...] Le dieron a mi hermana cuarenta dólares para llevarme donde hacerme una radiografía... y me llevaron y me dijeron que no tengo nada. Pero, ¿cómo no voy a tener? Sí sé lo que tengo en mi cuerpo. [...] Pero allí dijeron que no, no tengo nada. Pero yo tengo aquí en el busto izquierdo, tengo yo la funda, la cosa de la prótesis. Porque el líquido es silicona, se ha de haber regado en todo mi cuerpo entonces, solo es ese plástico. Pero ellos dicen que no, que es mentira porque yo me quiero irme. Cuando me llevaron a hacerme la radiografía, era como que si yo fuera una delincuente.

El caso de Savana no es el único que evidencia la intervención corporal sin autorización. Chiqui, transfemenina que estuvo internada a los 22 años por ser transgénero con un grupo de homosexuales en una clínica en Tambo, describió de forma clara las prácticas de “deshomosexualización” que ella recibió.

Preguntaban si era hombre o mujer. Nos bajaban el pantalón. Nos tiraban agua entre las piernas y nos ponían cables pelados para pasarnos electricidad. Me aplicaron hormonas que me cambiaban la voz. Nos ponían videos de hombres y, si acaso teníamos una erección, nos pegaban. Nos levantábamos a las 05:30 y, si no habíamos cometido alguna infracción, nos daban desayuno. Nos aplicaron descargas eléctricas en las partes íntimas y en las manos (Ortiz y Torres 2008, en línea).

Aunque Ana no experimentó la violencia física, estuvo aislada de los demás internos y presionada para dejar de ser lesbiana. Su relato también empezó con el tratamiento típico. Describió que “se levantaba cada día a las 7:00 de la mañana, limpiaba la casa y se pasaba la mayor parte de la jornada ‘sin hacer nada’... el psicólogo solo venía dos veces a la semana, pero rezábamos cada día”.¹⁵ Otra interna describió cómo Ana fue tratada de forma diferente.

Cuando ella ingresó, todos nos dijeron que era por un problema de adicción a drogas, pero luego nos dimos cuenta de que la verdadera causa era su lesbianismo. Las “terapias para Ana” eran diferentes a las nuestras, pues a nosotros nos hablaban del daño que nos hacía el licor y las drogas, mientras que a ella le repetían constantemente que debía cambiar su inclinación sexual, que ella nació mujer y que le tienen que gustar los hombres.¹⁶

Valentín*, un informante internado con Pablo, describió que, aunque él estuvo internado por adicción a las drogas en el mismo centro, Puente a la

¹⁵ *Dos manzanas*. 2010. “Clínicas ilegales en Ecuador prometen “curar” la homosexualidad”. 11 de noviembre. <https://www.dosmanzanas.com/2010/11/>

¹⁶ *El Extra*. 2011. “¡Me decían tú naciste mujer y te tienen que gustar los hombres!”. 2 de enero. Ediciones. <http://www.diario-extra.com/ediciones/2011/01/02/> (contenido desaparecido de la web).

Vida, Pablo fue maltratado, presionado a cambiar y denigrado de su categoría de humano por ser homosexual (entrevista, 5 de marzo de 2012). En este relato, los terapeutas posicionan su adicción a la droga como *resultado* de su homosexualidad. Ofreció una descripción detallada de *cómo le trataron a Pablo*:

Valentín. Los vivenciales y los guardias empezaron a burlarse de él. Le llamaban ‘chuquolín’ (una bebida alcohólica dulce... y, por tanto, débil y gay), que ‘era torcido’, y que ‘no es humano’. Le dijeron que ‘te violaron y te gustaron, por eso eres homosexual’. Incluso le preguntaron... ‘¿cuántos fueron?’ Le dijeron que ‘tiene que superar el trauma [para hacerse heterosexual / normal]’ y que ‘si tú no arreglas tu problema de homosexualidad, nunca vas a dejar de consumir’. Le presionaron diciendo que ‘tienes que ser normal’, para hacerle sentir mal sobre su sexualidad, para hacerle cambiar... le decían: ‘maricón’, ‘enfermo’, ‘depravado’ por su condición homosexual, a veces los otros internados también. Me sentí mal porque le vi llorando.

Según el Informe Sombra 2009 del Taller Comunicación, la familia de Yolanda* la recluyó en una clínica en Manta en 2009 durante tres meses por ser lesbiana. A diferencia de Pablo, para quien la homosexualidad se vio como la raíz de la adicción a la droga, en la clínica donde estuvo Yolanda, su lesbianismo era concebido como una adicción primaria en sí. De este modo expuso su experiencia:

A mí me tocó identificarme como alcohólica [...] porque eso era lo que nos decían. “¿Cuántas veces tomaba?”. “Creo que dos veces como mucho, al año...” y dicen: “no, eres alcohólica, tienes que identificarte como alcohólica con trastornos de conducta”. Supuestamente yo tenía una adicción con ella [su pareja]; ella era una adicción [...]. “Tu adicción es esa persona, es ella tu adicción, y eso es lo que tienes que dejar. [...] Tú no puedes decir que vas a seguir con ella porque tú no vas a seguir con ella. Tú tienes que dejar eso. Lo que tú tienes es una confusión” (Taller Comunicación Mujer 2008, en línea).

Así como en el caso de Paola, el hecho de ser lesbiana la convirtió en una persona vulnerable a los abusos sexuales. Aunque tal práctica no tie-

ne ningún vínculo con lo reparativo, la orientación sexual de la interna, construida como problema, deviene como permiso y factor legitimador para el acoso sexual, incluso recibir las miradas de morbo y estar “apretada, cogida, abrazada, tocada”, y expuesta a la violencia sexual.

El relato de María Auxiliadora es uno de los casos más claros de las prácticas de “deshomosexualización” según el modelo nazi de disciplina y castigo que busca forzar el cambio, y evidencia algunas de las peores tácticas nazis (como el uso de Sinogan, el maltrato físico y el maltrato psicológico). Ella relató que al revelar que era lesbiana, su madre la encerró en la clínica CENTRADE de la ciudad de Guayaquil en 2001:

Me encierran obviamente a la fuerza, violentan el umbral de la puerta de mi habitación cuando vivía con mi madre y me llevaron cargada contra mi voluntad. En la clínica comienzo a gritar “que soy lesbiana, que no tengo nada que hacer ahí, que esto es una violación a mis derechos humanos, que les voy a demandar”. Y un tipo lo que hace es amenazarme con Sinogan, y, ahí comienza todo. La gente se burlaba de mí. Se reían de mi situación, de mi condición. Lo que hacían era mofarse de cualquier cosa, nunca me tocaron sexualmente en la clínica, pero hubo intenciones. Los terapeutas me tiraban al piso, me ponían en algo llamado tripo, con los brazos atrás contra la espalda, la cabeza contra el piso, me pateaba la cabeza, yo tenía que cubrirme para que no me golpeen... Me alzaban, me hacían aguantar y me decían “macho”. [Además] me tiraban baldes de agua fría. La terapia se llamaba “la amanecida”. Eso hay en todas las clínicas. Utilizaban agua fría porque yo supuestamente no lloraba. En una amanecida me tiraron como veinte baldes de agua fría y yo igual les aguantaba... Me decían: “¿Si te abriéramos las puertas, dónde te irías? ¡Donde tu gremio, ¿verdad?!” Y yo contestaba “no”, y –zas!– otro balde de agua fría. [...] Entre los maltratos psicológicos, me hicieron creer por una o dos semanas que tenía sida. Claro, no les creí, porque no me enseñaron el examen. Pero me decían: “Tienes sida. Cambia, cambia”. Fue duro (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

En el año 2000, cuando tenía 24 años, su familia internó a Alina* en la Clínica CONTALFA, por cuatro meses y medio, cuando ella reveló que

era lesbiana. El caso de Alina ejemplifica lo que ha sido descrito acertadamente como los “fuertes programas de despersonalización” (VJ Movement 2011). Le impusieron quién *es* (mujer heterosexual) y quién *no es* (lesbiana), negando totalmente la viabilidad de ser lesbiana y de ser ella misma. Para el personal de este centro, una “lesbiana” no existía. No debe sorprender que Alina empezara a preguntarse si ella misma existía, si la clínica y esta experiencia existían, y si una vida como lesbiana existía. Además, su descripción evidencia la confusión entre el género y la sexualidad por parte del centro, parecida a la que se encuentra en los discursos de los ministerios exgay. Manifestó:

Los dos primeros meses, yo les dije a los terapeutas que era lesbiana, que me gustaban las mujeres. Entonces ellos al principio no me decían nada. Claro, a mi familia le decían que estaba en negación, pero luego empezaron a decirme que yo no era lesbiana, que era muy femenina, las lesbianas solamente son como hombres, una lesbiana quiere ser hombre. Entonces me preguntaban si yo quería ser hombre. Yo les decía que no quería ser hombre, que simplemente era una mujer y me gusta una mujer [...]. Durante dos meses dije que era lesbiana y ellos decían que yo estaba en negación, que no quería todavía cambiar. Seguramente ellos prometieron a mi familia que cuando salga de la clínica, iba a salir con otra idea en mi cabeza o que me iba a dar cuenta de que estaba llevando mal mi vida (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

La experiencia de Alina estaba marcada por la presión, el maltrato psicológico, incluso la humillación y el castigo. Describió los primeros dos meses como “durísimos”.

Ellos te manipulan muy bien. Si eres una persona muy agresiva, te tratan muy tranquilamente. Pero si te ven que eres una persona muy susceptible, te tratan fuerte... Me hablaban fuerte. No sé, era tan duro. [...] Cuando el director hablaba me tiraba una u otra indirecta. Viví mucha presión dentro de la clínica. Había que hablar ante todas esas personas. Éramos como veinte o treinta personas en total, y siempre yo era “Alina, la lesbiana”, la que no quería “cambiar”, la que estaba en negación. Luego me enteré por compañeros, que los terapeutas les decían que tenían que presionarme... Entonces todos

me presionaban. ¡Era como algo repugnante ser lesbiana! [...] Muchas cosas pasaron adentro, muchas humillaciones. Ellos se burlaban. Ellos decían que yo estaba mal de la cabeza (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

La fuerza y el castigo “hasta que cambies” tomaron una forma muy literal cuando la encadenaron hasta que confesara que la mujer que había intentado sacarla de la clínica era su pareja. Con las siguientes palabras rememoró aquella experiencia humillante:

Decidieron encadenarme los pies. Me pusieron cadenas. Dormía con las cadenas, eran unas cadenas “tucas”. Era tan humillante. Imagínate caminar con esas cadenas, subir escaleras con esas cadenas. Mis compañeros muertos de la pena. Fue horrible, eso fue horrible. [...] Ellos me decían: “Esas cadenas se pueden sacar, pero de las que tienes que liberarte son las cadenas de tu mente. [...] ¿Vas a seguir negando que no conoces a esa chica? ¿Vas a seguir diciendo que eres lesbiana?”. Yo le dije: “¡Sí, porque yo soy lesbiana!”. Se fue y me dijo: “Olvídalo, no te vamos a quitar las cadenas”. Eso fue horrible. Lloraba en mi cuarto. Ellos me vieron y me dijeron: “¡Ah, estás resentida!”. Se burlaban de mí y me decían: “Esa es tu personalidad adicta y resentida que no aceptas”. [...] Me quitaron las cadenas cuando yo dije que sí la conocía, que ella era mi pareja. En aquel momento, me quitaron las cadenas y me dijeron: “Te pusimos esas cadenas porque tú estabas negando algo que era verdad, tú estabas mintiendo” (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

Aún más duro fue otro tratamiento particular que recibió con la intención de “curarla” de su lesbianismo. Relató que la forzaron a vestirse como una trabajadora sexual por varios días, allí expuesta ante todos los internos varones. Al igual que el ejemplo de las cadenas, este suceso demuestra cómo los centros toman el control total sobre los cuerpos: los encierran, controlan su acceso a la comida, los mandan a vestirse con lo que deciden los directores o terapeutas, y los encadenan y desencadenan como forma de manipular su comportamiento. Alina describió la humillación que sintió cuando le dijeron: “Tú aquí no puedes decir nada, tú tienes que aceptar todo lo que se diga aquí, así que tú vas a estar con ese vestido y punto. [...]

Tú solo tienes que aceptarlo, nada más, y cuando se te diga que ya no usas el vestido, no lo vas a usar” (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

Así como en el caso de Yolanda y Paola, el hecho de ser lesbiana la expuso al acoso, con la intención de contribuir al cambio de su orientación sexual. Así lo relató Alina:

Incluso un compañero me comenzó a acosar. Los terapeutas le habían dicho que lo hiciera. Yo le gustaba y me dijo: “Yo puedo hacerte el amor. Tú vas a saber lo que es una penetración. Si tú estás conmigo, estoy seguro de que te van a gustar los hombres”. Y eso era tan asqueroso... fue horrible, algo muy feo (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

En este caso, no era que la homosexualidad causara la adicción, ni que la homosexualidad fuera una adicción, como en los dos casos ya discutidos. Más bien en este caso el centro creyó que el consumo de alcohol estaba causando su comportamiento homosexual:

Generalmente las personas que tienen problemas con el alcohol, todos esos tipos que estaban ahí adentro, incluso los terapeutas, habían tenido experiencias con hombres, todos, absolutamente todos. Ellos indicaban eso y me decían: “Mira, yo tuve una experiencia con un hombre, pero eso no significa que yo sea homosexual. Lo que pasa es que tú te confundes cuando tomas, y por eso es que tú estás con mujeres, pero tú no eres lesbiana” (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

El maltrato psicológico y la manipulación que sufrió Alina le generaron terror y confusión interna, otra táctica orientada a forzar el cambio. En sus palabras se mezclan los sentimientos de vergüenza y culpa por ser lesbiana, que el tratamiento le causó.

Me decían: “Por favor, mira a tu mamá, cómo sufre. ¡Cambia!”. Entonces, vieron mi debilidad, porque yo adoro a mi familia. Ahí dentro yo no tenía personalidad, no tenía decisión; ya no sabía qué hacer. Me hicieron sentir que yo estaba haciendo daño a mi familia, como si yo fuera una persona mala. Lo raro fue que ya después por el cuarto mes yo me sentí así, como si de verdad quisiera cambiar. Es verdad. Yo tenía tan lavado el cerebro,

porque incluso a mis compañeros les decían que me tenían que presionar... Claro, entonces yo al tercer o cuarto mes, yo sentía que realmente quería cambiar. Me sentía tan presionada por todo a mi alrededor (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

Alina concluyó su testimonio comentando:

Fueron cuatro meses y medio que ellos estuvieron decidiendo mi vida. Me sentí desorientada; no sabía qué estaba bien y qué estaba mal. No sabía quién era yo; me sentí sin identidad... Me sentí como una niña que se había portado mal y que todo mundo se había puesto en su contra, como si estuviese castigada (Taller Comunicación Mujer 2005, en línea).

Estos últimos comentarios de Alina resaltan cómo su tratamiento, así como los demás descritos en esta sección, tienen la finalidad de forzarla a cambiar, desorientarla, quitarle su identidad, alterar su personalidad, y “curar” su homosexualidad, según el criterio de la clínica. Las tácticas de la presión psicológica y el castigo físico –desplegadas “hasta que cambies”– determinaron lo distintivo de las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación.

Contradicciones y confusiones: calidad constitutiva de la “deshomosexualización”

Lo que he aprendido sobre los centros viene de los testimonios de personas que han trabajado o han sido internadas en uno (o varios) de ellos. Aunque visité algunos que han sido denunciados por violaciones a los derechos humanos, incluyendo uno acusado de internar forzosamente a una joven lesbiana en 2010, en todos negaron la utilización de tácticas “agresivas”. Al mismo tiempo, afirmaron y denunciaron la existencia de los “centros nazis” así como la “deshomosexualización” en “otros” centros. Encontré muy pocas personas que admitieron haber tomado parte en esta práctica. Más bien, me dijeron en las visitas, una y otra vez, que

se respeta la homosexualidad, que no es un trastorno, que no se puede cambiar y que no se toca el tema en ese centro particular.

Por ejemplo, el director de un centro en Guayaquil me afirmó, dirigiéndose tanto a mí como a su grupo de internos de unos 15 hombres (quizás para darme la impresión de transparencia): “Sí, hay jóvenes con un conflicto sexual, y ellos se drogan para cubrir su deficiencia, para aparentar [ser] hétero. Sus familias les discriminan. Pero el único que puede cambiar la sexualidad es uno mismo o Dios. Yo no quiero cambiar la sexualidad de los homosexuales. ‘Sé homosexual, pero no te drogues’, quiero decir. Si va a ser homosexual, no hay problema. [...] Los centros donde intentan cambiar a los homosexuales, es por falta de conocimiento y de formación. Igual con el maltrato físico” (Entrevista a GL de Clínica Guayas D, 2012).

Aquí aparece una contradicción: casi todos los centros niegan y denuncian las prácticas de “deshomosexualización”, sin embargo, estas siguen ocurriendo de forma dispersa en todo el país. Es más, uno de los centros donde hay evidencia inequívoca de que se las ha ejercido, me lo niegan, aun cuando obtuve los testimonios de tres casos. Las falencias entre el discurso y la práctica reflejan contradicciones en el discurso mismo, demuestran que muchos de los centros dicen lo que saben que tienen que decir, pero hacen otra cosa, situación permitida por el ambiente de impunidad. Sucede igual con la implementación de las prácticas de “deshomosexualización” de forma informal, extrapolítica y desorganizada.

Un ejemplo flagrante es el caso de una lesbiana que denunció a la clínica Luz en la Tormenta, al norte de Quito, de haberla internado en contra de su voluntad. Ante la acusación, el representante legal del centro, Santiago Garcés, afirmó que “lo único que se hace es brindar terapias para personas adictas a las drogas”.¹⁷ Luego, María José Jiménez, psicóloga de la fundación Equidad, confirmó que esa clínica ofrecía prácticas de “deshomosexualización”: “llamamos y dijimos que teníamos un hermano homosexual y que queríamos que se componga. Nos señalaron claramente que ellos sí podían curarlo, pero que debíamos tener muy en claro que la forma

¹⁷ *Radio Centro*. 2011. “¿Denuncias contra clínica que ofrece ‘curar’ homosexualidad!”. <http://ateay-subelevada.over-blog.es/article-ecuador-juicio-popular-contra-clinicas-de-rehabilitacion-77585508.html>.

que ellos utilizaban era el secuestro”.¹⁸ En otros casos, en los que hay internos gays, lesbianas o trans, insisten en que la razón para su internamiento es de adicción al alcohol o a drogas, aunque en realidad sea para cambiar su sexualidad, así como en los casos de Yolanda y Pablo.

Más allá de la negación y las mentiras, se ve una legitimación que permite la contradicción. En estos casos, se niega la posibilidad de ser legítimamente homosexual o transgénero; más bien, son negadas como posibilidades y concebidas en su lugar como trastornos de conducta. Por ejemplo, Luis Zavala, el coordinador de la clínica Puente a la Vida, donde Paola estuvo internada por ser lesbiana y sufrió flagrantes violaciones a sus derechos humanos, respondió a las acusaciones con una confesión implícita, intentando legitimar sus acciones de forma contradictoria: “No hay maltratos, ni [se] intenta cambiar su orientación sexual, solo cambiar su conducta. Modificar todos sus comportamientos, ¿no?, todos sus comportamientos inadecuados que le está llevando a esa persona a tomar otras actitudes inadecuadas”.¹⁹

En otro caso, se revela esta contradicción en los comentarios de una psicóloga de un centro acusado de internar a una joven lesbiana en contra de su voluntad.²⁰ Primero me explicó que “solamente si esa persona tiene fe, se puede usarla en la terapia para ayudar”. Continuó diciendo que en este centro no intentan cambiar la homosexualidad de uno ni decir que es mala la homosexualidad ni que se debe cambiar. “No se practica la ‘deshomosexualización’ en esta clínica”, me indica, sin que yo hubiera utilizado el término. Después, se contradijo al decir que, si la persona ya es religiosa, “se puede preguntar al paciente si ama a Dios, y cuando dice que ‘sí’, puedes decir: ‘¿pero entonces quieres agradecer a Dios?’. ‘Sí’, dicen. ‘Pero tener sexo con otros hombres no agradece a Dios’” (entrevista a EY de Clínica Pichincha B, 2012). Esta conversación dejó claro que las creencias religiosas

¹⁸ *Radio Centro*. 2011. “¿Denuncias contra clínica que ofrece ‘curar’ homosexualidad!”. <http://ateaysublevada.over-blog.es/article-ecuador-juicio-popular-contra-clinicas-de-rehabilitacion-77585508.html>.

¹⁹ *CNN México*. 2012. “Clínicas ecuatorianas violan derechos humanos para ‘curar’ a homosexuales”. 30 de enero. Mundo. <http://mexico.cnn.com/mundo/2012/01/30/>.

²⁰ *Dos manzanas*. 2010. “Clínicas ilegales en Ecuador prometen ‘curar’ la homosexualidad”. 11 de noviembre. <https://www.dosmanzanas.com/2010/11/>.

de los individuos que se relacionan con los pacientes y proporcionan terapia en los centros pueden tener gran influencia en el tratamiento de las personas LGBT, sea o no la política del centro. Aunque esta psicóloga enfatizó su formación laica, también le parecía adecuado influir en la orientación sexual de algunos de los pacientes.

En otro caso de un centro evangélico cerca de Quito, se destaca la creencia de que la homosexualidad se puede cambiar. Aunque el psicólogo del centro dijo inequívocamente que no ‘se meten’ en el tema de la sexualidad, me afirmó que “solo pueden cambiar si quieren cambiar, pero la mayoría no quieren”. Además, la secretaria del mismo centro compartió su opinión: “Lo que se puede hacer es decirle que su conducta es un problema, pero solo ellos pueden cambiar; se trata de su relación personal con Dios, solo de ellos” (entrevista a IS de Clínica Pichincha F, 2012). Estos discursos –que el homosexual puede cambiar y que se trata de la relación personal con Dios– igualan el discurso de los ministerios exgay y refleja la interacción de este centro con la comunidad evangélica.

Otro caso de un “vivencial” (una persona recuperada que ayuda a otros en el proceso de recuperación) en Cuenca revela la influencia que pueden tener las creencias religiosas de los individuos que están trabajando en los centros.

BP. [Hay los que] tienen descontrolada su sexualidad... Se quedan confundidos cuando, por ejemplo, han sido abusados sexualmente, se desorientan en su identidad sexual, es decir, se identifican como heterosexuales, pero tienen comportamientos homosexuales. En estos casos, hay que hacer ‘autoafirmaciones’ en el espejo como varón en el más amplio sentido de la palabra, que se autoafirme como homosexual o heterosexual... No defino la homosexualidad como un trastorno de conducta en general, pero puede llegar a serlo en el sentido de que lo desorientaron cuando era pequeño (como abusos sexuales o vestirse como niña)... Unos homosexuales nacen y otros se hacen. Hay personas que cuando quieren, pueden cambiar como [en el caso de] la droga. He visto que hay personas en la clínica que salen y abandonan su comportamiento homosexual. A mí personalmente me parece bien... No necesariamente es genético... Es un trastorno de conducta. Pienso que la

homosexualidad es moralmente dañina. Pero esta es mi opinión, no la del centro (entrevista, 2012).

En esta conversación se conectan los discursos del vivencial con los discursos de la comunidad evangélica que también influyen en los ministerios exgais. Como en los discursos que he analizado dentro de los ministerios exgais, este vivencial equipara la homosexualidad con una falta de control de la sexualidad similar a la masturbación o a la prostitución. Ofrece explicaciones similares sobre las causas de la homosexualidad, como el abuso sexual o el vestir a un niño como niña y la negación del rol de la biología. Se encuentran las mismas contradicciones en los discursos: confusión entre el género y la sexualidad (en la idea de que la homosexualidad tiene raíz en la confusión o inseguridad de género) y en la ambivalencia de si es un trastorno de conducta o no. Además, posiciona la homosexualidad de la misma forma que el movimiento exgay: “los homosexuales no nacen, se hacen, y si uno quiere, el cambio es posible”. Aunque se esfuerza por mantener una posición coherente y decir que no se puede cambiar la homosexualidad, luego deja entrever que se puede y se debe cambiar, influido por los discursos del movimiento exgay sobre la homosexualidad a través de canales religiosos, como su iglesia o en su formación en teología.

Aunque las negaciones de la “deshomosexualización” han seguido, ha crecido el número de denuncias por parte de activistas en años recientes. Hay centros que todavía hablan más abiertamente sobre la aplicación de las prácticas de “deshomosexualización” como algo legítimo. Por ejemplo, el director de un centro al norte de Quito me explicó:

TA. Como cristianos, la homosexualidad es un asunto primario –no secundario– a la adicción, porque ellos no están viviendo las intenciones de Cristo. De hecho, puede ser otras formas de adicción y la adicción homosexual es una. En el centro, hemos utilizado el método teofóstico para curar drogas, alcohol, adicciones homosexuales y otras cosas. Yo he curado varios casos de homosexualidad... Pero la homosexualidad es el asunto más difícil... Los homosexuales tienen muchos problemas y estos pueden causar adicciones (entrevista, 2012).

Aquí también la influencia de los discursos del movimiento exgay son evidentes, tanto directa como indirectamente. El director hace referencia a las causas de la homosexualidad desarrolladas por dicho movimiento, concibiendo la homosexualidad como una adicción sexual, como un problema de desarrollo individual, y como algo que está en contra de Dios, e hizo referencia directa a los ministerios exgais. En un contexto dominado más bien por la negación y un lenguaje indirecto, era el único que me explicó abiertamente que la homosexualidad puede y debe cambiar y que esa es su meta.

“Vigilar y castigar”: la producción y la figura biopolítica del “homosexual curado”

Los centros no se presentan como clínicas de “deshomosexualización”, sino como clínicas para trastornos y adicciones [la misma ambigüedad que posibilita las prácticas de “deshomosexualización”, marcando la homosexualidad como un trastorno o adicción en sí o como un trastorno secundario derivado o consecuencia de un trastorno o adicción primario, sobre todo el alcoholismo (como en los casos de Pablo, Alina, Paola, Patricio y Yolanda)]. Esta construcción justifica el cambio de la “conducta homosexual”, pues se la equipara con cualquier otro comportamiento o hábito que se puede corregir o remplazar. Según esta lógica, el cambio en la persona requiere de la suficiente presión, disciplina, fuerza y castigo, lo cual identifica este modelo con el *behaviorismo* implementado por los primeros centros en Ecuador. De igual forma, esta construcción de la homosexualidad bajo la rúbrica de las adicciones o los trastornos de conducta fundamenta la aplicación de los mismos métodos utilizados para cambiar el comportamiento en los casos de farmacodependencia.

Pero ¿se emplean los mismos métodos? Los testimonios revisados aquí de varios internos LGBT revelan que ellos se enfrentaron con prácticas distintas y adicionales, las que varían en cada centro según el criterio del individuo encargado de la “terapia”, quizás según lo que él o ella había observado durante su propio tiempo internado en otro centro. Estas prácticas distintas –y muchas veces sexualizadas y exageradas– incluyeron el forzar al “paciente” a

llevar ropa y pelo considerado femenino o masculino (como en el caso de Patricio, Sara y Alina), la insinuación sexual (particularmente común para las lesbianas y los transmasculinos, como se veía en el caso de Alina, Yolanda, Paola y Patricio), y la intervención médica sin autorización (especialmente en los casos de las mujeres transfemeninas, como Savana y Chiqui).

La diferencia clave con estas prácticas de “deshomosexualización” en los centros y la supuesta transformación espiritual que se enfatiza en los ministerios exgais, se encuentra en que el proceso de cambio en los centros de rehabilitación para las personas LGBT (y de los farmacodependientes en general) suele ser forzado. No implica la disciplina de la mente, sino la disciplina del cuerpo: el encierro y el castigo hasta que la persona acepte la voluntad del otro sobre ella, o sea, “hasta que cambie”. La meta no es controlar o reemplazar los pensamientos, sino cambiar el comportamiento, fiel a los preceptos de *behaviorismo*. No es un proceso de transformación psicológica y espiritual interna y autodirigida, como lo es en los ministerios exgais donde se enfatiza la interiorización de una nueva identidad por el propio poder, sino un sometimiento –muchas veces violento– del cuerpo al poder del otro de forma directa con el encierro, el encadenamiento y el castigo físico. En definitiva, el dispositivo del poder del centro –el “hasta que cambies”– se trata no de ser un sujeto sino de estar sujetado.

En este sentido, las prácticas de “deshomosexualización” no buscan producir el “homosexual sanado” –como es el afán en los ministerios exgay– sino esculpir al “homosexual curado”. El “homosexual curado” no es el sujeto “controlado” deleuziano, como es el “homosexual sanado”, sino una figura espectral que actúa como un dispositivo disciplinador, en este caso según un programa de “disciplina dura”, encierro, vigilancia y castigo en la clínica. El “homosexual curado” es uno que está modificado a la fuerza; no es concebida como una persona que se encarga de su propia voluntad de cambiar y que dirige su propia transformación a través de la persuasión. Es un sujeto moldeado por fuerzas externas según una concepción del ser humano como material crudo que se puede dismantelar y volver a construir según el criterio de otros. Pero los testimonios aquí también revelan los límites de este dispositivo de poder, que no puede llegar a la soberanía que busca frente a la resistencia de los sujetos.

Para los centros de rehabilitación, las familias y la sociedad que niegan que pueda existir el “homosexual legítimo” –sea por creencia religiosa, vergüenza o preferencia familiar– la oferta del “homosexual curado” resuelve la tensión que se presenta cuando las personas LGBT lo declaran a sus familias y a la sociedad. A través de *la negación* –“estás confundida, no eres lesbiana”–; *la fuerza* –“vas a cambiar”– y *la “disciplina dura”* y *el castigo* –“te vamos a castigar hasta que cambies”– los centros de rehabilitación ofrecen una forma de “deshomosexualización” diseñada para reformar y restaurar al sujeto hacia la heterosexualidad correcta. El “homosexual curado” es una creación externa, un legado del *behaviorismo*.

A pesar de las variaciones de las prácticas de “deshomosexualización” dentro de los centros de rehabilitación –en donde no se ve un modelo o programa en particular, sino una colección de tácticas– es evidente la concordancia en la teoría sobre la producción del sujeto. Se ve en estos testimonios un modo de disciplina que intenta cambiar de sexualidad a través de la fuerza y la intervención corporal (capturas, palizas, corte del pelo, vestirlos de un cierto modo), y un enfoque en el sometimiento al cambio, que incluye el castigo por no querer o dejar cambiar, y la recompensa de libertad por cambiar (o más común, por fingirlo). Sea por motivo religioso o por ganancia, en cualquier caso, la premisa que subyace al proceso es la creencia de que la homosexualidad puede –y debe– cambiar. Las prácticas de “deshomosexualización” dependen de esta premisa promovida y amplificadas por el movimiento exgay, la que sirve por tanto para legitimar y reforzar la continuación del fenómeno de las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación del Ecuador.

Conclusiones

Al igual que para las personas con farmacodependencias, la experiencia de las personas con sexualidad o género no normativos, ha sido profundamente influida por la filosofía de la “disciplina dura” y el castigo que se destacan en los centros de rehabilitación en Ecuador. Sus prácticas de

“deshomosexualización” han sido facilitadas y reforzadas por el lucro, que también caracteriza a los centros en el país. Los centros promueven una concepción del cambio como una mercancía que encaja perfectamente con la influencia del movimiento exgay, el cual concibe la homosexualidad como algo que se puede y se debe cambiar.

Las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación dependen de una figura espectral, una formación discursiva —el “homosexual curado”—, producida a través de un proceso de disciplina dura y de reformulación externa del sujeto que le reimpone la heterosexualidad obligatoria (Rich 1999). Es profunda la resistencia a esta imposición, así lo demuestran los casos analizados aquí. Los centros de rehabilitación no han producido el cambio que pretenden buscar ni a personas que encarnan este sujeto del “homosexual curado”. Más bien, el “homosexual curado” funciona como una figura biopolítica, a través de la cual se ejerce el poder disciplinario —una mercancía que se puede vender y comprar—. Lo que para los ministerios exgais se concibe como “el cambio es posible” por medio de la autodisciplina, es para los centros de rehabilitación algo que se puede comprar y forzar como parte de un proceso externamente impuesto: “hasta que cambies”. Si bien los dos abordajes y los dispositivos de poder que despliegan son distintos, los dos se derivan y dependen de la misma lógica, promovida por el movimiento exgay: la homosexualidad se puede, y se *debe*, cambiar.

Referencias

- EDINA. 2012. “Clínica 12 Pasos”. *Las páginas amarillas de EDINA*.
http://www.edina.com.ec/demo/ver_datos_clientes.aspx?cliente=11230&provincia=1&ciudad=322.
- Flores, Carlos E. 2017. “Impunidad que tortura”. *Connectas*. [En línea]
<https://www.connectas.org/especiales/impunidad-que-tortura>.
- Foucault, Michel. (1969) 1972. *The Archeology of Knowledge and the Discourse on Language*. Nueva York: Tavistock Publications Limited.
- (1975) 1977. *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. México D.F.: Siglo XXI.

- Foucault, Michel. (1976) 1978. *The History of Sexuality: An Introduction*. Traducido por Rober Hurley. Nueva York: Routledge / Vintage Books.
- Ortiz, Marjorie, y María Alejandra Torres. 2008. "Oración y encierro para 'curar' a gays". *Diario El Universo*. Mayo 18. Noticias. <http://ateaysublevada.over-blog.es/article-ecuador-juicio-popular-contra-clinicas-de-rehabilitacion-77585508.html>.
- Rich, Adrienne. 1999. "La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana". En *Sexualidad, género y roles sexuales*, compilado por Marysa Navarro y Catherine R. Stimpson, 159-212. México D.F.: FCE.
- Taller Comunicación Mujer. 2005. *Discriminación a mujeres ecuatorianas en Ecuador en Tribunal nacional de los derechos económicos, sociales, y culturales*. Quito: Taller Comunicación Mujer.
- 2008. *Situación de las mujeres lesbianas, bisexuales, transexuales, transgénero e intersex en Ecuador en relación a la discriminación*. Informe Sombra septiembre 2008. Quito: Taller de Comunicación Mujer.
- VJ Movement 2011. "La deshomosexualización de Ecuador". Video de YouTube, 6:37, publicado por "VJMEspanol", 21 de junio 2011. <http://www.youtube.com/watch?v=zTAgE1nC3Ok>.
- Wilkinson, Annie. 2012. "Sin sanidad, no hay santidad: Las prácticas reparativas en Ecuador." Tesis de maestría, FLACSO, Ecuador. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/5414#.WMMjXRLyuu4>
- 2013. *Sin sanidad, no hay santidad: Las prácticas reparativas en Ecuador*. 1ª. ed. Quito: FLACSO Ecuador.

Los casos de incesto: violencia y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes

María Fernanda Porras

El más íntimo dolor es siempre impersonal. Se pertenece a él, pero él no nos pertenece. No puede ser narrado porque carece de sustancia argumental. Es impredecible. Es silencio. Silencio primordial (...) Nada y solo nada se tiene que decir cuando de verdad se accede al dolor de fondo.
—Santiago Kovadloff, *El silencio primordial*

El silencio es una forma de decir; cuando algo no se nombra, no significa que no existe, sino que no se nombra por alguna razón. Desde el psicoanálisis se ha estudiado el silencio: ese que está presente en la consulta, el de la censura, ese que aparece cuando el sujeto enfrenta algo que no puede aceptar ni nombrar por lo que le representa. Este artículo forma parte de una investigación realizada en el año 2011 de un tema en el que el silencio se impone: el incesto en la ciudad de Quito. En la investigación, basada en el estudio de cuatro casos seguidos por dos años, se evidencia cómo en los diferentes contextos sociales —familiar, legal y comunitario— esta práctica está completamente oculta y naturalizada, y se considera un comportamiento justificado por parte de los hombres en contra de niñas y adolescentes.

Muestra de ello es que el incesto no ha sido tipificado como delito dentro del Código Penal de Ecuador, con lo cual se vulneran los derechos sexuales y reproductivos prioritariamente de las niñas y adolescentes de muchas familias. Las estadísticas sobre este fenómeno han sido poco visibles, pero afortunadamente esfuerzos recientes muestran sus particularidades en relación con la violencia sexual. Por ejemplo, el Consejo Nacional

para la Igualdad Intergeneracional (CNIJ), informó que el 65 % de casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes son cometidos por familiares y el 14 % de estos casos ocurren de manera periódica (CNIJ 2018). Estas cifras dan cuenta de la necesidad de seguir abordando la problemática.

Para analizar los casos se plantea una entrada desde la antropología y se define al incesto como una regla social y una prohibición porque afecta la organización de la sociedad (Héritier et al. 1995). El incesto es también una regla presocial “en dos sentidos: en primer lugar, por su universalidad, luego por el tipo de relaciones a las que impone su norma” (Lévi-Strauss 1949, 45). Desde esta perspectiva, se muestra la importancia de la regulación de este fenómeno para la conformación de las sociedades, pues si se violara esta regla de la organización social, las civilizaciones no podrían expandirse y mucho menos organizarse; el incesto constituye un perjuicio para el orden social.

Sin embargo, en nuestra sociedad los casos de incesto suceden a vista y paciencia de una población a la que parece no importarles la afectación que estos hechos generan a sus niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres. Es por eso que, más allá de la desestructuración social, interesa ver los casos de incesto como una forma de violencia y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes.

Por la relevancia que tiene en el proceso de reparación integral de las víctimas, el discurso del sistema judicial fue analizado en profundidad. Esto evidenció que en ninguno de los casos estudiados el vocablo “incesto” fue utilizado para identificar el tipo de delito. Así quedan en silencio las consecuencias que sufren las víctimas, consecuencias que incluyen graves afectaciones debido a la cercanía y dependencia con los agresores, y el escenario de posible reincidencia e indefensión en el que quedan las afectadas.

En el análisis se presentan, en un primer momento, los marcos interpretativos que fundamentan la crítica al discurso legal, y las tipologías que permiten caracterizar las dinámicas establecidas en la naturalización y el ocultamiento del incesto. Luego se describen los casos de acuerdo con tales tipologías y enfatizando en los rasgos del núcleo familiar, los factores que determinan la denuncia y las características de las personas

denunciantes. Por último, aparece la reflexión sobre cómo se legitima la violencia y la vulneración de las víctimas en el discurso legal sobre los casos de incesto.

El incesto, una práctica abusiva invisibilizada

Culturalmente se entiende al incesto como algo propio del mundo natural e incivilizado. Tal condición “justifica” la naturaleza salvaje de aquellos hombres que, imposibilitados de contener sus deseos carnales, proceden a tener relaciones sexuales con su descendencia. Este pretexto es utilizado tanto por los abogados y jueces como por las personas implicadas, para explicar las relaciones incestuosas dentro de un proceso penal. Esos padres son presentados como “bárbaros, en consecuencia, extremadamente viriles, poseedores de un instinto sexual incontrolable” (González 2006, 199).

Para la psicóloga Yael Fischman, el incesto es considerado una “experiencia abusiva”, pues parte del abuso de poder de una persona adulta sobre un niño o niña con quien además tiene lazos de consanguinidad, ya sea en primer o cualquier otro grado. Adicionalmente, Fischman menciona que “los comportamientos sexuales abusivos abarcan desde las proposiciones verbales, la erotización de la comunicación, la exhibición de órganos genitales, hasta actos de conducta sexual explícita” (Fischman 2000, 163).

Esta perspectiva incluye un elemento de análisis interesante relacionado con el tema del poder. Las relaciones desiguales de poder que provoca este tipo de violencia, generalmente hacia menores de edad en el interior de su entorno familiar y perpetuadas por el padre o quien ocupa su lugar, son “una consecuencia del modelo patriarcal, que enseña al hombre que los miembros de su familia constituyen su propiedad y están a su servicio” (Fischman 2000, 164).

Según Sandra Butler (1996, 4-5), el incesto de una persona adulta con una menor no puede ser jamás consentido, pues el niño o la niña aún no desarrolla una comprensión de la sexualidad que le permita una reacción

libre y perfectamente consciente ante el comportamiento del adulto.¹ Es una violación a varios de los DSDR durante la niñez y la adolescencia, limita la capacidad de decidir sobre la autonomía de sus cuerpos, lo que fomenta, en varias ocasiones, la manipulación y la culpa que posteriormente sienten las mismas víctimas. Se trata de una práctica abusiva que se legitima por no poder nombrar el hecho con el peso cultural y social que tiene la palabra incesto.

De acuerdo con Barudy (1998, 21), en las dinámicas relacionales se requiere de tres grupos de individuos para reproducir el fenómeno de la violencia. El primer grupo está compuesto por los agresores, el segundo por las víctimas, y el tercero, por “los otros, los instigadores, los ideólogos, los cómplices, los pasivos, los indiferentes, los que no quieren saber o los que sabiendo no hacen nada para oponerse a estas situaciones o tratar de contribuir a crear las condiciones para un cambio”.

Con base en este planteamiento, la siguiente tipología presenta las principales características de los agresores, las víctimas y los testigos silenciosos de cada uno de los casos investigados, para identificar las dinámicas establecidas en la naturalización y el ocultamiento del incesto:

1. Padre proveedor fuera de sospecha: en todos los casos estudiados, la figura del padre entra en la categoría de “proveedor fuera de sospecha”, ya sea porque está ausente trabajando para dar el sustento a la familia, porque hay otro que ocupa su lugar y, por lo tanto, tiene los mismos derechos que el padre biológico, o porque es el único que puede ser quien ocupa ese rol dentro de la dinámica familiar. Dentro de los expedientes se identifica un especial énfasis en esta función socialmente aceptada y esperada de esos padres biológicos o sustitutos, quienes lo único que intentan es sostener económicamente a sus familias a pesar de varias adversidades.
2. Madre luchadora por la unidad familiar: de igual manera, en todos los casos la figura materna se presenta como la conciliadora dentro de la dinámica familiar, que termina justificando las prácticas incestuosas con tal de

¹ Traducción de la autora.

mantener la unidad dentro del hogar, lo cual conlleva a que en los casos donde el agresor ha sido apresado, ellas mantengan una relación cercana con los agresores visitándolos en los centros de rehabilitación social.

3. Testigos silenciosos de los hechos: en todos los casos se presentan estos espectadores y espectadoras que conocen los hechos, pero no se atreven a exponerlos, pues la sensación de dejar de ocultar genera mucha angustia y, sobre todo, mayor desprotección de la que ya se encuentran viviendo.
4. Víctima considerada como malintencionada y culpable de la disolución familiar: al revelar el hecho “oculto”, genera una incomodidad que no puede ser sostenida en el núcleo familiar, lo cual permite que el agresor sea separado de este. Por lo tanto, se culpabiliza a la víctima y no al verdadero agresor por la disolución de la familia y la falta de sustento económico.

Por un lado, la anterior tipología muestra la violencia simbólica que se ejerce en los núcleos familiares priorizando las concepciones morales y los prejuicios sobre el rol que deben ocupar las mujeres “como si la feminidad se resumiera en el arte de empequeñecerse” (Bourdieu 2000, 43) y sostenerse en una familia. Por otro lado, resulta evidente el carácter transgeneracional que permite que estas situaciones de violencia se repitan en hijas cuyas madres han sido violentadas y no logran salir de ese tipo de relación.

Estas dinámicas están presentes en el discurso familiar y se fortalecen en el discurso legal, el cual además tiene el poder de sancionar, o no, este tipo de delito sexual, pero en la mayoría de las ocasiones no lo hace porque las lógicas familiares promueven la unidad frente a las denuncias de incesto. Explicados los factores que integran cada tipología, solo resta incluir otra clasificación que se desprende del discurso legal: la de víctima sin negación que se refiere a la aceptación de la evidencia tanto de parte de la familia como de las autoridades judiciales. A continuación, se presentan los casos.

Caso 1: padre proveedor fuera de sospecha

En este caso, encontramos una familia conformada por el padre, la madre y cuatro hijas. El padre ocupa el rol de proveedor y, por ende, jefe de hogar; este hombre tiene a cinco mujeres bajo su “cuidado” físico, psíquico, emocional y económico. La madre ocupa una posición de dominada en esta dinámica: no trabaja, depende económica y emocionalmente de su esposo a quien ha perdonado varias infidelidades, tiene malas relaciones con su familia de origen, está a cargo del cuidado de sus hijas y tiene una “buena relación” con ellas.

La hija mayor fue abusada sexualmente por su padre desde pequeña y de adolescente la violó repetidas veces. La segunda hija de igual forma ha sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre, pero al momento de la denuncia se retractó y apoyó incondicionalmente a su progenitor. La tercera hija al parecer también fue víctima de abusos sexuales por su padre, pero decidió no involucrarse en el caso: ella no dijo nada ni tampoco participó en ninguna de las diligencias que se deben realizar. La cuarta y última hija es aún pequeña, de 9 años, y expresa no haber sido nunca topada por su padre, más bien lo reconoce como un ser muy especial, cariñoso y respetuoso.

El padre fue declarado inocente a pesar de las pruebas que se presentaron y de que se mostraron las lesiones. Los argumentos para determinar la inocencia fueron que esa hija era muy libertina, que andaba por el mal camino y que su padre lo único que trataba de hacer era corregirla, por lo que, en su afán de venganza, ella había inventado toda esa historia.

Por lo tanto, en este caso puedo anotar, dentro de la tipología diseñada para el estudio, que el padre ocupa la posición de padre proveedor fuera de sospecha, la madre ocupa la de luchadora por la unidad familiar, las hermanas de la víctima, testigos silenciosos de los hechos, y la denunciante es considerada malintencionada y culpable de la disolución de la familia. La clasificación permite explicar la estrategia que esta familia emplea para ocultar el incesto.

Características de la denunciante

En este caso, la denunciante es la propia víctima, quien tuvo que esperar a cumplir los 18 años para hacer la acusación, pues una menor de edad no puede denunciar. En el juicio resultó difícil probar los hechos debido a que ya habían pasado tres años desde la última agresión. Esta chica salió de su casa a los 17 años para evitar las agresiones constantes de su padre, quien la vigilaba, la espiaba y la celaba mucho de sus amigos y amigas. Fue acogida por la familia de su novio, quien es ahora su esposo y con quien tiene un hijo.

Para ella todo este proceso fue largo, trascurrieron más de dos años desde que inició la denuncia penal, lo cual ha significado un desgaste físico, psíquico, emocional y hasta económico, pues los trámites que se deben realizar siempre tienen un costo. Hay que resaltar que, si esta joven no hubiera contado con el apoyo de la familia de su actual esposo, el juicio se hubiera detenido hace mucho tiempo; ellos han sido un pilar importante para que ella se mantuviera a la espera de una resolución.

Esta joven presenta algunos conflictos relacionados con su sexualidad, se siente poco atractiva, poco deseada y además no disfruta de los momentos de intimidad. A esto se suma el hecho de que se siente sola, apoyada por una familia que no es la suya y, además, muchas veces cohibida de opinar cuando algo no le gusta, pues sigue sintiendo que se encuentra en casa ajena y, por lo tanto, no tiene toda la libertad para expresar lo que verdaderamente siente.

Luego de conocer el veredicto de los jueces, ella sufrió una gran desilusión, ya que tenía muchas esperanzas de que su padre fuera sancionado por las leyes, y condenado por su madre y sus hermanas. Su madre nunca la apoyó, más bien siempre se puso del lado del padre aduciendo que su hija no decía la verdad, que se basaba en malos sentimientos y resentimientos albergados por no dejarla hacer su voluntad. Ella quedaba como la causante de que esta familia se hubiera disuelto, la valoraban como malintencionada y vengativa hacia la figura paterna alegando que este solo deseaba su bienestar. Además, ella perdió los lazos con su familia de origen que la abandonó y le retiró su apoyo, como manifestaron su madre y hermanas en la audiencia de juzgamiento.

La identificación como ‘la malintencionada y culpable de la disolución de la familia’ es el membrete que le han otorgado los jueces dejando de lado su historia y sus verdades, y ocultando que, dentro de esa familia, el padre violó una de las reglas sociales más importantes para la conservación de la sociedad: tuvo relaciones sexuales con una de sus hijas, sometiéndola a constantes maltratos.

Para esta joven resultó bastante difícil comprender que su padre le hiciera cosas incómodas y desagradables. Una de las constantes frases que esta chica repetía al hablar del tema era: “Cómo iba a saber que lo que me hacía mi papá, quien es el encargado de cuidarme, iba a estar mal, yo no podía entender por qué él me hacía lo que no me gustaba y pensaba que a las otras chicas también les podía pasar eso” (entrevista a Teresa, 2007).

Sin embargo, el discurso legal justifica su exclusión: es ella quien tiene que salir de la dinámica familiar, quien queda como mala hija, mala hermana y mala persona, quien es criticada, juzgada y además condenada a no tener una familia con la que contar. De igual manera, con su exclusión se legitima el ocultamiento del incesto ocurrido dentro del entorno familiar.

Caso 2: padre ausente

En esta familia el padre está ausente, no existe, la familia está compuesta por la madre, quien tiene problemas de alcoholismo, tres hijas y tres hijos. Las dos primeras hijas están casadas y tienen familias independientes, o sea, se han emancipado de la familia de origen. Uno de los hijos también está casado; los otros dos hijos son quienes ayudan a mantener a la familia, y la última hija, menor de edad (12 años), es quien fue violada por uno de sus hermanos solteros (20 años).

En este caso la víctima fue encontrada brutalmente golpeada por su hermano mayor, quemada con agua hirviendo y abandonada en un parque tras ser violada anal y vaginalmente. Las hermanas mayores acudieron a ayudarla y llevarla al hospital, el hermano que la agredió también fue ya que las hermanas mayores lo obligaron a ir; la madre en ese momento no aparecía. Cuando la chica recuperó el conocimiento, acusó a su hermano

de la agresión física y sexual; los antecedentes de este hijo muestran que ha tenido un comportamiento deshonesto, pues no solamente agredió a su hermana menor, sino también a su madre a quien además ha golpeado para conseguir dinero.

Según la tipología se podría decir que ese hermano es quien ocupa el rol de padre al ser uno de los proveedores de la casa. Pese a sus antecedentes violentos y su actitud agresiva frente a los otros miembros de la familia, ese hermano ocuparía el papel de padre proveedor fuera de sospecha. Si bien la madre, con serios problemas por el alcohol, fue quien puso la denuncia, no concebía que su hijo agrediera a su hija menor, iba a visitarlo a la cárcel y esperaba que todo se arreglara para que pudieran estar juntos. Por tanto, ella estaría en el papel de luchadora por la unidad familiar y la agredida otra vez representaría a la malintencionada y culpable de la disolución de la familia. En esta dinámica familiar, las hermanas mayores se constituyen en testigos silenciosos de los hechos.

Al igual que en el caso anterior, al agresor se lo consideró inocente y se le dio la libertad. En el juicio, los argumentos de defensa se centraron en que él lo único que hizo fue golpearla, porque ella estaba borracha, había llegado tarde a la casa y además ya había tenido relaciones sexuales consensuadas con su novio, por lo que él no fue el causante de las lesiones en las partes sexuales de la agredida. Otra vez se apoyaron en el recurso de la denuncia por venganza, por eso la chica acusaba a su hermano de que este la había violado, ya que él sabía la verdad y se lo iba a contar a todas las personas de su familia.

Características de las denunciante

Este segundo caso tiene como denunciante a la madre de la agredida, ella acude a la Policía, pone la denuncia en contra de uno de sus hijos y lo hace con mucho dolor. Esta madre, en cierta manera, es forzada a denunciar por los médicos del hospital que atendieron a la menor de edad, pues fue al personal médico a quienes la chica contó, en primera instancia, todas las agresiones que recibió por parte de su hermano mayor. El conocimiento

del hecho por personas ajenas a la dinámica familiar generó las presiones hacia la madre para que no dejara este caso en la impunidad.

Aun cuando la madre se convierte en la acusadora particular, no se podría hablar de un verdadero apoyo a la agredida, pues a pesar de que la progenitora nunca se negó a realizar las diligencias demandadas en este proceso, no aceptó la culpabilidad de su hijo. Para esta madre el encarcelamiento del agresor representaba un mayor sufrimiento que la violación de la adolescente que quedaba como la malintencionada y culpable de la disolución de la familia.

Otra vez el discurso legal, al determinar la inocencia del hermano y expresar comentarios ofensivos sobre la menor de edad, culpabilizó de los hechos a la chica y puso énfasis en su “mala conducta: tomaba, llegaba tarde y tenía relaciones sexuales con su novio consentidamente”. Con esa retórica la deslegitimaban para iniciar un proceso judicial, mucho menos culpar a un hermano que lo único que intentaba era enmendar su camino (estos argumentos fueron expuestos por los jueces en la audiencia de juzgamiento).

Caso 3: tío sustituto

Esta familia está constituida por el padre, la madre, cuatro hijas y un hijo, quienes viven juntos y aparentemente sin grandes problemas. En esta familia existía un personaje muy importante –un tío paterno de 59 años de edad– quien ocupaba el lugar del padre proveedor fuera de sospecha debido a que, como los ingresos del padre de familia no eran suficientes, este tío asumía varios gastos de manutención de sus sobrinas y sobrino. Como tenía una leve discapacidad en una de sus piernas, necesitaba ayuda para poder desplazarse o realizar determinados movimientos, con lo cual tampoco levantaría sospecha de que fuera una persona que pudiera agredir a otra.

La madre de esta familia no trabajaba, cuidaba a sus hijas e hijo, y ayudaba además con la crianza del nieto –hijo de su primera hija–. Para esta señora lo más importante era la unidad familiar y que todos se “lle-

ven bien”, aunque según su testimonio, el carácter fuerte de su esposo se convertía en un impedimento y generaba que todos en la casa le tuvieran miedo. La madre entraría en la categoría de luchadora por la unidad familiar, pues para ella la familia es “lo más sagrado”². Ella también aceptaba con agrado a su cuñado, quien apoyaba con los gastos de la casa a cambio de que sus hijas le ayudaran con algunas labores que él realizaba en su taller de instrumentos musicales.

La hija menor a los 12 años quedó embarazada de este tío, quien había abusado de la niña desde hacía tres años. Aparentemente las otras dos hermanas mayores también habrían sido víctimas de abusos sexuales. La hermana mayor luego de saber que la chica estaba embarazada, se suicidó dejando a su hijo huérfano –existen dudas sobre el padre del niño quien podría ser hijo del mismo tío–. Las hermanas, además de haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su tío, también se convirtieron en testigos silenciosos de los hechos ocurridos con la hermana menor, quien iba a cuidarlo de la misma manera que ellas lo hicieron y donde fueron abusadas sexualmente. La implicada en esta denuncia está categorizada como la víctima sin negación de este caso de incesto, no identificado como tal, pero que sentenció al tío paterno a 25 años de reclusión por el delito de violación y abuso de confianza de manera maliciosa.

Característica del denunciante

El padre de la chica, acude a las autoridades manifestando su indignación por el abuso de confianza de su hermano y la culpa que siente por no haberse percatado de que todas sus hijas habían sido abusadas sexualmente por el mismo familiar. De cierto modo se ve forzado a denunciar porque los hechos salen a la luz cuando su hija menor aparece embarazada y su hija mayor se suicida, por tanto, ya no podía evadir la responsabilidad de iniciar el proceso legal. En una entrevista –debido a la asistencia terapéutica que brindé a su hija menor–, el papá expresó que él hubiera preferido dejar

² Entrevista con la señora.

las cosas como estaban pues ya tenían demasiado dolor como para seguir enfrentando más problemas.

A la niña implicada en este caso le resultaba muy difícil comprender que una persona de confianza, que se portaba bien con ella, que la trataba con cariño, que le decía que la quería, que la cuidaba, que le daba regalos y la ayudaba cuando tenía problemas, le estaba haciendo daño al obligarla a hacer cosas que no debía. En varios informes de investigaciones psicológicas, sociales y policiales, manifestó: “Cuando yo tenía 10 años me enamoré de XXX, que es mi tío, y tuvimos relaciones sexuales con mi consentimiento y ahora me encuentro embarazada de tres meses. Yo lo perdono por lo que hizo”.³

Lo anterior evidencia, de manera muy clara, una de las estrategias utilizadas por los agresores cuando son parte de la dinámica familiar: los procesos de enamoramiento y erotización de las víctimas para poder perpetrar la violación por largos períodos de tiempo sin ser acusados.

Caso 4: la familia “perfecta”

La familia de este caso está constituida por un padre y una madre que mantienen una compleja relación de pareja que, desde el inicio, incluyó diferentes tipos de violencia. También existen varios antecedentes de infidelidades cometidas por el padre y la madre de esta familia. Tienen tres hijas y dos hijos, de los cuales las dos mayores están casadas y tienen hijos. Los otros tres hijos se encuentran estudiando en el colegio. El padre es el proveedor principal de la casa, pues mantiene un trabajo con ingresos fijos, y es el responsable de los mayores gastos de esta familia. La madre también trabaja, pero percibe ingresos bajos que no le permitirían sostener sola la economía familiar.

En una visita del Centro de Salud a su colegio, la hija menor de esta familia presentó muestras físicas de violación sexual. Al confesar que el autor de estas violaciones era su padre, y que lo hacía desde hace varios años, llamaron a la madre de la niña y se inició un proceso legal.

³ Psicóloga de la Fiscalía, extracto del informe psicológico pericial, 2008.

En este caso, otro hecho agrava aún más la situación: la agredida mencionó que su hermano mayor, es decir, el cuarto hijo, también había abusado sexualmente de ella, lo cual complejiza la dinámica de esta familia. La madre estaba preocupada por que se iniciara un proceso legal en contra de su hijo, pues no quería que este fuese encarcelado, y en ese momento la madre entraría en la categoría de luchadora por la unidad familiar. El padre estaría tipificado como proveedor fuera de sospecha, y los hermanos y hermanas encajarían en la tipología de testigos silenciosos de los hechos.

En este caso, la agredida estaría considerada como víctima sin negación, sin embargo, en los testimonios de los hermanos, especialmente del cuarto hermano, expresaba que “ella misma tendría la culpa porque iba donde su padre sin que nadie le llamara ni le dijera nada” y según las otras hermanas “ella tuvo la culpa por no decir a nadie lo que le estaba pasando, tenía que contarnos para poder hacer algo al respecto”.⁴ Aquí se evidencia la culpabilización de la víctima y no del agresor o agresores, pues en el discurso la culpa no recae sobre los verdaderos culpables.

Aunque existían indicios de que el progenitor había intentado abusar sexualmente de sus otras dos hijas mayores y se sospechaba también que había abusado sexualmente de su cuarto hijo, quien era el que más lo defendía, tales hechos no fueron esclarecidos en el proceso. No obstante, por el caso de la hija más pequeña, el padre fue sentenciado a 20 años de reclusión mayor.

Características de la denunciante

En este caso quien realiza la denuncia es la madre, una mujer que ha sido víctima de reiterados abusos y agresiones por parte de su esposo desde que iniciaron su relación de enamorados. Ella, además, manifestó que la primera relación sexual que mantuvo con su esposo fue a la fuerza y con golpes, de ahí que cuando se enteró de la violación de su hija acudió sin duda a poner la denuncia, a pesar de que esto implicó que se quedara sin la persona que mantenía económicamente el hogar.

⁴ Entrevistas realizadas en el CEPAM, 2008.

Sin embargo, cuando se hablaba de la violación de su cuarto hijo a su hija menor, la madre lo único que pedía es que no se iniciara un proceso legal contra él, pues a ella le preocupaba mucho que fuera a la cárcel y que se destruyera la familia. Lo que intentaba esta mujer era ocultar otro tipo de incesto que también había ocurrido en el seno de su familia, y así mantener juntos a los que quedaban –quienes fueron parte de esta dinámica de violencia y vulneración–.

Debido a las agresiones que recibió por parte de su esposo, la mujer no dudó ni un segundo de los hechos ocurridos con su hija y acudió a poner la denuncia en la Fiscalía General del Estado. Lo problemático para esta madre recayó en asimilar que uno de sus hijos estaba implicado en la agresión. Por un lado, es la mujer que busca sancionar el incesto como hecho prohibido y, por otro, es la madre luchadora por la unidad familiar que lo oculta, lo cual le ocasiona conflictos y mucha inestabilidad emocional.

¿Qué se legitima en el discurso legal sobre estos casos de incesto?

Como se puede observar en los casos analizados, existe, en primera instancia, la necesidad de recuperar la familia, su institucionalidad y las lógicas internas desde posiciones acriticas ante los roles de las personas del entorno familiar que han sido agresoras o testigos silenciosos. Otra de las constantes en cada una de estas historias ha sido encontrar a la figura masculina fuera de sospecha, por ser la persona que provee económicamente o quien, a través del dinero, ha conseguido una posición de poder privilegiada en el interior de las dinámicas familiares.

Una de las estrategias utilizadas por los abogados para analizar estos expedientes es la descalificación de la integridad moral de las agredidas, atribuyéndoles un grado de responsabilidad sobre los delitos. Este proceder, de cierta manera, desvirtúa la condición de víctimas y posiciona a las niñas y adolescentes como culpables de estos hechos.

Los argumentos dejan ver, entre líneas, las manifestaciones de la violencia de género visible en la propia violencia simbólica que deslegitima a las víctimas por el simple hecho de ser mujeres, pues no se hace énfasis en que

“en el caso del padre, tío, hermano mayor”, ellos son los adultos que tienen la responsabilidad de garantizar seguridad y protección. “Mediante el ejercicio de esta forma de violencia, el agresor arrasa con los derechos de niños y niñas, esa protección y ese amparo que son la garantía de la integridad física y mental en la infancia” (Velásquez 2003, 194). Otra particularidad es que además este tipo de violencia ocurre la mayoría de las veces a niñas y adolescentes, y que los agresores en todos los casos registrados son hombres. Por ello, “el incesto se ejerce en proporción llamativamente mayor en contra de las niñas que contra los niños, de 2,5 a 4 niñas por cada varón” (Finkelhort citado en Velásquez 2003, 194).

Tras analizar los casos, se puede concluir que en la sociedad quiteña existen varias estrategias que naturalizan el incesto, y estas están presentes en dos de los discursos predominantes: el familiar y el legal. El bienestar de la familia prioriza “la unidad” y la satisfacción de las necesidades básicas de sus habitantes; deja los temas relacionados con el ejercicio de derechos invisibilizados y en un segundo plano de importancia. Los discursos legales generan condiciones de alto riesgo para las víctimas, pues sobreviven en ambientes junto a los agresores por largo tiempo.

Las víctimas han sido vulneradas en todos sus derechos, sexuales y reproductivos, ya que son obligadas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, y no reciben información oportuna y eficiente sobre la salud sexual. En algunas ocasiones, como resultado de estas relaciones abusivas, se presentan embarazos no deseados, desertan del sistema educativo (lo que representa una dificultad para acceder a mejores oportunidades laborales futuras), su proyecto de vida se ve afectado y en nuestra sociedad son forzadas a ser niñas/madres.

Las acciones para prevenir y atender los casos de incesto deben generar respuestas intersectoriales e inmediatas. El incesto debe ser tipificado como un delito sexual que conlleva graves consecuencias para las víctimas, porque son hechos que suceden en el entorno familiar donde el agresor es muy cercano, y debe ser castigado de acuerdo con esas agravantes. Solo así podrán las víctimas nombrar el incesto como violencia y vulneración de los DSDR. No les será necesario mantener ese silencio primordial como una forma de expresar algo tan doloroso.

Referencias

- Barudy, Jorge. 1998. *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Butler, Sandra. 1996. *Conspiracy of silence: the trauma of incest*. California: Volcano Press.
- CNIIT (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional). 2018. “Datos y cifras actuales sobre la violencia contra niñas, niños y adolescentes en el Ecuador”. https://issuu.com/cnna_ecuador/docs/violencia_contra_nna_ec2018_cnii
- Fischman, Yael. 2000. *Mujer, Sexualidad y Trauma: desde emociones, erotismo y problemas médicos, hasta maltrato, violencia sexual y política*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- González, Carolina. 2006. “El incesto padre-hija en Chile rural durante el siglo XIX: entre violencia sexual y la seducción”. En *Mujeres, familia y sociedad en la historia de América Latina, siglos XVIII-XX*, editado por Scarlett O’Phelan y Margarita Zegarra, 193-220. Lima: Editorial Centro de documentación sobre la mujer (CENDOC).
- Héritier, Françoise, Boris Cyrulnik, Aldo Naouri, Dominique Vrignaud, y Margarita Xanthakou. 1995. *Del incesto*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kovadloff, Santiago. 1993. *El silencio primordial*. Buenos Aires: EMECÉ.
- Lévi-Strauss, Claude. 1949. *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Velásquez, Susana. 2003. *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Caminos y huellas de las maternidades y sexualidades: hacia una reflexión de la etnografía del hacer*

Mercedes Prieto

Sherry Ortner (1984) sostuvo, hacia fines del siglo XX, que en la antropología estaba surgiendo un nuevo “símbolo” que permitiría mantener unificados sus distintos y amplios campos de estudios: la práctica. Efectivamente, la observación de la práctica se mantiene hoy en día como una de las virtudes de la antropología que permite poner a prueba asertos o conceptos y fundar teorías.¹ En este marco, la etnografía muestra una de sus potencialidades: su capacidad para recuperar el hacer de actores y sujetos, el hacer de la gente común.

Una manera particular de recuperar este hacer es observando, en diversos escenarios, el caminar de los sujetos en busca de los sentidos culturales. Tim Ingold ([2011] 2015) plantea que el movimiento y las múltiples sociabilidades que se establecen en los trayectos del caminar constituyen la manera de hacer la vida y recrear la cultura. En efecto, las personas caminan bosques, campos, instituciones, ciudades, fronteras y comunidades; encuentran paisajes y recursos; interactúan con gentes diversas y hacen la vida; negocian y resuelven urgencias y placeres; inscriben, en estas rutas, huellas sutiles de sentidos y dominación.

* Una versión de este texto fue publicada en *Trabajo de campo en América Latina. Experiencias antropológicas regionales en etnografías*, coordinado por Rosana Guber, Cornelia Eckert, Myriam Jimeno y Esteban Krotz, Buenos Aires, SB editorial, 2018. La presente versión ha sido aprobada por la autora.

¹ El sobreuso del término etnografía ha suscitado una importante reflexión sobre la necesidad de reponer el quehacer de la antropología como el de una disciplina unificada con la etnografía (Ingold [2014] 2017).

En esta reflexión sobre la etnografía del hacer tomo, como acceso y objeto, a las maternidades y sexualidades en Quito y en comunidades quichuas serranas de Ecuador. Exploro la interfaz entre mujeres diversas e instituciones de salud para trazar las rutas, huellas y negociaciones de las maternidades. Argumento cómo la etnografía del hacer no solo da cuenta de los modos en que se urden, instituyen y viven las maternidades, sino de las tensiones, negociaciones y disrupciones de las múltiples maternidades que conviven con una suerte de maternidad heterosexual obligatoria o forzada, encarnada en las instituciones de salud. Esta heterosexualidad, a la vez, está tejida con un modelo biomédico materno. La etnografía del hacer se presenta como una manera de capturar la agencia de los sujetos y la negociación de la dominación basada en consideraciones de género.

La reflexión se basa en mi experiencia como profesora de varias generaciones de estudiantes interesadas en asuntos de género y de sexualidad, pero también en la agenda pública y política de las mujeres. En los talleres de investigación de tesis, llevados a cabo en los inicios del siglo XXI en el campus de Quito de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Ecuador), se realizaron etnografías en diversos escenarios para entender algunos vínculos entre las instituciones de salud y la vida de mujeres diversas. Los lazos sociales estudiados se localizan en una suerte de “zona de contacto” (Pratt [1992] 2010): la interfaz entre sujetos, actores e instituciones establecida en el camino de las mujeres hacia la maternidad, contempla también la posibilidad de interrumpir el embarazo y la “sanación” del lesbianismo.

Se entiende, en este sentido, que los caminos a las maternidades tienen desvíos que pasan en ocasiones por el aborto y en otras por la normalización de formas de sociabilidad homosexuales. Una vez que he precisado los caminos en torno a las maternidades, discuto los procedimientos metodológicos relativos al consentimiento, al caminar y mapear las instituciones, a las sociabilidades en las zonas de contacto particulares, para finalmente reflexionar sobre la etnografía del hacer desde las mujeres y las formas que adquiere la dominación de género bajo la consideración de la indeterminación de género planteado por Cristina Palomar (2016). Basada tanto en las tesis como en los artículos de las secciones segunda, tercera y cuarta de

esta obra, ilustro el proceso de “coproducción de conocimientos” (Ingold [2014] 2017, 156) entre diversas personas: profesora, alumnas, mujeres del común, directivos y personal de los centros de salud.

Las maternidades como objeto etnográfico

Las maternidades han sido un viejo tema de la antropología y de otras ciencias sociales que inspiran el trabajo etnográfico. Diversos accesos dan cuenta de su relevancia para las mujeres en referencia a su ciclo vital, a sus sexualidades, identidades y a su acción pública y política. Un acceso privilegiado por una tradición antropológica descriptiva ha sido ver la maternidad como parte de los ciclos de vida, de los ritos de pasajes y de las biografías de las mujeres (por ejemplo, Parsons 1991; Mead 1984). Esta tradición diferenció la biología de la reproducción de la maternidad, la cual tiene sentidos culturales e históricamente situados. Al mismo tiempo, propuso la universalidad de la procreación en distintos grupos humanos y contextos históricos, a través de un esfuerzo de traducción cultural de las maneras particulares de afrontar la maternidad.

En América Latina, varios estudios han subrayado la importancia de las maternidades en las identidades femeninas de fines del siglo XX (Cuví y Martínez 1994) y en los movimientos de mujeres tejidos con una suerte de maternalismo cívico (Molyneux 2003). Estudios etnográficos analíticos han subrayado las complejas relaciones entre la maternidad, la pobreza y la subjetividad de las mujeres (Scheper-Hughes [1993] 1997) han revelado un sentido materno del dolor por la prematura muerte de la prole y han cuestionado el impacto de la biopolítica en la población de zonas marginales. Se abre así un fértil campo de estudio en torno a las preocupaciones estatales por las maternidades y las pulsaciones sexuales y, con ello, el interés por los vínculos de género en la misma lógica de la formación del Estado (Htun 2003; Mannarelli 2017; Prieto 2017).

En esta línea, en algunos estudios se han abordado las historias de las intervenciones estatales pronatalistas (Mannarelli 1999; Guy 1998; Clark 2001; Mooney 2009) que derivaron, entre otros aspectos, en la instalación

del parto biomédico en las instituciones de salud, para garantizar la vida de la prole y, en menor medida, de las mujeres de diversas clases sociales localizadas en las ciudades. Asimismo, algunas investigaciones han indagado sobre la implementación de políticas antinatalistas a través del uso de métodos anticonceptivos (Felitti 2008; Necochea 2016) y, en muchos casos, de mecanismos de delegación estatal para actuar en contextos mayoritariamente católicos.

Los debates contemporáneos en torno a nuevos códigos de salud, que consideran asuntos de aborto y de la ética comprometida en la atención de la salud, revelan la búsqueda de una mayor autonomía de los cuerpos de las mujeres (Araujo y Prieto 2008; Campagnoli 2008; Darré 2008; Rostagnol 2008). Asimismo, la maternidad ha sido un campo relevante para atender las relaciones entre género, etnicidad y la formación del Estado en lugares alejados de las ciudades y con población racial y étnicamente heterogénea (Prieto 2015).

En general, estas aproximaciones aportan al objeto etnográfico pruebas tales como la pluralidad de sentidos de la maternidad y sus procesos de construcción social; los sutiles mecanismos de la obligatoriedad materna para las mujeres, que otorgan una aparente centralidad en sus vidas y en su acción pública en América Latina; los complejos vínculos entre maternidades y formación de los Estados y de las naciones, entre otros aspectos. Al mismo tiempo, abren una serie de interrogantes sobre la construcción y los caminos hacia el parto y las maternidades, el uso de mecanismos de persuasión, disciplinamiento y violencia en el control de las pulsaciones sexuales y en la fabricación de la maternidad por parte de los centros de salud, y las maneras de navegar estas constricciones por parte de las mujeres del común.

Bajo estas inquietudes y en el marco de los talleres de tesis antes indicados, las estudiantes realizaron etnografías en escenarios institucionales donde se apela a las maternidades o entre grupos de mujeres que buscaron lugares de atención de salud. En ambos casos se intentó mirar las maternidades como parte de la formación de los Estados al explorar la construcción de sujetos y cuerpos maternos, y el contacto entre las mujeres y las instituciones de salud. En estos ejercicios se rastrearón las maternidades y las sexualidades como un campo de conflictos y amenazas, como un objeto a través del cual se viven dinámicas contestarias, pero también de dominación.

Las estudiantes investigaron estos distintos temas en hospitales públicos, centros de salud y de sanación públicos y privados; en varias de las tesis se basan algunos de los artículos compilados en este libro. En la segunda parte, por ejemplo, aparece el análisis de Cristina Rosero sobre las disímiles rutas en la búsqueda de un aborto, acción penalizada por el sistema judicial ecuatoriano, un debate que persiste en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador. También María Rosa Cevallos se concentró en esta temática, pero específicamente en la atención de los abortos en curso en un hospital público y las estrategias de maternización y dolor que se emplearon como castigo a quienes decidieron abortar.

Asimismo, varias tesis se enfocaron en asuntos relativos al pluralismo médico y la violencia obstétrica (Vásquez 2013), en el parto comunitario y el parto culturalmente adecuado, como muestran los trabajos de Patricia Baeza y Paulina Quisaguano, y en la maternidad adolescente, a la cual Soledad Varea analizó desde las nociones de autonomía y agencia. Los escritos de las tres últimas autoras conformaron la tercera sección de esta obra: “Maternidades en disputa”.

También exploraron formas de disciplinamiento y control de las pulsaciones sexuales (Quintana 2010) y siguieron las rutas de lo que algunos centros de salud de carácter religioso llaman la “sanación de la homosexualidad”, concebida como adicción. Estos procesos de “sanación” aparecen como intentos de mostrar un itinerario que garantice ya sea la maternidad o el celibato femenino. Así lo evidencia el artículo de Annie Wilkinson, que consta en la cuarta parte de esta compilación.

Los temas seleccionados por las autoras estuvieron informados por teorías feministas y antropológicas, así como por la agenda pública de las mujeres y por las curiosidades de cada investigadora. Del mismo modo, los intercambios en los talleres y las relaciones entre las distintas personas involucradas en cada estudio definieron los procesos colaborativos de producción de conocimientos. Estos estuvieron marcados por asuntos éticos relativos al consentimiento de la investigación y la participación de distintos colaboradores en ella, en el diseño de estrategias metodológicas e instrumentales y en la difusión de los resultados.

La complejidad del consentimiento: hacia una coproducción de conocimientos

De distintos modos, las etnografías son procesos colaborativos de producción de conocimientos. La coproducción de conocimientos requiere de acuerdos entre las diversas partes involucradas; en nuestro caso, entre mujeres, instituciones, estudiantes y profesora. El carácter de los temas abordados en los talleres nos desafió a repensar los procesos de consentimiento para la realización de las investigaciones, para la colaboración en el trabajo de campo y para la realización de la observación, las entrevistas, mapas, biografías y otros procedimientos instrumentales; también para la escritura y difusión, más allá de los procesos habituales de “consentimiento informado” que exigen algunas unidades académicas y algunas instituciones de salud.²

Blanca Muratorio (2005) alerta sobre los asuntos éticos comprometidos en el trabajo etnográfico y propone considerar al menos dos dimensiones en el consentimiento para acordar formas colaborativas en la producción de conocimientos. De un lado, apunta la necesidad de capturar el sentido que el trabajo etnográfico y la confección (en su caso) de historias de vida acarrea para nuestros socios y socias, y con base en ello elaborar un enfoque colaborativo de la investigación. De otro, plantea establecer un sentido de coetaneidad, según la propuesta de Fabian (1983), en la conversación entre antropólogo y socios para evitar su representación alterna e inferiorizada y un uso autoritario e inconsulto de estas historias.

Sin embargo, ¿qué pasa cuando el consentimiento está mediado por las instituciones? ¿Y qué pasa cuando, además, los temas abordados proponen una mirada crítica de las instituciones a las cuales estamos pidiendo colaboración, como las estudiadas? Frente a ello podríamos haber hecho una investigación encubierta, o bien negociar nuestros fines con verdades a medias. En su clásico trabajo sobre el tráfico de órganos, Nancy Scheper-Hughes (2004) optó por una etnografía encubierta debido a las condiciones de violencia e

² Nos referimos a los procesos de leer a quienes colaboran con la investigación un enunciado del propósito de esta y un compromiso de confidencialidad, los cuales deben firmar si están de acuerdo con colaborar en el estudio.

ilegalidad de esta actividad. Pero ¿es esta una salida adecuada en instituciones establecidas con las cuales convivimos? Nos preguntamos, por ejemplo, si optamos por una alternativa encubierta, ¿qué pasaría con quienes dieron sus testimonios cuando los resultados de la investigación fueran difundidos?, ¿correríamos el riesgo de ser denunciadas?, ¿cómo pedir el consentimiento a las mujeres en sus caminos hacia la maternidad o el aborto, que es ilegal en el país?, ¿cuáles eran los derechos que debíamos proteger? Efectivamente, algunos de los escenarios y temas explorados en los talleres eran, y aún son, declaradamente ilegales o bien hablan de acciones lesivas y contrarias a los derechos de las mujeres y se sitúan en perspectivas éticamente ambiguas. En este marco, nos preguntamos: ¿cómo nos presentamos en esos entornos?, ¿cómo presentamos los propósitos de nuestra investigación?

Nuestras discusiones respecto a estos temas nos condujeron a incorporar dos procedimientos para negociar el consentimiento, tanto institucional como individual. De un lado, la formación de unos pequeños comités de ética en casos en los cuales los temas abordados aludían a la ilegalidad o a la franca violación de los derechos de las mujeres; y, de otro lado, concebir y trabajar el consentimiento como un proceso en el tiempo. Los pequeños comités (ver por ejemplo Wilkinson 2013, 15-16) conformados por personas de reconocida trayectoria profesional en el campo de la ética y comprometidas con la agenda pública de las mujeres asistieron a las estudiantes en las decisiones respecto a cómo presentarse y presentar la investigación, a las preguntas por formular, a cómo manejar la confidencialidad de quienes colaboran, entre otros aspectos, bajo el cometido y el discernimiento de qué derechos debían resguardarse: ¿el de la institución?, ¿el de las personas del común? Se optó por privilegiar los derechos de las personas con menor capacidad de incidencia pública; y, a su vez, se usó como rasero de las decisiones, la agenda pública de las mujeres. Las decisiones fueron registradas en los diarios de campo e hicieron parte de la dinámica de la producción de conocimientos, pese a que ello no era requerido por ninguna instancia académica o institucional. Se pretendía, así, garantizar la seguridad y las buenas prácticas en la investigación.

La noción de entender y prever el consentimiento como un proceso y no como un momento de inicio en la investigación fue un aprendizaje

derivado de la búsqueda de un lugar desde donde observar y hacer la etnografía; justamente, de precisar el lugar desde el cual se realizaría la observación participante. Esto, en algunas ocasiones, confundió a colaboradoras y colaboradores. Tal es el caso de una estudiante a quien el hospital público donde investigó sobre las maternidades adolescentes, le asignó un trabajo en los archivos que contenían las fichas médicas de las pacientes. Este acceso a información privada (permitido por la institución) no fue consentido explícitamente por las futuras madres. Como el hospital le entregó una bata o delantal blanco, similar al usado por el personal médico, ella tuvo acceso no solo a información administrativa y médica, sino a las voces de las pacientes, quienes tuvieron dificultades para discernir que ella estaba realizando una investigación sobre temas delicados de sus trayectorias sexuales y que no era una funcionaria regular del hospital. En este caso, en el transcurso de la escritura de los resultados de investigación, se debió hacer un proceso de consentimiento *ex post*. Ello se conjugó con una estrategia metodológica orientada a seguir a las madres jóvenes en sus caminos hacia los hogares, lo que facilitó realizar un consentimiento en el tiempo.

Asimismo, los procesos de consentimiento, en algunos casos, se extendieron a la escritura y a la autorización de la publicación de varias de estas tesis. Así, el proceso de negociación con colaboradores e instituciones no solo implicó acordar la participación en la investigación, también las maneras de hacer públicas sus voces, muchas de ellas críticas a las instituciones de salud y controversiales respecto a la vida de las mujeres. En este sentido, inscribimos nuestro quehacer en una perspectiva pública y política.

Efectivamente, las etnografías fueron concebidas como una intervención académica y política, inspirada en la agenda de las mujeres y que contornea la manera de producir conocimientos, aspecto resaltado por antropólogos feministas y chicanos (Rosaldo [1993] 2000; Hernández y Ter-ven 2017), y que recoge las prácticas de la investigación-acción instaladas en la región hacia inicios de 1970 (Rappaport 2018). Postulamos, de esta manera, que los procesos de consentimiento y de conocimiento tienen un carácter eminentemente político. Esta politicidad, a su vez, ha sido destacada como el distintivo de los estudios feministas de la región, los cuales se localizan entre los imperativos propuestos por la academia, el Estado y el

activismo de las mujeres (Arango y Puyans 2007), lo cual confronta la necesidad de hacer complejos balances que den sentidos y relevancia pública a los estudios feministas y de género.

El caminar y los sentidos: rutas, instituciones y mapas

El caminar y la elaboración de rutas y mapas permitieron seguir el hacer como un “seguir la cosa”, el objeto de estudio (Marcus [1995] 2001), y con ello pensar en los procesos móviles de construcción de los sujetos maternos junto con los desvíos de la maternidad y la regulación sexual. Esta movilidad posibilitó estudiar varios nodos o instituciones relevantes de la vida de los sujetos y socios de la investigación, sus encuentros y lazos sociales con diversos agentes, e intentar un análisis intertextual, una suerte de “descripción densa” (Geertz [1973] 1987). Los esfuerzos de entender el caminar buscaron interpretar los sentidos de estas sujeciones tanto para las instituciones como para actrices y actores de los caminos. Esos sentidos fueron pensados como un campo de significados cuyas fronteras son flexibles y se hacen constantemente (Merleau-Ponty 1977).

El caminar hacia adentro y hacia afuera de las instituciones de salud y sanación fue una de las maneras usadas para capturar el hacer de las mujeres (y en algunos casos, de hombres). En varias tesis, el lugar de inicio del camino fueron las instituciones; en otras, fueron grupos o comunidades de mujeres. En el primer caso, el caminar estuvo enriquecido por la elaboración, con los y las participantes, de las rutas seguidas antes o después de llegar a las instituciones. En esta perspectiva, por ejemplo, se trazaron las rutas hacia el aborto y las maternidades en Quito. Asimismo, se siguió a las mujeres después de su paso por los centros de salud, en sus rutas hacia los hogares; y los caminos de una pretendida salida de las prácticas homosexuales. En el caso de grupos de mujeres, también se trazaron las rutas usadas hacia el aborto en Quito o bien hacia la maternidad desde comunidades quichuas de la Sierra, alejadas de los centros urbanos.

Estas rutas se elaboraron de distintas maneras: a través de la reconstrucción y evocación de las propias colaboradoras, de los caminos seguidos

hacia un deseo; del acompañamiento de la investigadora a las socias por las rutas hacia un nuevo lugar –la familia–, o hacia un nuevo estado –la sanación de la homosexualidad–. Examinemos, a modo de ejemplo, una de las rutas de “sanación” y de regulación de la homosexualidad estudiada por Annie Wilkinson (2013, 76-134).³ Su punto de partida es un ministerio cristiano transnacional llamado Camino de Salida, nodo institucional que fue historiado, conectado y observado para precisar sus vínculos con redes transnacionales, sus fines y búsquedas, a partir de su autodefinición como un movimiento exgay, aspectos que informan sus prácticas de reparación. Estas son metódicas, intencionales, “legales” y combinan dimensiones científicas y bíblicas, sustanciadas en grupos de oración, terapias reparativas grupales y en consultas psicológicas privadas. La institución argumenta que la homosexualidad es un pecado, una desviación psicológica y espiritual y que es posible el cambio.

En este caso, Wilkinson se concentró en los caminos de salida de la homosexualidad bajo el punto de vista de la institución y de personas sanadas por sus prácticas. Después de observar el ministerio, con base en las voces y documentos institucionales, realizó una exploración de los procesos de salida narrados por los y las colaboradoras, en los cuales resaltan los lazos sociales religiosos y familiares, la sublimación espiritual y un camino hacia el celibato como expresión de la santidad a través de la persuasión y la interiorización de la disciplina como mecanismo de poder. Se complementó la información individual con la observación de las acciones grupales de reparación que ayudan a estabilizar la sanación. El resultado y los sentidos del camino de salida de la homosexualidad, tanto para la institución como para aquellas personas que los evocaron, es la producción de un “homosexual sanado”, que es presentado por grupos cristianos y por los mismos actores como un trofeo político en medio de las disputas por la ampliación de los derechos de las comunidades LGBTI. De esta manera, el camino, y la exploración de los vínculos entre institución y colaborador permitió establecer un análisis de los sentidos políticos de los caminos de salida.

³ Existen varias rutas de regulación de la homosexualidad. De un lado, los centros de rehabilitación que tratan la homosexualidad como adicción y, de otro, los centros de sanación. Los primeros trabajan con formas más o menos punitivas y los segundos, con la persuasión.

En el caso de las madres adolescentes de Quito, Soledad Varea (2008, 51-81), cuyo artículo aparece en la tercera parte de este libro, las siguió desde el hospital materno hacia sus hogares, con el propósito de entender los sentidos de una maternidad prematura estigmatizada. Tras estudiar un programa de atención a madres adolescentes en el hospital con base en documentos y entrevistas a personal médico y de apoyo, se enfocó en las experiencias de las madres jóvenes (tanto en sus experiencias con el programa como en sus vivencias familiares). En esta última dimensión, la reconstrucción de los caminos hacia el hogar, a través del acompañamiento por parte de la estudiante, se abrió a las voces y al hacer de las jóvenes para organizar la vida familiar –dinámica entre miembros, provisión de recursos y cuidados, por ejemplo– y de sus trayectorias sexuales que, en ocasiones, develaron la violencia del incesto como un componente de su construcción materna.

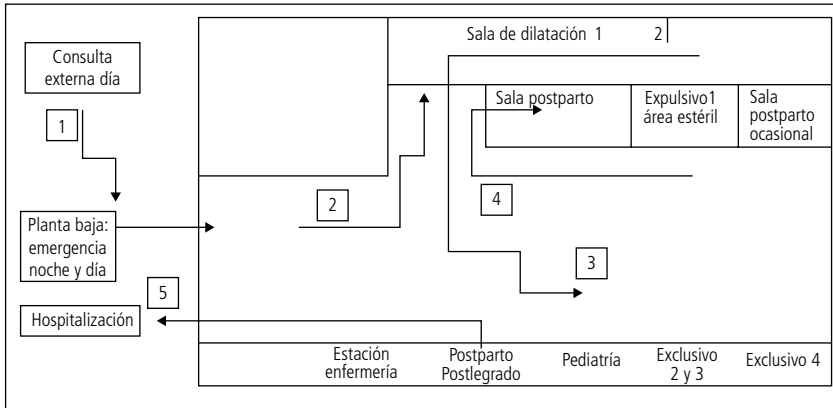
Varias jóvenes, a través de la maternidad, parecen huir de la familia de origen y construyen nuevos tipos de familias, “familias bricolajes”, en donde transforman la maternidad estigmatizada en un mecanismo de ciudadanía y reconocimiento social. Desde la movilidad y los caminos a casa, Varea pudo recuperar las tensiones entre el programa materno adolescente, las familias y las propias jóvenes, para luego interpretar los sentidos que las jóvenes otorgan a su maternidad precoz.

Junto al trazado de las rutas se realizó un esfuerzo por caminar y observar las propias instituciones de salud y sanación: el hospital especializado en atención a los partos y el centro de sanación regentado por el consorcio de iglesias evangélicas, ya aludidos, un centro de salud y un hospital que atiende a mujeres quichuas del medio rural. Los lugares fueron caminados por las investigadoras, solas y en unión de colaboradoras y colaboradores.

A continuación, un ejemplo del caminar de las mujeres en el hospital público materno. Dos estudiantes trabajaron en el mismo hospital público especializado en la atención de partos. Una de ellas se concentró en la ruta hacia la maternidad y la otra, en la ruta hacia los legrados debidos a abortos en curso; cada una trazó el movimiento interno seguido por las mujeres en la institución, y confeccionó diagramas (mapas 1. y 2.).

En la ruta hacia la maternidad, después de la hospitalización, se pasa por la sala de dilatación, de expulsión, de posparto y hay una conexión con

Mapa 1. Trayecto de las parturientas



Fuente: Vázquez 2013, 52.

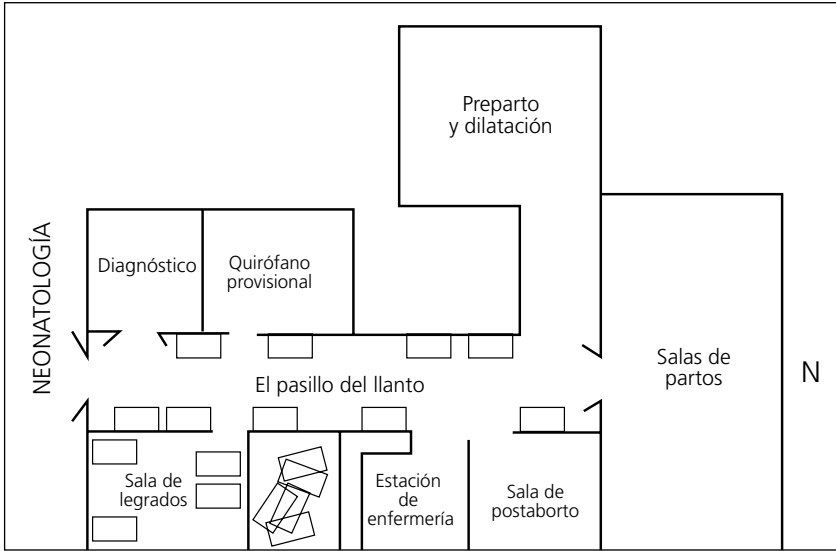
el área neonatal (mapa 1.). En esta ruta se detectó una serie de prácticas forzadas, que dan cuenta de formas de regulación materna con base en la violencia obstétrica (Vázquez 2013, 50-57). Algo similar ocurre en la ruta de la atención de legrados, donde aumenta la violencia por el uso de formas sutiles para generar temor y culpa en los cuerpos de las mujeres.

El mapa 2. evidencia el movimiento de las mujeres hacia la atención de un aborto en curso (Cevallos 2012, 52-64). Las mujeres esperan en el “pasillo del llanto”, van a la sala de legrado y posteriormente, a la sala postaborto. El “pasillo del llanto” es compartido por las mujeres que van hacia la maternidad y hacia el aborto en donde cada una de estas prácticas se proponen como opuestas. Según este mapa, el lugar materno y el del legrado se miran como un espejo de opuestos. Esta noción permite que quienes van a abortar se miren en un hacer contrario a la maternidad.⁴ Se trata de una disposición espacial reguladora de la sexualidad y de celebración de la maternidad.

La elaboración de las rutas y diagramas reiteró la existencia de diversos caminos hacia el parto y las maternidades, hacia el aborto y la sexualidad regulada, actos que fueron adquiriendo sentidos particulares para

⁴ Este tipo de oposición se pudo establecer en el diálogo del taller en el cual se intercambiaron y expandieron los hallazgos.

Mapa 2. El trayecto del aborto en curso



Fuente: Cevallos 2012, 54.

las mujeres, en la medida en que se vincularon con diversas instituciones, especialmente las de salud, y en la medida en que se rescataba el hacer en sus voces. Estos sentidos se encontraron en los nudos críticos y tensionados de los vínculos entre instituciones y colaboradores/as. Las tensiones en la búsqueda de los sentidos culturales de estas maternidades, incluso en aquellas fallidas, y de la regulación de la sexualidad abren el intersticio a las negociaciones de la dominación de género.

Zonas de contacto: negociaciones y huellas de la dominación de género

La interfaz entre nuestras colaboradoras y las instituciones de salud se puede mirar también como una zona de contacto. El interés de este concepto es traer a colación el poder y la dominación en los escenarios de contactos culturales (Pratt [1992] 2010, 7), en las sociabilidades y negociaciones

establecidas en el caminar. El caminar, como manera de observar el hacer, no solo permite entender la producción, reproducción y los sentidos culturales, sino que también da cuenta de algunas formas de negociación de la dominación de género. Estas negociaciones dejan huellas en las mujeres y tienen importantes efectos en sus vidas.

Antes sugerí una manera de penetrar los sentidos culturales de las prácticas de nuestras colaboradoras y vimos que estos se producen en momentos de tensiones derivadas de los encuentros intertextuales. Recorremos ahora estos nodos para pensar en esos mismos intersticios las negociaciones de la dominación de género. Vuelvo entonces a los mapas para mostrar las dinámicas del parto entre mujeres indígenas.

Los dos mapas pueden leerse como zonas de contacto, en las cuales se registran sutiles mecanismos de persuasión hacia el deseo materno y un castigo al aborto. Allí se reúnen mujeres diversas en la búsqueda de la maternidad o el aborto, personal médico y de apoyo, entre quienes se encuentran voluntarias católicas. En el hospital público, pese a que el aborto es penado legalmente, el personal médico debe atender estos casos bajo la categoría de abortos en curso. Su estrategia por mucho tiempo ha sido evitar obtener mayor información sobre las razones del aborto en curso, evitando denunciar estas prácticas.⁵

A contracorriente de este acto, María Rosa Cevallos (2012, 94-106 y artículo de este libro) detecta una serie de mecanismos y performances de escarmiento público que inducen a las mujeres a arrepentirse del aborto y a desear la maternidad. Por ejemplo, se les recrimina el placer sexual implicado en el origen del embarazo, se les amenaza sobre los supuestos efectos negativos de una vida sexual desordenada (es decir, enfermedades de transmisión sexual, inestabilidad afectiva) y, de modo solapado, son expuestas a la mirada estigmatizadora de la Iglesia católica sobre el aborto. Las atendidas, después de un agónico proceso de decisión por el aborto, de inducirlo, de recibir un legrado, viven estos mensajes con el temor a la

⁵ Efectivamente, hasta 2012 no existían mujeres presas por abortos o denuncias por esta causa en el sistema judicial. Esto se ha modificado con una serie de reformas al sistema judicial promulgadas en el gobierno de Rafael Correa. Más allá de ello, la atención de los abortos en curso es una situación ambigua y su trato depende de las autoridades de turno en el MSP.

potencial aplicación de la norma legal, a las consecuencias de un aborto en su fertilidad futura, y con la culpa de haber realizado un acto reñido con la moral cristiana. Estas negociaciones que juegan con el temor y la culpa dejan huellas de dominación que ponen en dudas la autonomía de las mujeres respecto a sus cuerpos y al placer.

Las tesis y artículos sobre pluralismo médico, sobre parto biomédico, PCA y parto comunitario proveen un corpus de narraciones sugerentes para pensar la asistencia al parto como una zona de contacto. En este caso, pueden estar presentes las parturientas, el personal médico y de apoyo, parteras indígenas y familiares. Mónica Vásquez (2013, 9-10), médica de formación, relata que durante su práctica observó a una mujer indígena en labor de parto que no lograba la expulsión. Frente a la decisión hospitalaria de pasarla a una cesárea, la mujer saltó de la camilla, se colocó en cuclillas y logró la expulsión.

Hechos de esta naturaleza junto a las altas tasas de mortalidad materna en zonas autodefinidas como indígenas llevaron, a inicios del siglo XXI, a un reconocimiento estatal del pluralismo médico existente en el país y a la implantación de políticas conducentes a la realización de partos culturalmente adecuados⁶ en las instituciones de salud y, con ello, a hospitalizar el parto como garantía para reducir la mortalidad materna. En este marco, las mujeres deberían decidir sobre el tipo de parto que desean practicar.

Sin embargo, en ciertos hospitales se omite esta consulta y se otorga un parto estandarizado bajo criterios biomédicos, como en el hospital público materno de Quito, bajo la asunción de que allí no llegan indígenas, quienes serían las únicas en pedir un PCA. En contextos rurales, en cambio, varias instituciones públicas de salud han incorporado a parteras indígenas reeducadas y han seleccionado algunas prácticas de los partos comunitarios, especialmente la posición de la parturienta durante la dilatación y la expulsión, y el ambiente amigable en la espera. Pese a ello,

⁶ Se define en Ecuador como uno que reconoce la existencia de una diversidad de formas de atención al parto e incluye maneras especiales de trato a los familiares, durante el acompañamiento del parto, la posición en la que se realiza, el abrigo, la alimentación e información (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2008).

persisten desacuerdos y tensiones que hablan de los procesos de negociación de la dominación étnica y de género en el aparato estatal.

Las rutas hacia el parto y las zonas de contacto revelaron tensiones entre el parto biomédico ofrecido por varios centros de salud y las expectativas del proceso de parto entre las indígenas, pero también entre las mujeres que buscan un parto humanizado. Estas tensiones hablan de restricciones en el reconocimiento de las diversas maneras de hacer el parto y de la tendencia estatal a establecer una modalidad como obligatoria; de la falta de diálogo y el autoritarismo en las prácticas médicas; y de formas de violencia obstétrica, según se desprende del estudio en el hospital materno de Quito. Estas violencias, como intersticios de dominación y poder, explican, en parte, la resistencia de las mujeres indígenas a la institucionalización del parto y su preferencia por los partos familiares.

Al seguir la ruta del parto comunitario mantenido por mujeres indígenas y llegar a las zonas de contacto, se pueden identificar las potenciales tensiones con respecto al parto biomédico. Las indígenas, desde sus repertorios culturales, subrayan la necesidad de acomodar el feto, la sensación térmica asociada al parto, es decir, la necesidad de calor, la posición de la parturienta durante todo el proceso y no solo durante la expulsión, la consulta y conversación con ella, y los rituales del nacimiento (Baeza 2011, 108-115 y artículo de esta obra) como claves para una adecuada atención. Diversos aspectos han sido incorporados parcialmente en las prácticas estatales del parto indígena: se han hecho presentes las parteras reeducadas y se ha enfatizado sobre la posición de la parturienta en la fase de expulsión. Las parteras cumplen un papel en la preparación al parto y de traducción cultural con el personal médico, antes que una función de atención del parto. En el proceso institucional existen aspectos que han tenido poca acogida, como la presencia de familiares y los ritos asociados al parto. Asimismo, se observan tensiones en los lugares que ofrecen un PCA, derivadas del reconocimiento de las parteras reeducadas y de las molestias expresadas por profesionales biomédicos (Quisaguano 2012, 41-52 y artículo en la sección “Maternidades en disputa”). Consideramos que la atención del parto indígena suma, a los criterios biomédicos, aspectos del parto comunitario, pero no rompe el poder de la biomedicina.

Las rutas hacia el parto tanto de las mujeres quichuas de la Sierra como de las localizadas en Quito, que llegan a las instituciones públicas de salud, instituyen una zona de contacto y de poder que disputa con distintas dosis de violencia el hacer del parto: cuáles son los conocimientos que garantizan su buen término, quiénes encarnan estos saberes, cuáles son los lugares adecuados para los nacimientos, y cuáles son los actos permitidos vinculados con estos. El mestizaje de los partos indígenas institucionalizados puede interpretarse como resultado de estas negociaciones en las cuales se intersectan dimensiones de la dominación étnica y de género.

El hacer desde las mujeres: a modo de conclusión

El recorrido por los aspectos metodológicos de un conjunto de tesis que dirigí en FLACSO Ecuador, y de las cuales forman parte algunos de los artículos aquí compilados, habla de las maternidades y las sexualidades y ha tenido el propósito de dar cuenta de las maneras como se conoce. He intentado mostrar que las agendas de investigación y las agendas políticas son un punto de partida relevante en la definición de los objetos de estudio etnográfico. Ello se ve potenciado con los procesos colaborativos de producción de conocimientos y con las discusiones éticas comprometidas en el hacer etnográfico, debido al carácter público de los estudios reseñados.

Seguidamente mostré al caminar como una manera de recuperar el hacer de las maternidades y sexualidades y trazar las rutas y mapas junto a esfuerzos intertextuales como formas de aproximarnos a los sentidos. Finalmente, he buscado evidenciar los intersticios de sentidos como zonas de contacto de negociación de formas de dominación. Con ello, intento complementar la propuesta de Ingold ([2011] 2015) sobre el caminar; esta movilidad no solo produce sentidos, sino también dominación. Argumento, entonces, que la etnografía del caminar no solo da cuenta de las maneras en que se hacen, instituyen y viven las maternidades y las sexualidades, sino de las tensiones, negociaciones y interrupciones de las

múltiples maternidades que conviven con una suerte de maternidad y sexualidad heterosexual forzada, desde un modelo biomédico y moral cristiano, encarnado en las instituciones de salud y de sanación.

Referencias

- Arango, Luz Gabriela y Yolanda Puyans. 2007. *Género, mujeres y saberes en América Latina; entre el movimiento social, la academia y el estado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Araujo, Kathya y Mercedes Prieto. 2008. "Introducción". En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, editado por Kathya Araujo y Mercedes Prieto, 11-23. Quito: FLACSO Ecuador / Ministerio de la Cultura.
- Baeza, Patricia. 2011. *Maternidad indígena en Colta: un espacio de encuentros y tensiones*. Quito: FLACSO Ecuador / Ministerio de Cultura.
- Clark, Kim. 2001. "Género, raza y nación. La protección de la infancia en el Ecuador (1910-1945)". En *Estudios de género*, compilado por Gioconda Herrera, 183-210. Quito: FLACSO Ecuador / ILDIS.
- Cevallos, María Rosa. 2012. *El temor encarnado: aborto en condiciones de riesgo en Quito*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Campagnoli, Mabel Alicia. 2008. "Al filo de la ley: el debate de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673-Argentina) como tecnología de género". En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, editado por Kathya Araujo y Mercedes Prieto, 179-197. Quito: FLACSO Ecuador.
- Cuvi, María, y Alexandra Martínez. 1994. *Muro interior. Las relaciones de género en el Ecuador de fines del siglo XX*. Quito: CEPLAES / Abya-Yala.
- Darré, Silvana. 2008. "Cuando el saber no tiene lugar: la difícil implementación de la educación sexual en el sistema educativo uruguayo". En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, editado por Kathya Araujo y Mercedes Prieto: 199-215. Quito: FLACSO Ecuador.

- Fabian, Johannes. 1983. *Time and the Other: How Anthropology makes its Object*. Nueva York: Columbia University Press.
- Felitti, Karina. 2008. “La revolución de la píldora anticonceptiva y la cuestión demográfica en Buenos Aires: apropiaciones y resignificaciones de un debate internacional (1960-1973)”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, editado por Kathy Araujo y Mercedes Prieto, 161-178. Quito: FLACSO Ecuador / Ministerio de la Cultura.
- Geertz, Clifford. (1973) 1987. “Descripción densa hacia una teoría interpretativa de la cultura”. En *La interpretación de las culturas*, 17-40. Barcelona: Gedisa.
- Guy, Donna. 1998. “Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires”. En *Sexo y sexualidades en América Latina*, editado por Daniel Balderston y Donna Guy, 231-256. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, Rosalva Aída y Adriana Terven. 2017. “Methodological Routes, Toward a Critical and Collaborative Legal Anthropology”. En *Demanding Justice and Security. Indigenous Women and Legal Pluralities in Latin America*, editado por Rachel Sieder, 265-287. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Htun, Mala. 2003. *Sex and the State: Abortion, Divorce, and the Family under Latin American Dictatorships and Democracies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ingold, Tim. (2011) 2015. “Contra el espacio: lugar, movimiento, conocimiento”. *Mundosplurales* 2 (2): 9-26.
- (2014) 2017. “¡Suficiente con la etnografía!”. *Revista Colombiana de Antropología* 53 (2): 153-159.
- Mannarelli, María Emma. 1999. *Limpias y modernas: género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Centro Flora Tristán.
- 2017. “Misión Andina en Puno, Perú: el estado y lo doméstico”. En *El Programa Indigenista Andino, 1951-1973. Las mujeres en los ensambles estatales del desarrollo*, coordinado por Mercedes Prieto, 163-233. Quito / Lima: FLACSO Ecuador / IEP.
- Marcus, E. George. (1995) 2001. “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”. *Alteridades* 11 (22): 111-127. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702209.pdf>

- Mead, Margaret. 1984. *Masculino y femenino*. Madrid: Ediciones Minerva.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1977. *Sentido y sinsentido*. Barcelona: Ediciones Península.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2008. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*.
www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf
- Molyneux, Maxine. 2003. *Movimientos de mujeres en América Latina: estudio teórico comparado*. Traducido por Jaqueline Cruz. Madrid: Ediciones Cátedra / Universidad de Valencia / Instituto de la Mujer.
- Mooney, Jadwiga. 2009. *The politics of Motherhood. Maternity and Womens 's Right in the Twentieth Century Chile*. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh Press.
- Muratorio, Blanca. 2005. "Historia de vida de una mujer amazónica: intersección de autobiografía, etnografía e historia". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 22: 129-143.
- Necochea, Raúl. 2016. *La planificación familiar en el Perú del s. XX*. Lima: IEP / UNFPA.
- Ortner, Sherry. 1984 "Theory in Anthropology since the Sixties". *Comparative Studies in Society and History* 26 (1):126-165.
- Palomar, Cristina. 2016. "Veinte años de pensar al género". *Debate Feminista*, 52: 34-49.
- Parsons, Elsie Clews. 1991. *Pueblo Mothers and Children. Essays by Elsie Clews Parsons, 1915-1924*. Editado por Barbara A. Babcock. Santa Fe, Nuevo México: Ancient City Press.
- Pratt, Mary Louise. (1992) 2010. *Ojos imperiales: literatura de viaje y transculturación*. México D.F.: FCE.
- Prieto, Mercedes. 2015. Estado y colonialidad. *Mujeres y familias quichuas de la Sierra del Ecuador, 1925-1975*. Quito: FLACSO Ecuador.
- 2017. "Estado, integración-desarrollo y mujeres: una mirada conectada del Programa Indigenista Andino (1951-1973)". En *El Programa Indigenista Andino, 1951-1973. Las mujeres en los ensambles estatales del desarrollo*, coordinado por Mercedes Prieto, 265-292. Quito / Lima: FLACSO Ecuador / IEP.

- Quintana, Soledad. 2010. *Sexo seguro, cuerpos disciplinados*. Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala.
- Quisaguano, Paulina. 2012. *Luchas por significados: mujeres indígenas, políticas públicas y prácticas médicas en el parto*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Rappaport, Joane. 2018. “Visualidad y escritura como acción: investigación acción participativa en la costa caribe colombiana”. *Revista Colombiana de Sociología* 41 (1): 133-156.
- Rosaldo, Renato. (1993) 2000. *Cultura y verdad: la reconstrucción del análisis social*. Quito: Abya-Yala.
- Rosero, Cristina. 2013. “Soberanía del cuerpo y clase: trayectorias de aborto entre mujeres jóvenes de Quito”. Tesis de maestría, FLACSO Ecuador.
- Rostagnol, Susana. 2008. “El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, editado por Kathya Araujo y Mercedes Prieto, 215-232. Quito: FLACSO Ecuador.
- Scheper-Hughes, Nancy. (1993) 1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- 2004. “Parts Unknown: Undercover Ethnography of the Organs Trafficking Underworld”. *Ethnography* 5 (1): 29-73.
- Varea, Soledad. 2008. *Maternidad adolescente: entre el deseo y las violencias*. Quito: FLACSO Ecuador / Abya-Yala.
- Vásquez, Mónica. 2013. *Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito*. Quito: FLACSO Ecuador.
- Wilkinson, Annie. 2013. ‘Sin sanidad no hay santidad’. *Las prácticas reparativas en Ecuador*. Quito: FLACSO Ecuador.

Autoras y autor

Ma. Patricia Baeza Cabezas. Doctora en Políticas Públicas por la Universidad Autónoma de Barcelona. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo, FLACSO Ecuador. Autora del texto *Maternidad indígena en Colta. Un espacio de encuentros y tensiones*, publicado por FLACSO Ecuador y Abya-Yala. Académica e investigadora Trabajo Social Universidad de Aysén-Chile.
mpatricia.baeza@uaysen.cl

María Rosa Cevallos. Candidata a doctora por la Universitat Oberta de Catalunya. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo, FLACSO Ecuador. Ha trabajado en diversas áreas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en el aborto. Ha sido consultora para Juventud y Educación de la Sexualidad de UNFPA (2008-2013), Oficial del Programa de Incidencia para Ecuador en Planned Parenthood Global (2014-2019), coautora de la investigación “Vidas robadas” sobre maternidad forzada en niñas menores de 15 años, que fue presentada ante la CIDH en 2015. Autora del libro *El temor encarnado*, premio Manuela Sáenz al mejor ensayo de género nacional en 2012.
mariarosacevalloscastells@gmail.com

Ana María Goetschel. PhD. en Ciencias Sociales, Universidad de Ámsterdam, Holanda. Es historiadora y profesora investigadora emérita del Departamento de Sociología y Estudios de Género de FLACSO Ecuador. Sus

investigaciones se enfocan en la historia de las mujeres, de la educación, y en el análisis del género y la acción punitiva en la historia del Ecuador. Su libro *Moral y orden. La delincuencia y el castigo en los inicios de la modernidad en Ecuador* fue premio Manuela Sáenz en 2019.

agoetschel@flacso.edu.ec

Gioconda Herrera. PhD. en Sociología por la Universidad de Columbia, Estados Unidos. Es profesora titular del Departamento de Sociología y Estudios de Género de FLACSO Ecuador desde 1997. Su principal línea de investigación es el estudio de las desigualdades sociales en la globalización, especialmente a través del análisis de las migraciones internacionales.

gherrera@flacso.edu.ec

Viviana Maldonado. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género por FLACSO Ecuador. Fundó la Coordinadora de Política Juvenil por la Equidad de Género. Asesora técnica del ex Consejo Nacional de las Mujeres. Trabaja temas relacionados con equidad de género y violencia contra las mujeres.

vivimp@hotmail.com

Diego Paz. Maestro en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Se desempeñó como subsecretario para la Innovación Educativa y el Buen Vivir. Trabaja temas relacionados con educación para la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en infantes y adolescentes.

difepazfl@flacso.edu.ec

María Fernanda Porras. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Especialista Superior en Educación Integral de la Sexualidad por FLACSO Argentina. Se desempeñó como subsecretaria para la Innovación Educativa y el Buen Vivir del Ministerio de Educación y como directora nacional de Género en el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ha participado en la elaboración de varios planes nacionales para erradicar la violencia de género y los delitos

sexuales en el ámbito educativo. Ha realizado varias investigaciones sobre el tema del incesto; embarazo y prevención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, y sobre el desarrollo de metodologías para la prevención del embarazo precoz y las maternidades forzadas.
ma.fernandaporras@yahoo.com

Mercedes Prieto. PhD. Universidad de la Florida, Gainesville. Antropóloga con una opción interdisciplinaria en Historia y profesora emérita del Departamento de Antropología, Historia y Humanidades de FLACSO Ecuador. Su interés de investigación se ha centrado en el complejo proceso histórico de las interacciones entre indigenidad, raza y género como formas de control social, de acción política y de políticas del conocimiento.
mprieto@flacso.edu.ec

Paulina Quisaguano Mora. Doctorante en Ciencias Sociales, con especialización en Estudios Andinos en FLACSO Ecuador. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Trabaja sobre temas de politización de la etnicidad y género, así como género, inclusión y educación superior.
paulina.quisaguano@gmail.com

Cristina Rosero Quelal. Activista por los derechos humanos de las mujeres y la prevención de las violencias basadas en género. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Cuenta con amplia experiencia en el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a población en situación de vulnerabilidad; destreza en la inclusión de los enfoques de derechos, género, intercultural, intergeneracional e interseccional.
cristina.rosero23@yahoo.com

Lola Valladares. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Tiene amplia experiencia en derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, género, patrocinio legal en casos de violencia basada en género, políticas públicas, gestión de proyectos,

investigación social y cooperación internacional. Se desempeña como Oficial de género, interculturalidad y derechos humanos de UNFPA Ecuador. lolypato@gmail.com

Soledad Varea. Doctora en Ciencias Sociales con mención en Estudios Políticos por FLACSO Ecuador. Es profesora del Instituto de Altos Estudios Nacionales y de la Universidad Central del Ecuador. Especialista en Estado, derechos sexuales y reproductivos y aborto. En 2018 ganó el Premio Manuela Sáenz con su libro *El aborto en Ecuador: sentimientos y ensamblajes*, publicado por FLACSO Ecuador. maria.varea@iaen.edu.ec

Annie Wilkinson. Candidata doctoral en Antropología de la Universidad de California, Irvine. Maestra en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por FLACSO Ecuador. Investigadora feminista centrada en cuestiones de género y sexualidad en las Américas y a nivel transnacional. Es autora de *Sin sanidad, no hay santidad: las prácticas reparativas en Ecuador*, publicado por FLACSO Ecuador en 2013. akwilkin@uci.edu

Explora, en acceso abierto, otros títulos relacionados



Más libros de Editorial FLACSO Ecuador, aquí



Porque persisten las disputas y no se saldan las cuentas sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos en Ecuador, esta obra es ineludible. Porque necesitamos saber cómo hemos avanzado, nos hemos estancado o hemos retrocedido en este ámbito. Porque detrás de estos derechos y sus disputas hay mujeres y hombres, niñas, niños y jóvenes con historias estremecedoras, vidas truncadas, cuerpos violentados...

Un libro como este, que compila los debates en torno a tales derechos frente al aborto, la maternidad, la violencia sexual, el incesto, nos permite interpelar tanto al Estado como a las instituciones y actores cómplices en los silencios y los retrocesos. Esta obra es una invitación a reposicionar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la esfera pública desde la academia, pero también desde las experiencias de las mujeres.

La construcción social de los cuerpos y la sexualidad, epicentro de este libro, nos conduce, indefectiblemente, a la reflexión sobre las viejas y nuevas nociones de ciudadanía.