

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y DESARROLLO

CONVOCATORIA 2009-2011

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

**EL TEMOR ENCARNADO:
FORMAS DE CONTROL Y CASTIGO A MUJERES CON ABORTO EN CURSO
EN QUITO-ECUADOR**

MARIA ROSA CEVALLOS CASTELLS

NOVIEMBRE 2011

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y DESARROLLO

CONVOCATORIA 2009-2011

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

EL TEMOR ENCARNADO:

**FORMAS DE CONTROL Y CASTIGO A MUJERES CON ABORTO EN CURSO
EN QUITO-ECUADOR**

MARIA ROSA CEVALLOS CASTELLS

ASESORA DE TESIS: DRA. MERCEDES PRIETO

LECTORAS: SOLEDAD VAREA

MÓNICA MAHER

NOVIEMBRE 2011

ÍNDICE

ÍNDICE	4
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	8
RESUMEN	9
CAPÍTULO I: TEMOR, CONTROL Y MATERNIDAD	10
Introducción.....	10
La propuesta metodológica.....	14
El recorrido de la investigación.....	16
Temor, control y maternidad.....	17
Cuerpos dóciles, sexualidades encauzadas.....	19
Temor y biopoder.....	22
El aborto como hecho social.....	24
Entre el paradigma de derechos y el paradigma libertario.....	30
Sinopsis de los capítulos.....	34
CAPÍTULO II: ABORTO: CRIMEN Y SALUD	36
La tensión entre la criminalización y la salud.....	37
Crimen y clandestinidad.....	45
CAPÍTULO III: EL PASILLO DEL LLANTO: DONDE LOS DISCURSOS SE CONFUNDEN	48
El espacio y la disciplina.....	48
La distribución espacial.....	49
El centro obstétrico.....	49
Los discursos médicos.....	53
La moral, los sentimientos y percepciones, discursos de castigo conviviendo con discursos de respeto.....	59

CAPÍTULO IV: LAS TRAYECTORIAS DE ELLAS, DE NOSOTRAS.....	65
El biopoder encarnado en los cuerpos.....	66
Diálogos en la Sala de Legrados.....	68
La maternización como castigo.....	70
Dolor, el silencio y la muerte.....	77
Finalmente, la complicidad.....	83
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	 86
Las estrategias de control en el cuerpo de las mujeres.....	86
Una atención que moraliza y disciplina.....	91
Resistencias y reincidencias.....	94
Diálogos entre la antropología y la medicina.....	98
 BIBLIOGRAFÍA.....	 101
ENTREVISTA.....	104

Dedicatoria

A todas nosotras que hemos sido clandestinas...

Agradecimientos

A la Dra. Susana Guijarro, al Dr. Navas y al Dr. Montesinos

A Ximena Cevallos e Ivonne Araus

Al Dr. Wilfrido León por todo lo aprendido

Al personal del Centro Obstétrico por abrirme el espacio

A mis compañeras médicas Marcia Elena, Tatiana, Virginia, Zaida, Belén y Alexandra, por sus consejos, su sabiduría su tiempo y sobre todo su compañía, en cada paso de esta investigación

A Soledad Varea, por su mirada crítica y comentarios oportunos, a Pamela por toda la energía

A Mercedes que no me dejó nunca sola en este proceso

A Marcelo, por creer en esto

A mi Yeya, que en el camino siempre es aliento

Al Maty, por supuesto

A mi familia, por su paciencia

A todas las mujeres que compartieron sus historias conmigo

A la Usi, por su apoyo en el trecho final

Resumen

Esta tesis visibiliza las estrategias de control y castigo que se despliegan sobre las mujeres que llegan con abortos en curso (que se presumen provocados) al centro obstétrico de una maternidad pública de la ciudad de Quito. En el Ecuador el aborto está penalizado, salvo dos causales: cuando peligra la vida de mujer y cuando el embarazo es producto de la violación de una mujer demente o idiota. A pesar de que las dos causales son restrictivas y poco aplicadas, al centro obstétrico de la maternidad llegan diariamente entre seis y ocho mujeres a atenderse por abortos en curso. Ello demuestra que el hecho social del aborto es una cuestión cotidiana.

A través del estudio de los discursos médicos sobre el aborto provocado y, sobre todo, acerca de las mujeres que abortan por decisión propia se detectan maneras en que el biopoder sustentado tanto en un discurso médico-científico, como en fuertes cargas morales actúan en los cuerpos de las usuarias revelando las tensiones entre las propias creencias morales del personal del centro obstétrico y su obligación profesional de brindar atención a todas las mujeres que la necesitan. Aquí se reconren también las trayectorias de aborto que debieron atravesar las mujeres hasta llegar en busca de atención médica pública, mostrando las tensiones entre un proceso que inicia en la clandestinidad y termina en la institucionalidad pública.

Esta doble indagación, de los discursos y las trayectorias nos ha permitido identificar estrategias de control que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres. Las más significativas fueron: el silencio-muerte; la maternización y una complicidad condicionada. El silencio y la muerte social aparece como una forma de castigar los cuerpos mediante el dolor y la falta de información. La maternización, como un discurso que pretende hacer que las mujeres tomen conciencia de la importancia de asumir su rol de madres y, finalmente, una complicidad condicionada, en la que si bien son atendidas por el personal médico, son fuertemente castigadas y disciplinadas. Estas estrategias, a su vez, resuenan en los cuerpos de las mujeres, causando temores y culpas, que terminan en una auto-criminalización. Es en el marco de estas estrategias y tensiones en donde aparece el temor como un recurso de dominación, que se hace carne en los cuerpos de las mujeres y pretende, desde el miedo, limitar sus decisiones.

CAPÍTULO I

TEMOR, CONTROL Y MATERNIDAD

Introducción

La primera vez que aborté, tenía 17 años y estaba en el colegio, él era mi novio. Fue terrible, en un lugar en el Centro con una señora que me durmió, no me dijo nada, no hizo exámenes, me durmió, (no, no me dormí, mentira)... me puso anestesia local y no me pudo sacar el bebé porque tenía tres meses de embarazo, entonces me dijo: déjese así, venga mañana si es que le baja la regla o le baja sangre yo le hago un raspado; pero ahoritica no hay como hacer nada, bueno y acto seguido llamamos al papá del guagua, al papá del papá del guagua, y me llevó a una clínica. Y ahí me hicieron un legrado, claro ahí dijimos que había hecho un esfuerzo. La señora no hizo más que romperme la bolsa, pero fue terrible porque yo estaba despierta y sentía como se movía, fue tenaz (Entrevista, 2007).

El testimonio de Marcela, narra la experiencia de un aborto practicado en condiciones de riesgo, enmarcado en el temor por la ilegalidad, pero, también por la integralidad del propio cuerpo, ya que al ser realizado de forma clandestina, no existe ningún tipo de garantía sobre la salud y la vida de la mujer que decide abortar. Además, expone la violencia ‘naturalizada’ y cotidiana que implica no poder tomar decisiones autónomas sobre el propio cuerpo. De hecho, quien le practicó el aborto a Marcela, no tomó ninguna precaución (“no hizo exámenes”) y, más aún, la mandó de regreso a su casa con un aborto incompleto, que tuvo que terminarse con un legrado en un servicio de salud público. Lo que, en el contexto de ilegalidad del aborto en el país implica, además, fingir que el aborto en curso había sido espontáneo para no delatar ni delatarse acerca de la ilegalidad de la intervención a la que se había sometido. Aunque, desde la perspectiva médica, es relativamente fácil diagnosticar cuando el aborto ha sido provocado, es una práctica común el aceptar la explicación de la paciente y realizar el legrado sin hacer denuncias, ni iniciar procedimientos legales.

Sin embargo, esta complicidad suele ir acompañada de fuertes discursos morales y de tratos violentos que expresan la penalización social sobre el aborto y la criminalización de las mujeres que abortan. La historia de Marcela refleja los temores y

la tensión existente entre el discurso legal, la práctica médica y las decisiones tomadas por las mujeres.

La intención de este estudio nace de una investigación realizada en el año 2008 sobre el aborto en mujeres jóvenes en Ecuador. Durante ese proceso investigativo se recogieron varios testimonios de mujeres, con quienes además de la investigación, pude compartir mi propia experiencia de haber abortado en un país donde el temor, la inseguridad y la culpa, imprimen la decisión de las mujeres de interrumpir un embarazo. Con esta perspectiva, el estudio se ubica desde un “conocimiento situado” (Haraway, 1995), en el que pretendo un análisis del aborto desde la cercanía a las mujeres que han vivido clandestinamente, desde el temor y en condiciones inseguras, el derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Durante el primer proceso de investigación aparecía de manera constante el tema del temor por la integralidad del cuerpo al momento de abortar, y el miedo a las opiniones culpabilizantes de las familias e incluso de las parejas, ante la decisión. Este temor se encarnaba en el cuerpo, al momento de no acudir a un servicio médico en caso de complicaciones o de simplemente guardar en silencio la experiencia, haciendo que la ley y el castigo legal pasaran a un segundo plano.

El temor en la presente investigación también aparece como variable constante, que marca cada uno de los testimonios en diferentes momentos. Por un lado, el temor latente de la sanción legal, pero, por otro lado y de manera probablemente más intensa, el temor por la vida y el cuerpo. Y, el temor social que se expresaba en el miedo a lo que otras personas puedan pensar y a las acciones de punición social que podrían tomar.

Creemos que esta forma de temor, se refiere a la posibilidad de tomar el control del propio cuerpo, ya que esto podría significar una suerte de muerte social, en la medida en que implica la renuncia a la maternidad. Este temor que se remite más bien al interior de las mujeres, tiene que ver con las dudas el momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo, y estar haciendo lo correcto. Este temor no tiene que ver con penalizaciones externas sino, por el contrario, con la propia culpa, que responde a construcciones culturales, en que la maternidad aparece como destino único e ideal para las mujeres.

En el Código Penal Ecuatoriano (1971) el aborto no es penalizado sólo bajo dos causales: cuando el aborto se realiza terapéuticamente, es decir, si corre riesgo la vida de

la madre; y en el caso de que el embarazo sea producto de la violación de una mujer demente o idiota. Desde esta perspectiva, el discurso normativo vigente, excluye la posibilidad de que el aborto se dé en el marco de las decisiones personales de las mujeres, a pesar de que se presume que los abortos clandestinos e inseguros causan el 18,1% de las muertes maternas, siendo la segunda causa de muerte materna en el Ecuador. Se estima que 72 de cada 1000 embarazos terminan en abortos y aproximadamente se realizan 95.000 abortos al año. Aún tomando en cuenta el subregistro existente en la estadística oficial, se presume que en el Ecuador, cada día, 260 mujeres abortan en condiciones de riesgo (CPJ, 2006), realizándose intervenciones que, al ser hechas sin garantías sanitarias, ponen en riesgo sus vidas y las exponen a procesos de penalización social y culpa enmarcados en una ‘clandestinidad poco secreta’, en el sentido de que la práctica abortiva es una especie de secreto a voces, tan institucionalizado que una gran parte de los legrados o curetajes, se realizan a la luz pública en la sala de legrados de las maternidades públicas.

Se puede decir, entonces, que la normativa legal vigente a pesar de ser restrictiva, en la mayoría de casos, no llega a ejecutarse. Sin embargo, las mujeres que abortan son “penalizadas” socialmente por discursos morales y, en ocasiones, también por la falta o demora en la atención médica, cuando llegan con un aborto en curso a un servicio de salud público. Lo que refleja una tensión constante entre la legalidad y la clandestinidad, tensión que se visibiliza en las “tolerancias” cuando finalmente se realiza el legrado.

Ante la poca aplicabilidad de la ley, existe un poderoso y complejo discurso anti aborto que criminaliza a las mujeres. Mediante diversos recursos comunicacionales ‘dramatiza’ la intervención clínica, haciéndola aparecer como un asesinato. Este tipo de discursos parecen establecerse como normas morales y estrategias de dominación cultural, probablemente más efectivas que las leyes vigentes. Que se sostienen en los temores y estrategias del biopoder que disciplinan, castigan y provocan temor a las mujeres que deciden abortar. Otorgando el poder a ciertos actores como, por ejemplo, el personal médico de las salas de legrado de los hospitales públicos, de juzgar e incluso maltratar a las mujeres que llegan con un aborto en curso.

Desde una perspectiva teórica, el interés de esta investigación se encuentra en la posibilidad de visibilizar cuáles son los mecanismos del discurso anti aborto que, apoyados en el biopoder y expresados en estrategias de control, instauran el temor en los

cuerpos femeninos al momento de tomar la decisión de abortar, y visibilizar, así, cómo estos se enlazan con mecanismos de orden moral que generan estrategias del temor, que pueden llegar a poner en peligro la vida de las mujeres. Estos factores unidos podrían ser más efectivos en el control del cuerpo femenino que las mismas leyes vigentes. En este sentido, existe una tensión entre la normativa legal que apoya el discurso moral, pero que, de alguna manera es también cómplice en la clandestinidad de los abortos en condiciones de riesgo, que no dejan de practicarse en el país.

Frente a este contexto de poder situado en el cuerpo de las mujeres, y en un país en que el aborto es ilegal, la pregunta de investigación ha sido: ¿cuáles son los mecanismos y los discursos que, apoyados y legitimados por el biopoder y las estrategias del temor, criminalizan y castigan a las mujeres que abortan en Ecuador, siendo tan efectivos que, incluso, pesan sobre el cuerpo y las decisiones femeninas más que las propias leyes?

Para abordar el problema de investigación y la pregunta antes expuesta, se partirá de una revisión del caso uruguayo (Sanseviero, 2003) que, al igual que el ecuatoriano, refleja tensiones entre la clandestinidad y la legalidad. Contextualizando las ideas de ese estudio, el aborto se tratará como un hecho social cargado de tensiones, que sucede en el territorio del cuerpo femenino y que, más allá de lo biológico, marca las identidades y procesos de las mujeres que abortan clandestinamente.

Desde esta perspectiva, y para poder profundizar en cómo el biopoder se funciona en los cuerpos, se parte de comprender el cuerpo como espacio de construcción de las identidades, en que el poder se expresa y ejerce de diferentes formas. Profundizaré aquí en cómo el biopoder y el temor actúan, desde los Estados, sobre la sexualidad femenina, el cuerpo y la vida de las ciudadanas.

El biopoder por su parte, es un concepto amplio y complejo. Sin embargo, considero importante anotar que el mismo tiene relación con el Estado, especialmente con el cambio del énfasis en las jurisdicciones territoriales a la organización de la vida. El estado higiénico, inmunizador, un estado que apuntala a la organización de la vida puede normalizar a poblaciones enteras; existe una conexión entre el poder soberano y el poder disciplinario. La regulación de las poblaciones vivas es fundamental para comprender el biopoder. Existen dos polos del biopoder: la biopolítica y la anatomopolítica. Más allá del periodo histórico en que hayan emergido, la una no puede

ser pensada sin la otra, pues, la modernidad, y en consecuencia el desarrollo del capitalismo, ha requerido aquel ejercicio del poder tanto sobre los cuerpos individuales como sobre la vida de la población, lo que Foucault ha llamado el cuerpo como especie (Foucault, 1978 y 2001)

El temor en esta investigación, será tratado como discurso de la dominación que controla las decisiones de las mujeres al momento de interrumpir un embarazo y que se arraiga fuertemente en matrices culturales maternalistas, en las que prevalece el temor a matar la “esencia” femenina de la maternidad, al momento de abortar, como lo refleja el estudio histórico realizado por Lavrin (2005).

El campo de debate en el que se centra este estudio es la sexualidad, y aquí el análisis que Kathya Araujo (2008) realiza acerca de los estudios de sexualidad, clasificándolos entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos. Siguiendo a esta misma autora, es importante señalar que en la región el paradigma de derechos ha tenido más fuerza en el debate feminista, que el paradigma libertario, por lo que el aborto, incluso en los discursos más progresistas, ha sido tratado como un problema de salud pública y no tanto como un tema que tiene que ver con la soberanía del cuerpo de las mujeres. Tal vez, este segundo discurso empezó a tomar forma en la década de los noventa, y se expresó con algo más de fuerza en la Asamblea Constituyente de 2008.

En este marco, se parte de dos formas diferentes de abordar el aborto que reflejan también una tensión. En el caso del paradigma de derechos, el aborto pasa por una cuestión de decisiones autónomas de las mujeres, que construyen sus sexualidades enmarcadas en relaciones inequitativas de poder con los hombres y, desde esta perspectiva, el aborto ilegal es producto de estas relaciones, en que los hombres tienen el control sobre los cuerpos de las mujeres. Para este paradigma, el problema de la penalización del aborto se centra sobre todo en los riesgos de salud que atraviesan las mujeres que abortan en contextos de clandestinidad.

Desde el paradigma libertario, en cambio, la sexualidad se entiende como la posibilidad y necesidad de liberación total, y el sexo se concibe como la expresión y la práctica del placer y la liberación de la sexualidad que no se limita a las mujeres, sino también a los hombres. En este paradigma, el cuerpo se concibe como espacio de autonomía, y el interés radica en este espacio y en la capacidad de las personas de disponer ‘libremente’ de él.

En el desarrollo del análisis de esta investigación se tomarán algunas propuestas de ambos paradigmas. Intentando, además, visibilizar las tensiones existentes entre los discursos que abogan por la salud pública y los que se fundan en la autonomía de los cuerpos. Asimismo, buscando contextualizar los debates en el espacio de los cuerpos de las mujeres ecuatorianas que ‘terminan’ sus abortos en las maternidades públicas de un Estado restrictivo y penalizador.

En este sentido, más que adscribirse a uno de los dos paradigmas tomaremos ideas de ambos: la autonomía y emancipación, dos importantes conceptos del análisis. A la vez que se intentarán visibilizar las relaciones de género inequitativas que rodean al tema y las tensiones que el Estado inscribe en los cuerpos femeninos.

Metodología

Esta investigación se desarrolló en el espacio del centro obstétrico de una maternidad pública de la ciudad de Quito, específicamente en la sala de legrados. Espacio en que las mujeres que llegan con un aborto en curso, esperan por el procedimiento de legrado o se recuperan de esta intervención. Allí, se inició el contacto con algunas de ellas, con quienes se reconstruyó el recorrido de sus trayectorias de aborto. Este recorrido se inició desde el presente hacia el pasado, convocando sus memorias, desde el momento en que se encontraban ya con el aborto en curso, hasta el momento inicial en que se enteraron de que estaban embarazadas.

La reconstrucción de estas trayectorias implicó largas entrevistas y en algunos casos, encuentros posteriores a su salida del espacio médico. Es importante decir que, por el marco legal restrictivo y los temores a ser penalizadas, las mujeres no le contaban al personal médico las mismas historias que me relataron a mí, lo que implicó desplegar una serie de estrategias de confidencialidad y silencios cómplices al momento de hacer las entrevistas, ya que éstas se realizaron en el mismo espacio en que el personal médico circulaba.

Las trayectorias de aborto se reconstruyeron mediante entrevistas a profundidad y reconstrucción de las memorias corporales, en las que se volvieron a recorrer los siguientes momentos del aborto: darse cuenta del embarazo, tomar la decisión, procedimiento o intervención, y retomar la cotidianidad. La intención de reelaborar estas trayectorias es poder descubrir cómo el temor y la penalización social se

plasman de manera diferente en cada uno de los momentos y cuáles son las diferentes expresiones del poder que las mujeres que abortan sienten en sus propios cuerpos.

Mi estancia en el centro obstétrico fue de aproximadamente siete meses y, durante ese tiempo, la observación fue otra estrategia metodológica importante, así como las constantes conversaciones con el personal. Estrategias que se centraron, básicamente, en las relaciones que el personal médico mantenía con las mujeres en proceso de aborto, en los discursos que circulaban sobre ellas y también en ciertas prácticas médicas. En relación a los procedimientos de legrado, la intención de este proceso de observación era encontrar cómo se expresaban las estrategias disciplinarias en los cuerpos de las mujeres.

Paralelamente, se entrevistó a una parte del personal del centro obstétrico: dos médicos tratantes, tres residentes “tres”, dos residentes “uno”¹, dos internas rotativas y un interno rotativo. También pude entrevistar a una jefa de enfermeras, cuatro enfermeras y un auxiliar de enfermería. Estas entrevistas, que no siempre lograron ser extensas, debido a que el personal se encontraba en tiempo de trabajo, me permitieron acercarme a sus percepciones e imaginarios en torno al aborto provocado y a las mujeres que interrumpen voluntariamente sus embarazos y encontrar las tensiones existentes entre el mandato profesional y las creencias personales.

Finalmente, y para acercarme a la historia de la atención al aborto provocado en el país, realicé una investigación de archivo de las tesis escritas sobre el tema de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador. La revisión fue desde los años cincuenta hasta los noventa del siglo XX. Esta investigación de archivo arrojó nuevas preguntas en torno a cómo se ha ido transformando históricamente el discurso sobre el aborto, de crimen a problema de salud pública. Estas preguntas me llevaron a entrevistar a una de las autoras de la tesis que habla de manera más explícita sobre el aborto provocado, y en este marco entrevisté también a la actual directora de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central.

El recorrido de la investigación

¹El número que va junto a la palabra residente se refiere a la jerarquía que mantienen al interno de la escuela de medicina, el Residente 3 es aquel que está a punto de terminar su carrera, el Residente 2 es quien le sigue en jerarquía y el Residente 1 es aquel que apenas empieza su residencia en el Hospital.

Para iniciar este recorrido, se parte de una reflexión teórica contextualizada en el Ecuador, país en que el aborto está penalizado y que tiene la particularidad de que la sanción penal no se aplica. Sin embargo, existen una serie de estrategias de disciplinamiento que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres. En este contexto de aparente fuga de la legalidad, se analiza cómo el biopoder funciona sobre los cuerpos, apoyado en estrategias del temor que pretenden limitar el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre sus sexualidades.

Para profundizar en este contexto de fuga de la legalidad, se hace un breve recorrido histórico en que se puede mirar cómo el aborto en el discurso médico ha sido tratado desde la idea de crimen a la de un problema de salud pública, con los dilemas y tensiones que esto representa hasta la actualidad, ya que las propias percepciones e imaginarios del personal de salud acerca del aborto, se enfrentan constantemente con su mandato profesional de atender a las todas las mujeres y de proteger sus vidas. Este recorrido histórico, de alguna manera, permite situar en el tiempo, al centro obstétrico de la maternidad pública.

El siguiente capítulo describe el espacio específico en que se producen los legados. Es decir, la terminación institucional de los abortos que inician en la clandestinidad. Aquí, se visibilizarán los discursos del personal médico que trabaja en el centro obstétrico y de manera específica en la sala de legados, lugar en que las mujeres esperan por el procedimiento, y también en el que pasan el tiempo de recuperación. En este capítulo se pretende mostrar los diversos discursos que existen entorno al aborto y a las mujeres que abortan voluntariamente, y cómo estos se expresan en estrategias de disciplinamiento sobre los cuerpos de las mujeres. Se describirá cómo el silencio/muerte, la maternización y la complicidad condicionada funcionan como estrategias articuladas al biopoder, las mismas que se ejercen desde el discurso médico y resuenan, a su vez, en los cuerpos de las mujeres. Aquí, se visibilizará cómo el discurso médico se entrelaza con el discurso moral, rebasando la atención clínica para convertirse en sanción social y castigo.

El siguiente capítulo se concentra en las trayectorias de aborto de las mujeres, desde el momento en que supieron que estaban embarazadas, pasando por el aborto y, finalmente, por su estancia en la institucionalidad pública, en la que vivieron el proceso final del aborto mediante una limpieza de útero, realizada por el personal médico. En la

descripción de estas trayectorias se pretende dar cuenta de cómo el temor se encarna en sus cuerpos, desde el momento en que renuncian voluntariamente al mandato social de la maternidad.

Finalmente, se narran las conclusiones que arroja esta investigación. En un primer momento, aquellas que tienen que ver con el biopoder y sus formas de funcionamiento, y ejercicio a través de las estrategias de disciplinamiento. En un siguiente momento se hablará acerca de cómo dichas estrategias se expresan en el personal médico y, desde ahí, cómo resuenan en los cuerpos de las mujeres. El último punto es una breve reflexión metodológica del diálogo entre la antropología y la medicina, implicado esta investigación.

Control, cuerpo y maternidad

Este acápite desarrolla la discusión teórica de esta investigación, que expresa al temor como un mecanismo subjetivo y también disciplinario que controla los cuerpos femeninos. Este temor se manifiesta, especialmente, al momento de tomar decisiones como la interrupción voluntaria del embarazo, en contextos donde esto es un delito, como sucede en el caso ecuatoriano.

Como inicio de este acápite se tratará el cuerpo como espacio de construcción de las identidades, y cómo se pretende disciplinar al mismo desde la anatomopolítica², a fin de volverlo 'sumiso' y funcional. Lo que en el caso de las mujeres, se trataría de volverlos dóciles, para que cumplan el mandato social de la maternidad. Se problematiza aquí sobre cómo los cuerpos femeninos son disciplinados en función de la maternidad y

²Si bien la biopolítica está relacionada con la economía política, el poder y el saber, la vida como especie y cuerpo, la **anatomopolítica** tiene relación con la tecnología disciplinaria del trabajo que toma al ser humano como un cuerpo. Son prácticas que no transforman meramente al sujeto sino que lo normalizan, procedimientos de adiestramiento individual mediante un trabajo sobre el cuerpo. Por su parte, la subjetividad de los dispositivos de poder, tienen como fin "ser productores de una eficacia, de una aptitud, productores de un producto con la finalidad de obtener una mejor productividad, "un mejor rendimiento". En su operatividad se pone en marcha un conjunto de técnicas y procedimientos como son la disciplina y/o la biopolítica. El disciplinamiento, no transforma meramente al sujeto sino que lo normaliza, la regularización de la vida y el cuerpo van de la mano, coexisten y se crean nuevos mecanismos de control. La sexualidad por ejemplo está entre la encrucijada del cuerpo y la población. Es disciplinada y regularizada a través de un **biopoder disciplinario y regulador** que, según Foucault, supera al poder de la soberanía. El poder disciplinario establece espacios para la aparición de saberes determinados. Es decir que, a partir del concepto de "disciplina", el cuerpo se convierte en un blanco del poder que busca incrementar su eficacia productiva en las labores, en los comportamientos sociales y normalización de los intercambios cotidianos. Con la disciplina un cuerpo es vigilado, adiestrado, normalizado, "mejorado" y distribuido. La disciplina, dice Foucault, "es una anatomía política del detalle". De allí, nace el concepto de anatomopolítica (Foucault, 1978 y 2001).

cómo, a su vez, aquellas que renuncian voluntariamente a la misma, en algún momento de su vida, o definitivamente, de alguna manera se vuelven cuerpos que deben encauzarse, sexualidades que se deben ‘normalizar’, mediante el castigo y la sanción social.

Seguidamente, se profundizará sobre cómo el discurso del temor se enlaza con la biopolítica y genera una serie de dispositivos de control y vigilancia sobre las sexualidades femeninas. La intención es mirar cómo el discurso del temor funciona como estrategia del biopoder en los cuerpos femeninos y, a su vez, permea las subjetividades de las mujeres, generando una serie de comportamientos y culpas, que se vuelven fuertes condicionantes al momento de tomar la decisión de abortar. Aparece, así, el castigo como un dispositivo que se expresa en discursos estigmatizantes sobre las mujeres que abortan, pero, que se expresa también en ciertos tratos que las mujeres sufren en los hospitales públicos, en los que son usadas como ‘ejemplos’ a no seguir.

Para comprender como funciona el ejercicio del poder en los cuerpos de las mujeres que abortan, se relacionará el concepto de biopoder de Foucault, con las estrategias de Bourdieu (2007), ya que son justamente éstas últimas las que se expresan de forma explícita en los cuerpos. Se puede decir, que el biopoder se encarna mediante estrategias diversas de control, que norman los cuerpos y los vuelven “controlables”. Incluso cuando se trata de cuerpos que están desafiando y resistiendo el poder, como en el caso de las mujeres que abortan en contextos de penalización.

Como se podrá ver a lo largo de esta investigación las estrategias de control, rebasan las resistencias y se encarnan en el cuerpo, ordenándolo, creándole una especie de “sentido común”, desde el que se expresa el biopoder. “Lo que se ha aprendido con el cuerpo no es algo que uno tiene, como un saber que se puede sostener ante sí, sino algo que uno es”. (Bourdieu, 2007:118). Y en este contexto, los cuerpos de las mujeres desde la infancia aprenden la maternidad, por eso aunque renuncien a ella y generen resistencias, el orden y el control establecidos se encarnan mediante estrategias de control.

Contextualizando la discusión teórica, se profundizará sobre el aborto como hecho social en el Ecuador, y cómo éste sucede a pesar de considerarse delito. Aquí, se pretende visibilizar cuáles son los discursos morales y religiosos que sostienen la ilegalidad del aborto y cómo es un tema pendiente. La intención es poner este tema en

discusión desde el paradigma de derechos y el paradigma libertario, y en las tensiones existentes entre ambos.

Finalmente, se pretende visibilizar cómo las tensiones, riesgos y temores se encarnan en los cuerpos de las mujeres que abortan, generando dolores y disciplinándolas para ser madres, castigando a su vez a aquellas que renuncian a la maternidad. Se pretende poner en discusión cómo la biopolítica utiliza el temor para castigar los cuerpos femeninos.

Cuerpos dóciles, sexualidades encauzadas

El cuerpo es el espacio en que las identidades se construyen y expresan. Es decir, más allá de la cuestión orgánica y biológica, el cuerpo es el territorio en que las subjetividades e identidades se expresan y realizan. En este espacio, el género y el sexo son variables que atraviesan y moldean los cuerpos. “El sexo no solo funciona como norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir, cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir, -demarkar, circunscribir, diferenciar- los cuerpos que controla” (Butler, 2005:19). Siguiendo a Butler, los cuerpos de las mujeres están fuertemente regulados en función de su capacidad reproductora que, como se verá en líneas posteriores, se agudiza en el mandato social de la maternidad, que marca las identidades femeninas.

De hecho, el género desde la perspectiva butleriana (Pérez Navarro, 2008), es una estrategia disciplinaria que se explicita en la superficie del cuerpo articulándose a un poder coercitivo que, a su vez, puede promover también las resistencias³. Desde esta perspectiva, la imagen de matriz/útero asociada a la maternidad, se presenta como imagen de la representación de lo femenino otorgándole un sentido específico a los cuerpos de las mujeres. Sentido que marca las identidades femeninas en un “deber ser madres”⁴.

³El hecho de renunciar a la maternidad en contextos en que ésta es fuertemente valorada es, en sí, una forma de resistencia, sobre este punto se profundizará a lo largo de esta investigación.

⁴Esta situación no es muy diferente en la actualidad, sigue prevaleciendo un modelo de salud materno infantil. En el año 2010, el Ministerio de Salud del Ecuador lanzó una campaña de lactancia materna y en general, ciertas políticas asistenciales como “el Bono de Desarrollo Humano”, se centran en las mujeres en tanto madres.

Siguiendo las ideas de Chodorow (1978), la maternidad define, en gran medida, la vida las mujeres. El rol central de las mujeres dentro de las estructuras familiares se centra en el cuidado de los niños y niñas, y los hombres. De hecho, además del cuidado, se espera que las mujeres ejerzan maternidades ‘morales’, y transmitan sus valores a la familia. De esta manera, se arroja sobre las mujeres la maternidad como un hecho social, que rebasa la gestación y el parto, para convertirse en una labor continua demandante, que traspasa los límites de la familia y se convierte en una ‘forma de ser mujeres’: una maternalización de las identidades de las mujeres.

En este sentido, es importante mencionar que, históricamente, desde la ciencia el interés en los cuerpos de las mujeres ha sido fundamentalmente con relación a su capacidad reproductora. Desde inicios del siglo XX época que marca el inicio de la modernidad y la racionalidad aplicadas a las políticas de Estado en América Latina, la maternidad se constituyó en un asunto central relacionado con lo que se asumía eran las identidades femeninas.

En efecto, la idea común era que las madres tenían un papel central, no solamente en el crecimiento de la población, sino también en el proyecto de hacer de sus hijos, con el tiempo, ciudadanos sanos y productivos. Así, personas con proyectos políticos muy distintos estaban de acuerdo en, al menos, un asunto: que la dimensión más importante de la identidad femenina era la de madre y que el lugar apropiado para las mujeres era la esfera doméstica. Esto fue visto como un asunto de trascendencia nacional (Clark, 2001: 183).

Desde esta perspectiva, las políticas públicas, los avances médicos y los cuidados de la salud fueron enfocados en lograr maternidades saludables y, por tanto, las sexualidades femeninas se centraron en la reproducción y el espacio de la familia⁵. El discurso médico científico prescribió muchas actividades a las mujeres, especialmente durante el embarazo, a fin de mantenerlas dentro de sus casas, alejadas del espacio público, preparándolas para el parto y el cuidado de su descendencia. El exceso de comida, las calles, los bailes, las emociones y las relaciones sexuales sin fines reproductivos estaban vedadas. Esto visibiliza una fuerte vinculación entre el discurso moral/religioso⁶ y el discurso médico.

⁵Esta situación no es muy diferente en la actualidad, sigue prevaleciendo un modelo de salud materno infantil, en el año 2010, el Ministerio de Salud del Ecuador lanzó una campaña de lactancia materna y en general, ciertas políticas asistenciales como “el Bono de Desarrollo Humano”, se centran en las mujeres en tanto madres.

⁶En el mandato judeo cristiano, dominante en la época, las relaciones sexuales son permitidas únicamente con fines reproductivos.

Se recomienda la quietud, especialmente en los primeros tres meses. Aunque las pequeñas excursiones a pie, en terreno plano después de los alimentos se toleran bastante. Se trataba de que las mujeres no se movieran, debían estar quietas y en lo posible en sus hogares (Mannarelli, 1999: 85).

Esta vinculación tenía fines disciplinarios en relación a la necesidad de controlar los cuerpos de las mujeres y maternizarlos. Y, se puede ver cómo, a diferencia de las formas violentas de dominación de los cuerpos, la disciplina es un arte sobre el cuerpo humano, en el cual los sujetos en este caso las mujeres, aceptan la sujeción.

[...] que no tiende únicamente al aumento de sus necesidades ni tampoco a hacer más pesada su sujeción, si no a la formulación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace más obediente cuanto más útil y al revés (Foucault, 2002: 83).

La disciplina es parte de una anatomía política que recompone los cuerpos haciéndolos dóciles, incorporando en ellos ciertos sentidos y anulando en gran medida las posibilidades de resistencia. En el caso de los cuerpos de las mujeres la maternidad, incluso sin ser siempre deseada, se convertiría en una forma de cumplir con el ‘deber ser’ y cumplir con el rol que les ha sido impuesto. Se trata aquí de un ‘cuerpo político’ atravesado por relaciones de poder.

[...] como conjunto de los elementos materiales y de las técnicas que sirven de armas, de relevos de vías de comunicación y de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de saber que cercan los cuerpos humanos y los dominan haciendo de ellos unos objetos de saber (Foucault, 2002: 19).

Siguiendo estas mismas ideas, sería la anatomopolítica la encargada de normar estos cuerpos, haciéndolos dóciles y funcionales de una manera casi imperceptible, y por momentos naturalizada. De tal manera, el poder atraviesa la piel y le otorga a los cuerpos sentidos y disciplinas que les permiten ‘funcionar’ en un sistema dado.

Así la normatividad penetra los cuerpos, los atraviesa, para constituirse en un discurso encarnado, hecho cuerpo en los sujetos que toca y posee. Para ello, las estrategias han consistido en establecer juegos disciplinarios para ordenar estos cuerpos. Estrategias que implican el buen encauzamiento; el rigor de unas costumbres sexuales clasificadas y estandarizadas por estos grupos y discursos; una mirada científica-religiosa-política de la vida (Mujica, 2007: 79).

Desde esta perspectiva, las mujeres que se niegan a asumir la maternidad se convertirían en seres abyectos que deben encauzarse y disciplinarse mediante diversas estrategias que

incluyen el castigo social e incluso en ciertos países, como Ecuador, la sanción legal⁷. El asunto radica en que las mujeres que renuncian voluntariamente a la maternidad son mujeres que incumplen la norma y que expresan en sus propios cuerpos un desafío a las disciplinas, y por tanto al biopoder.

Y, aquí, el género cobra una importancia especial: los cuerpos de las mujeres son disciplinados para ejercer una sexualidad basada en sus capacidades reproductivas y en esa medida sus cuerpos (nuestros cuerpos), son normados y encauzados a diferencia de los cuerpos masculinos. Se le ha considerado como un ser dirigido sustancialmente a la reproducción. Su rol, adscrito de este modo a su cuerpo, queda estancado y configura un encierro del cuerpo por sí mismo (Mujica, 2007).

Temor y biopoder

Como se dijo en líneas anteriores, las disciplinas sobre el cuerpo no necesariamente se expresan de manera violenta, por el contrario, las disciplinas persuaden y controlan las actividades de los cuerpos, marcando ritmos, funciones y tiempos precisos, de manera sutil y cotidiana, de tal manera que las normas se naturalizan. La disciplina tiene como función “encauzar las conductas”, no encadena las fuerzas por lo contrario las vuelve funcionales: La disciplina fabrica individuos, es la técnica específica de un poder que se da a los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de un ejercicio (Foucault, 2002:104).

Es así que, las disciplinas establecen una especie de infra penalidades que reprimen conductas cotidianamente, actuando sobre los cuerpos de manera más acelerada que las leyes. Todo lo que se realiza fuera de las normas es castigado con una referencia natural y en algunos casos también jurídicos y, evidentemente, el castigo causa temor físico, pero también, un temor social a ser estigmatizado y aislado.

Aparece la biopolítica como una forma de regularización de la vida humana que actúa directamente sobre los cuerpos; del control punitivo se pasa a la responsabilidad sobre el cuidado y las propias acciones. Desde esa perspectiva, las políticas de Estado se construyen normando y regularizando la vida misma, no desde la punición sino desde el control y la auto-responsabilización, el cuerpo es protegido por los derechos y, a la vez,

⁷ En la maternidad es donde, en relación a los cuerpos femeninos, el saber/poder se encuentra tanto a través del ‘descubrimiento’ científico y la experimentación, como en el discurso en que las mujeres son descritas, desde sus aparatos reproductivos.

controlado y limitado por los mismos. Mediante estrategias como la disciplina y el temor, la biopolítica pretende, entonces, normar y controlar los cuerpos (Mujica, 2009).

Si bien el concepto de biopolítica es fundamental en el desarrollo de la presente investigación, también se considera de suma importancia abordar los conceptos de cuerpo, dominación y estrategias de Bourdieu (2000), puesto que, el temor se presenta como una estrategia que opera en dos sentidos. Por un lado, existe el temor a incumplir la norma y a la consecuente sanción social que ello representa. Y, por otro lado, surge un temor subjetivo que tiene que ver con los sentimientos interiores que se producen al incumplir el mandato social, relacionado con el gobierno de sí (Foucault, 1990), y con los sentimientos de culpa que apelan al interior de las personas.

Sobre el temor a incumplir la norma, tanto subjetivo como social, se puede decir que tiene su soporte en la estrategia del miedo que evitaría, en muchos casos, que las personas incumplan la norma. En relación al castigo, se comprende que quien ha infringido la norma hace daño al cuerpo social del cual es parte y, por tanto, se debe sancionar a quien desordena el cuerpo social. De tal manera que, el castigo es también una forma de mantener el orden. Para ello, se expresa como una representación del dolor que puede llegar a causar el incumplimiento de la norma, provocando así el temor de infligir la legalidad.

Desde esta perspectiva, las mujeres que abortan son mujeres que incumplen el mandato social de la maternidad, que ejercen su sexualidad más allá de la reproducción y, así, perturban el orden y el control; no cumplen con la tarea socialmente impuesta de maternidad (Gebara, 2002).

Y, aquí, el temor es el soporte del ejemplo y, por tanto, de la norma. Las leyes funcionan, entonces, como soportes del temor, y las penas se aplican y se usan como ejemplo a fin de evitar la repetición de la ilegalidad, y ésta es la forma de castigo que se utiliza con las mujeres que pasan por el proceso de aborto voluntario. Mujeres que, si bien no son castigadas por las penas legales directas, sí son socialmente sancionadas, al asumirse que, por renunciar a la maternidad están afectando al cuerpo social y es, de hecho, este cuerpo social el encargado de sancionar mediante discursos y actitudes violentas y discriminatorias a las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo. Más aún, sobre el cuerpo de las mujeres interviene el poder político y también la

disciplina, ambas coaccionando las posibilidades de tomar decisiones autónomas, pero, a su vez, generando importantes resistencias, como se verá a lo largo de la investigación.

El cuerpo se encuentra aquí en una situación de instrumento o de intermediario; si se interviene sobre él...es para privar al individuo de una libertad considerada a su vez como un derecho y un bien. El cuerpo según esta penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y privación, de obligaciones y prohibiciones. El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya elementos constitutivos de la pena (Foucault, 2002: 9).

Por otro lado, está el temor subjetivo en que la culpa aparece como herramienta normativa y controladora. Esta culpa tiene que ver con la renuncia voluntaria a la maternidad, considerada como el deber ser y la esencia de las identidades de las mujeres. Aparece una especie de miedo a algo que podríamos llamar la muerte social al no cumplir con el rol culturalmente dado y socialmente normado para las mujeres.

Este temor, siguiendo las ideas de Bauman (2007), tiene que ver con un sentimiento de haber hecho el mal, rebasando así las normas y el entendimiento. En el ámbito de la religión judeocristiana, aunque no está definido cuando el aborto se considera como tal, sí se describe en una larga lista de pecados; se concibe como un problema moral que es necesario castigar y, a su vez, serán el alma y la conciencia las encargadas del auto-castigo. Para la religión católica apostólica y romana⁸ más conservadora, el aborto es un pecado mortal que lleva a la excomunión de la mujer que lo ha realizado. Es decir, ella es expulsada de su comunidad religiosa, lo que remite a la “muerte social” y al aislamiento.

En el contexto de esta investigación, es necesario afirmar que existe una fuerte matriz cultural católica apostólica y romana⁹ que marca las decisiones y conductas de las mujeres frente al tema de la maternidad y el aborto. Las mujeres que abortan en este contexto se enfrentan probablemente al temor de sentirse y, a su vez, de ser vistas como malvadas y, por tanto, ser excluidas o rechazadas.

⁸ Aquí, es necesario señalar que no existe un único discurso en el cristianismo acerca del aborto. Hay posiciones diversas que van desde lo más conservador que se explicita en el texto, hasta discursos de avanzada como, por ejemplo, el de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), movimiento católico cuya agenda principal es la despenalización del aborto.

⁹ En esta ideología religiosa, la mujer más importante es justamente la madre, quien no sólo es madre de Dios, sino que concibió sin ‘pecar’, esto es, sin tener relaciones sexuales, sin placer. Una vez más, aparece la idea central de la reproducción por sobre el ejercicio placentero de la sexualidad. Desde esta perspectiva, las mujeres que abortan son doblemente culpables: deciden no cumplir con el mandato social de maternidad y ejercen una sexualidad que no tiene fines reproductivos.

En este sentido, la penalización del aborto funcionaría como una política de Estado de control de las sexualidades de las mujeres. Política que, más que asentarse en la aplicación de la ley, se estructura en una serie de discursos que criminaliza a las mujeres que abortan, ejerciendo así violencia sobre sí mismas, lo cual incluye la aceptación de maternidades obligatorias y la maternización como cuestión identitaria fundamental.

El aborto como hecho social

El aborto, además de ser un proceso biológico que sucede en el cuerpo de las mujeres, ya sea de manera espontánea o por intervención voluntaria o involuntaria, es un hecho social que está atravesado por cuestiones de disciplina, control, penalización, clandestinidad. Por lo tanto, también lo son las resistencias de aquellas que abortan, y cuestiones más complejas como ciertas complicidades que permiten que los procesos de aborto terminen con legrados realizados en los Centros Obstétricos de los hospitales públicos.

El aborto, visto como un hecho social que sucede en los cuerpos femeninos, pensando los mismos como espacios de construcción de la identidad, marca a las mujeres que deciden abortar en condiciones clandestinas, poniéndose en riesgo. Desde esta perspectiva,

definimos el aborto, en primer lugar como un hecho social denso y complejo que ocurre en el contexto de relaciones de poder de distinto tipo: de género, económicas, legales-jurídicas: conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y de la ética, de los significados de la maternidad. Su complejidad está dada porque no se trata de la sumatoria de planos y relaciones, si no que el aborto ocurre en la intersección y articulación de esos planos y sistemas de relaciones (Sanseviero, 2003:17).

El aborto entra en debate, precisamente, porque atraviesa diversas esferas de poder y matrices culturales que, como se mencionó en líneas anteriores, tienen una fuerte valoración de la maternidad, que equipara a las mujeres con ser madres. Desde esta perspectiva, las mujeres que abortan son, de alguna manera, subversivas ante el mandato social de la maternidad. Y, a fin de normarlas y controlarlas, se despliegan una serie de dispositivos y estrategias tanto morales, como penales que las criminalizan y sancionan, haciendo de una decisión sobre el propio cuerpo, un delito penal.

Otro punto importante que entra en este debate tiene que ver con la discusión teológica/biomédica acerca del inicio de la vida. Cabe señalar que la discusión de la vida del feto es reciente. Incluso, los primeros ideólogos católicos hablaban de que el alma (lo que le daría valor a la vida desde una perspectiva teológica) solo era otorgada al feto a los cuarenta días de la concepción. Sin embargo, es la misma religión la que posteriormente, criminalizará el aborto:

Hasta el siglo XIX, la ley canónica considera el aborto como un homicidio luego del momento de la animación, es decir- según Tomas de Aquino- a partir del día cuarenta después de la concepción para el feto macho y a partir del día ochenta para el feto hembra. A excepción de un corto periodo a mediados del siglo XVI – en que el aborto era castigado mediante la excomuni3n-, el aborto practicado en los primeros meses del embarazo no era considerado como un acto punible por la Iglesia Cat3lica. Recien en 1869, el Papa Pío IX decreta que la animaci3n ocurre en el momento de la concepci3n y por ende el aborto implica la excomuni3n (Pecheny, 1998:88).

Lo que subyace en esta valoraci3n acerca de la vida del feto tiene que ver con la discusi3n bioética sobre el valor de la vida, lo que es uno de los campos de discusi3n política más importantes del siglo XX. En este debate se exponen básicamente dos cuestiones: el discurso biológico sobre la vida del viviente humano y el discurso de la vida acerca de la persona. Es decir, una diferenciación muy fina entre la vida por sí mismo y la vida una vez que se tiene el estatuto culturalmente construido de persona.

Persona, entonces, no es una categoría unitaria, no es una categoría de lo biológico, no es una categoría que provenga de la naturaleza misma, o de la profundidad última de la conciencia. Se trata, más bien, de una categoría cultural que en algunos casos se ha construido a través de los dispositivos de los sistemas teológicos jurídicos o políticos. La Persona, como la conocemos hoy, es una construcción tardía cuyo origen puede rastrearse en la historia recién de occidente (Mujica, 2009: 25).

Para ciertos grupos conservadores, autodenominados Provida, el aborto es considerado como un asesinato, ya que le otorgan sentido de ‘persona’ al cigoto desde el momento de la fecundaci3n:

El no nacido es una persona, pues no existe ninguna otra forma de ser humano que el ser personal. Sin embargo, los ordenamientos jurídicos a veces establecen ficciones sobre quién es persona y quién no, pero estas ficciones no alteran la realidad de las cosas (Grupo Provida, s/r).

En estos discursos, el concepto de persona no es diferente a la vida del viviente humano y, por tanto, los fetos son vistos desde su concepci3n como sujetos de derechos y así, el

aborto sería un asesinato, sin tomar en cuenta que estos fetos crecen y necesitan del cuerpo de las mujeres para poder nacer. Es decir, desde esta perspectiva, no se toma en cuenta que son seres ni mínimamente autónomos, y tampoco han pasado por ningún tipo de culturización y, por tanto, es difícil considerarlos como personas.

Si bien esta investigación no ahonda acerca de la discusión sobre la vida de la persona versus la vida del no nacido, sí resulta importante señalar que la criminalización del aborto es un hecho en el que intervienen múltiples factores desde lo ético, lo político, lo biomédico y en el que se juegan además relaciones de poder y el ejercicio de los derechos de las personas. Sobre todo, en relación a la posibilidad de las mujeres a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, tomando en cuenta que es el cuerpo el espacio primero en que se ejercen los derechos. “Poder ser implica, centralmente, la delimitación de un lugar de soberanía desde el cual ser, y ese lugar es el propio cuerpo” (Sanseviero, 2008:20). Sin embargo, las mujeres tienen pocas posibilidades de ejercer su autonomía desde el cuerpo, esto es, desde el territorio donde construyen su identidad.

Desde esta perspectiva, y siguiendo las ideas de Mujica (2009) sobre la vida¹⁰, el aborto es un punto de tensión entre la vida de las mujeres y sus posibilidades de ejercer sus derechos y la vida del viviente humano, que es, a su vez, una vida dependiente de la vida de la mujer. Cabe decir que, en este debate, la institución estatal y las leyes cobran importante fuerza, ya que delimitan tanto quién es sujeto de derechos, como también cuáles son estos derechos.

En el Ecuador el aborto está penalizado salvo dos causales: cuando corre peligro la vida de la madre o cuando el embarazo es producto de la violación a una mujer demente o idiota¹¹. Sin embargo, y a pesar de estar codificado, la ley no llega a aplicarse, lo que no evita que el aborto esté fuertemente criminalizado y se dé en el marco de la

¹⁰ Los siguientes son argumentos de los grupos Provida en contra del aborto: “dicen que un óvulo fecundado es igual a una persona, dicen que la carga genética del ovulo fecundado es distinta a la carga genética de la madre por lo tanto es diferente, la madre no puede decir que es parte de su cuerpo por lo tanto no puede decidir sobre ese otro ser humano que ya es persona, y bueno de ahí que es lo más contundente en términos científicos, también hablan de que ya a las seis semanas, siete semanas ya no es embrión. En fin, entonces, ellos plantean que el óvulo fecundado es una persona con derechos (entrevista a Virginia Gómez, 2009).

¹¹Art. 447.- “El aborto aplicado por un médico, con consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviera en posibilidad de prestarlo, no será punible: 1. Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la 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 en una mujer idiota o demente (Constitución de la República del Ecuador, 2008). En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer” (Código Penal Ecuatoriano - Registro Oficial suplemento 147, 1971).

clandestinidad y el estigma social. En este sentido, el aborto es un hecho social que va mucho más allá de una intervención clínica y que, por el contrario, está cargado de significados y discursos que criminalizan a las mujeres que deciden abortar.

Cabe decir que, los abortos voluntarios en el Ecuador se dan en el marco de la tensión entre la clandestinidad y la ilegalidad y, también, la tensión entre la que tiene dinero y la que no, y la que tiene información y la que no, de un proceso que inicia con una intervención proscrita por la ley y termina, en muchos casos, con un proceso médico realizado en los servicios públicos de salud. Lo que podríamos llamar cierta complicidad entre la condena pública y una tolerancia privada, expresada en las instituciones públicas que atienden cotidianamente a las mujeres que llegan con complicaciones post aborto y, sin embargo, no se pronuncian para que dicho proceso deje de ser clandestino, por el contrario, re-victimizan a las mujeres con discursos moralistas y tratos discriminatorios.

La clandestinidad en que se dan los abortos voluntarios marca este hecho de criminalización, estigma y temor, en la medida en que las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo deben hacerlo de manera ‘oculta’ y sin ningún tipo de garantías sobre su salud.

Por otro lado, la criminalización trasciende el hecho del aborto, lo que las hace verse a sí mismas como criminales en la mayoría de casos¹², lo que definitivamente las pone en una situación de vulnerabilidad social en varios sentidos: en relación a su propio cuerpo y salud, frente a la aplicación de la ley, en relación al discurso social y las opiniones de quienes conocen de su situación y, finalmente, sin ser un hecho menor, frente a sí mismas.

Con este antecedente, el aborto como hecho social debe analizarse tomando en cuenta las formas materiales y simbólicas de su gestión, así como el contexto cultural en el que se produce. Más aún, es necesario visibilizar las relaciones de poder que se juegan sobre los cuerpos de las mujeres y qué estrategias emplean a fin de controlar los cuerpos femeninos.

La tensión existente entre la clandestinidad y la legalidad tiene también sus implicaciones en la medida, en que el hecho social del aborto se produce en una frontera invisible donde quienes viven el temor y la desprotección son aquellas mujeres que se

¹²Se debe recalcar que probablemente las mujeres que han estado formadas en temas de derechos sexuales y derechos reproductivos tienen una tendencia menor a autocriminalizarse.

someten a procesos inseguros que generalmente son las más pobres, las más desinformadas y solo en casos de emergencia o complicación acuden al servicio de salud, espacio en el cual como se verá en el desarrollo de este documento, son sancionadas socialmente y reciben un trato estigmatizante y discriminatorio. “Lo que revela como un continuo, el poder objetivo -poder de orientar y determinar conductas de las que se derivan consecuencias en todos los planos– de una fuerza subjetiva que radica en apreciaciones socialmente construidas acerca de la mujer, sexualidad, la maternidad, la ley, la medicina” (Sanseviero, 2003:73).

Desde esta perspectiva, la penalización del aborto funciona sobre todo como un discurso del temor (ya que la ley no llega a aplicarse), que pretende controlar las sexualidades de las mujeres normando lo que es socialmente aceptado y calificando de delito lo que no responde al mandato social de la reproducción. Pero, más aún, la penalización del aborto pone en una situación de riesgo y de vulnerabilidad a las mujeres, haciendo de un proceso sencillo como lo es el legrado, aspiración manual endouterina y/o aborto medicamentoso, una intervención riesgosa y carente de garantías sanitarias. Lo que, además, por estar ubicado en la clandestinidad y no ser denunciado, ‘ahorra’ al Estado su obligación de proveer a las mujeres de métodos anticonceptivos, que les permitan un control seguro de sus cuerpos y fecundidades¹³. “Al no regularlo como un derecho de las mujeres, pareciera que el Estado asume la práctica del aborto clandestino como un método de control natal” (Díaz Talamante, 1994:32).

Por otro lado, el discurso de la penalización y el delito contribuye en la criminalización y el temor que sienten aquellas mujeres que, al tomar decisiones sobre

¹³En el Ecuador existe la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Registro Oficial 348, 5 de septiembre de 2006): Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado. Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones: a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

su propio cuerpo, están quebrantando las leyes. De esta manera, estas mujeres son víctimas de una violencia ‘naturalizada’ que les recuerda y recrimina la falta cometida.

“Algunas de las violencias presentes son asumidas por todos los protagonistas como algo ‘natural’, derivadas de un sentido común adoptado por todos sin necesidad de discusión” (Sanseviero, 2003:18). Aquí, cabe recalcar que la sobrevaloración de la maternidad¹⁴ hace, a su vez, que el aborto *per se* sea visto socialmente como un acto criminal, porque atenta contra una vida¹⁵ que es considerada ‘sagrada’.

La afirmación de lo sagrado de la vida resulta tan pregnante que lo que importa únicamente es defenderla, y no importan ya las especulaciones eruditas sobre el embrión ni las razones en juego para no abortar o sí. Como por arte de magia –o del terror- la invocación al valor sagrado de la vida de todo individuo consiguió hacer olvidar la cuestión previa del status fetal (Klein, 2005: 210).

Con estos antecedentes, se puede visibilizar que las mujeres al momento de abortar viven diversas formas de temor, tanto de orden externo que tienen que ver sobretudo con el castigo legal y la salud. Y, también, de orden subjetivo que se refieren al discurso social y a su propia percepción de sí mismas. “Es un momento difícil, generalmente, las mujeres sienten una especie de vértigo, una enorme ansiedad. Quieren que todo pase rápido y al mismo tiempo tienen miedo, quisieran no vivir nada de lo que están viviendo”. La mayoría están solas, aun aquellas que tienen pareja (Sanseviero, 2003:149).

Me pregunto si el temor es una sensación poderosa, es también la misma sensación la que empuja a las mujeres a abortar. Temor, miedo, precisamente a no poder cumplir con el rol materno adecuado con el hijo/a, fallar en el objetivo de lograr la maternidad ideal en muchas mujeres. Y, ese miedo es el que las obliga a interrumpir ese embarazo a cualquier costo.

Entre el paradigma de derechos y el paradigma libertario

El aborto como hecho social se inscribe en el campo del debate sobre sexualidad, y en este marco, siguiendo las ideas de Araujo (2008), es necesario señalar que en América Latina ha sido el paradigma de derechos el que más peso ha tenido dentro del

¹⁴“Desde muy pequeñas las mujeres construyen su cuerpo y su vida a través de la maternidad. Es así como las niñas juegan con muñecas, cuidan a sus hermanos pequeños, de esta manera las mujeres siempre somos madres” (Varea, 2008: 27).

¹⁵ Es importante señalar que la vida de la mujer como persona no es la que se sacraliza en este discurso.

movimiento feminista, así como desde la perspectiva teórica. Lo cierto es que el interés por estrategias de tipo institucional y jurídico, reflejadas en la importancia otorgada a intervenir en la demarcación de la relación entre el Estado y la sociedad, especialmente enfocadas en la generación, respeto y ejercicio de derechos, es una característica indiscutible de la discusión y acción feminista latinoamericana (Araujo, 2008:30).

Desde el enfoque de derechos, el aborto es visto como un problema de salud pública y político que tiene que ver con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el tema fundamental es que se diseñen políticas públicas, que regulen desde el Estado el ejercicio de dichos derechos.

Considerar el aborto voluntario desde una perspectiva de derechos supone el esfuerzo de situarse en la intersección de las prácticas sociales en las cuales se produce la necesidad y se concretan (o no) los abortos, y los planos discursivos, las categorías políticas y las normas jurídicas del derecho internacional de los derechos humanos... así entonces, la dignidad de las condiciones sociales en que se producen los abortos voluntarios son dimensiones claves para evaluar las condiciones de realización del derecho a decidir” (Sanseviero, 2008:18).

En este mismo marco teórico el debate se centra en el ejercicio de los derechos y las relaciones inequitativas de poder entre los géneros. Aquí, se plantea el aborto como un problema del ejercicio del derecho de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres frente a sociedades en que los hombres son quienes construyen las leyes y definen lo que se considera o no delito. La apuesta, entonces, tiene que ver con la posibilidad de instaurar nuevas formas de vivir la sexualidad, en las que las relaciones de poder entre hombres y mujeres no sean desiguales (Araujo, 2008:32).

Desde el paradigma libertario la autonomía del propio cuerpo y el consentimiento se convierten en el tema central del discurso, la posibilidad de ejercer y vivir el placer de una sexualidad libre es el argumento que lleva a plantear el aborto como el necesario ejercicio del derecho de decidir sobre el propio cuerpo.

Desde esta perspectiva, el levantamiento de las prohibiciones y mecanismos inhibidores permitirá la emancipación de las personas al devolverles la capacidad de disponer de sus cuerpos y desarrollar de una manera más satisfactoria, libre y conciliadora de relación consigo mismo y los demás (Araujo; 2008:32).

Una de las diferencias fundamentales entre ambos paradigmas tiene que ver con el papel que ambas le atribuyen a la institución estatal¹⁶. Mientras que en el primer caso se aboga porque el Estado genere leyes que permitan un igual ejercicio de derechos entre hombres y mujeres, en el segundo caso la intención es que el Estado se inmiscuya lo menos posible en la sexualidad de las personas, “un mínimo institucional y un máximo individual...” (Araujo, 2008) y, en este caso, el aborto estaría vinculado a la intimidad de cada mujer.

Como se dijo en líneas anteriores, en América Latina la fuerza del discurso se ha puesto en el paradigma de derechos y, cabe recalcar que, antes que el aborto la maternidad fue y es vista como un derecho y una exigencia de protección y garantía frente al Estado. “La maternidad en sus diversos aspectos se convirtió en un asunto más central. La preocupación por la mortalidad infantil y materna orientó la manera en que los médicos se acercaron al cuerpo femenino y a los diversos ciclos de la vida reproductiva y sexual de las mujeres... la maternidad como un derecho se elaboró tanto entre la comunidad médica y las mujeres vanguardistas” (Mannarelli, 1999:71).

Desde esta perspectiva histórica, en nuestra región la pelea más que por el derecho al aborto ha tenido que ver con el derecho a la maternidad, como una elección. Sin lugar a dudas, esto implicaría que las maternidades sean voluntarias. Con estos antecedentes se vuelve complejo que el aborto como tal se convierta en una reivindicación central relacionada con el derecho a decidir, por el contrario, la despenalización del aborto se ha buscado con relación a evitar la muerte materna¹⁷. Es decir, partiendo del valor de la vida de las mujeres en tanto potenciales madres.

“Se ha politizado la maternidad, haciendo de ésta una fuente de garantías en relación a los derechos básicos de las mujeres, como la educación y la salud. Desde la época republicana hasta la actualidad, la ciudadanía de las mujeres ha estado ligada a la maternidad. Para las mujeres adolescentes la maternidad es una forma de ejercer los derechos que no tienen en su vida cotidiana” (Varea, 2008: 26-27). Siguiendo estas ideas, la lucha por la despenalización del aborto se vuelve un tema escabroso, en tanto

¹⁶ “Estas críticas ponen el acento en la tensión entre regulación y libertad. Buscan revelar, desde una de las orillas, de qué manera la regulación puede ser fuente de exclusión, normalización y jerarquización. Desde la otra orilla, se trata de develar cómo el argumento de la libertad puede ser excusa para la preservación de relaciones de dominio y violencia” (Araujo, 2008: 31).

¹⁷ Se habla de muerte materna, es decir de muertes de potenciales madres y no de mujeres que han decidido no serlo lo que visibiliza el fuerte influencia maternalista de la región.

que la relación entre los derechos de las mujeres y la maternidad tienen un vínculo muy estrecho.

Esta perspectiva guarda ciertas tensiones en relación al paradigma libertario, ya que para éste, el aborto más allá que un problema de salud pública tiene que ver con la necesidad de ejercer la sexualidad de una manera libre y autónoma. Es decir, en el marco de este paradigma, más que de un problema de salud pública se habla de la soberanía de los cuerpos.

Ahora bien, para centrar esta discusión en el contexto de la investigación, se puede decir que el fuerte componente maternalista que atraviesa nuestras matrices culturales hace que el primer paradigma pueda cobrar más fuerza. Ya que este paradigma no aborda de manera explícita el libre ejercicio de la sexualidad, sino por el contrario, parte de las igualdades básicas entre géneros.

Por el contrario, el paradigma de derechos trata el tema del aborto como asunto que concierne a la salud pública en la medida en que afecta la salud de las mujeres, quienes eventualmente podrían llegar a ser madres. Lo que se hace explícito en el discurso salubrista en relación a evitar la muerte materna por cuestiones prevenibles¹⁸. En este discurso no se habla de las mujeres como tales, sino por el contrario, de las mujeres en tanto, madres. Si bien esta visión acerca de los derechos de las mujeres ha impulsado importantes reivindicaciones en la región, probablemente, también ha limitado las posibilidades de reivindicar temas como el aborto, ya que si se mira la maternidad como la posibilidad de ser ciudadanas, la renuncia a la maternidad voluntaria llevaría consigo el temor a renunciar a la ciudadanía.

En esta investigación no se pretende resolver la tensión existente entre ambos paradigmas, pero, se hace necesario vincularlos al aborto como un hecho social, que tiene que ver de manera directa con las sexualidades femeninas y con las posibilidades que tienen las mujeres de ejercer sus derechos y su autonomía.

Desde un enfoque libertario, en cambio, el tema pasa por la liberación de la sexualidad y el reconocimiento del cuerpo como espacio de emancipación, y aquí la despenalización del aborto ya no sería el punto fundamental, sino la liberación de las sexualidades que incluye varios temas además de la reproducción. Esta liberación de las

¹⁸En el Ecuador existe incluso un Plan Acelerado de Reducción de la Muerte Materna, publicado por el Ministerio de Salud Pública en el 2008.

sexualidades implica que existan garantías para ejercer la sexualidad libremente, y pocas leyes que sancionen o limiten su ejercicio.

Ambos paradigmas presentan cuestionamientos acerca de cómo abordar la sexualidad y qué espacio deben jugar las instituciones en el control del cuerpo. Pero, en el caso del paradigma de derechos, la limitación estaría en seguirle otorgando y, aún más, exigiendo al Estado que intervenga en el cuerpo y genere normas que promuevan sexualidades tal vez más igualitarias, pero limitadas al fin. “En el caso del paradigma libertario, el límite tal vez estaría en contextos con una tradición patriarcal, donde eliminar las leyes que regulan las relaciones entre los géneros abriría las puertas a mayores inequidades y abusos”. (Araujo, 2008: 34).

A lo largo del análisis el tema del aborto continuará problematizándose sobre la tensión entre ambos paradigmas y debates, apuntando a la posibilidad de comprender este hecho social como un derecho, pero también, como la posibilidad de ejercer libremente la sexualidad y la autonomía en el cuerpo.

En lo que va de estas líneas se ha pretendido problematizar acerca el temor, funcionando como forma de control del cuerpo de las mujeres cuando de renunciar voluntariamente a la maternidad se trata. Los temores, tanto disciplinarios como subjetivos, se encaran en los cuerpos debido a múltiples estrategias del biopoder, que van desde las mismas leyes hasta los diversos discursos sociales que se despliegan en torno a las sexualidades y al aborto. Cabe decir, que este temor probablemente marca las decisiones en lo referente a sus sexualidades, tanto cuando asumen maternidades forzadas como cuando deciden abortar.

Sinopsis de los capítulos

En esta investigación se reconstruirá, con aquellas mujeres que han decidido interrumpir sus embarazos, las trayectorias que recorrieron desde la clandestinidad, el temor y la soledad, hasta la institución pública, espacio en que, tanto el temor como la soledad, siguen presentes. Al ser las trayectorias abortivas procesos estrechamente vinculados a los cuerpos, se considera que estos peregrinajes, desde el momento en que se enteran de que están embarazadas hasta que finalmente llegan a la Sala de Legrados de la Maternidad Isidro Ayora, marcan sus identidades y probablemente produzcan fuertes

sentimientos de angustia, culpa y temores que se encarnan en sus cuerpos, expresándose en sus auto-percepciones.

Para esto, después de esta primera discusión teórica, se describirá el escenario en que terminan los abortos: la Sala de Legrados del Centro Obstétrico de la Maternidad. Las prácticas que ahí se realizan en relación a las mujeres que llegan con abortos incompletos, tanto desde la percepción de las mismas mujeres como del personal que las atiende. Se intentará visibilizar qué mecanismos disciplinarios y de temor atraviesan este espacio.

En el siguiente capítulo se pretende reconstruir las trayectorias de aborto vividas por las mujeres, para descubrir con ellas de dónde provenían los temores y cómo fueron marcando sus decisiones, su cuerpo e incluso sus sentimientos posteriores al aborto. Aquí, visibilizaremos cómo el temor se encarna en los cuerpos femeninos y cómo las resistencias funcionan, a fin de poder tomar las decisiones que implica hacerse un aborto en un contexto de riesgo y clandestinidad.

Después de este antecedente, se pondrá en debate esta tensión y complicidad existente entre la legalidad y la clandestinidad, tensión que afecta de manera directa a las mujeres que abortan y que, al mismo tiempo, les permite tomar esa decisión, aún cuando ésta se dé en condiciones de temor e inseguridad. Para este análisis se retomarán con fuerza los ejes centrales del paradigma de derechos y del paradigma libertario. Además, se hará una comparación con un estudio realizado en Uruguay, en que las tensiones entre clandestinidad y legalidad son similares al caso ecuatoriano.

Finalmente se pretende concluir acerca del biopoder en su relación con los temores y el control de los cuerpos, en el caso de las mujeres que abortan cotidianamente en el país en condiciones de riesgo e inseguridad. Mujeres frente a las que el Estado mantiene un silencio que, si bien permite un margen de acción, ya que las leyes no se aplican, es cómplice de la inseguridad, los riesgos y el estigma que se vierte sobre las mujeres que abortan.

CAPÍTULO II

ABORTO: CRIMEN Y SALUD

La intención de este capítulo es contextualizar en el tiempo y en la ciudad de Quito la atención en la maternidad de post-abortos, provocados anteriormente. Se propone, entonces, una mirada histórica sobre los discursos que se han vertido acerca del aborto provocado y de las mujeres que llegan en esta situación en busca de atención en el centro obstétrico.

Para este recorrido histórico, se ha realizado una investigación de archivo recuperando las tesis que la escuela de obstetricia produjo sobre el tema, desde finales de los años sesenta hasta los años ochenta del siglo XX. Se ha escogido este periodo de tiempo porque coincide con la llegada de los métodos anticonceptivos modernos al país, lo cual se presume pudo haber incidido en prácticas sexuales más libres que rebasaban la reproducción. “En mayo de 1960 la *Food and Drug Administration* anunció su autorización para que para que las píldoras de combinación hormonal Enovid... fueran comercializadas con fines anticonceptivos” (Felitti, 2008:162). En palabras de esta autora, este tiempo se constituye en una especie de bisagra, en que aparecen diversas tensiones entre las políticas de control de la natalidad, la posibilidad de vivir la sexualidad más allá de la reproducción y, a la vez, en el mismo contexto, la permanente influencia de la iglesia católica y la sobrevaloración de la maternidad, vigente hasta la actualidad.

En este contexto, el aborto se empieza a tratar como un problema de salud pública en tensión con la idea previa y persistente del aborto como un crimen, situación que se evidencia tanto en las novelas estudiadas por Varea (2008), como en una serie de tesis de licenciatura producidas en las escuelas de medicina, derecho y obstetricia de la Universidad Central en esa época.

El énfasis de esta investigación de archivo se centró en la tesis de Ivonne Araus¹⁹, *Estudio de aborto provocado e investigación de infertilidad en la Maternidad Isidro Ayora* (1967), de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, como una pieza clave de los cambios que empiezan a producirse en los discursos sobre el aborto en la ciudad. Se escogió esta tesis en primer lugar porque, frente a las otras tesis halladas que tratan el aborto desde una perspectiva puramente biomédica, ésta intenta sobre todo visibilizar las causas por las que las mujeres de esa época se

¹⁹ Ivonne Araus fue la primera mujer, y obstetra, directora de la Escuela de Obstetricia en 1984. Antes de ella siempre habían sido hombres ginecólogos los directores de la Escuela (entrevista a Ximena Cevallos, 2011).

realizaban abortos. En segundo lugar, el tema y el lugar de estudio de la tesis coinciden en mucho con mi propio estudio, por lo que ofrece la posibilidad de contextualizar históricamente mi propia investigación.

Además, he podido conocer y entrevistar a la autora de la tesis y a la actual directora de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, con el fin de obtener de sus propias voces una descripción histórica de los procesos de atención a abortos provocados, que se han realizado durante décadas en el centro obstétrico.

Esta pequeña introducción histórica, básicamente, permite mirar que la atención al aborto provocado no es una cuestión reciente, sino por el contrario ha sido parte de las prestaciones de servicios de salud que se ofrecen en el centro obstétrico. Pero que, durante décadas, se han enmarcado en la tensión y ambigüedad, de proteger, por un lado, la vida de las mujeres y, por otro, de criminalizarlas y disciplinarlas.

Para hacer esta introducción histórica se tomará la periodización que propone Varea (2008) sobre los discursos que alrededor del aborto se construyen en la ciudad, partiendo de los años cincuenta en que al aborto aparece, sobre todo, como un problema moral, para en los años sesenta avanzados empezar a tener matices de un problema de salud pública y, finalmente, en el contexto de los años noventa convertirse en un tema de soberanía de los cuerpos de las mujeres. Cabe decir, que los discursos a lo largo de las décadas citadas, no han sido monolíticos y siempre, en cada uno de ellos, el tema del aborto como crimen, ha resonado ya sea para sostener las posiciones conservadoras, o para ser argumento contrario a las posiciones más centradas en un discurso de derechos.

La tensión entre la criminalización y la salud

Para los años cincuenta, en Quito empiezan a circular discursos sobre el aborto, no únicamente desde la perspectiva médica, sino también en forma de novela, modo de lenguaje literario que expresa las ideologías vigentes. Existe una novela en concreto, *Sangre en la manos*, analizada por Varea (2008), que expresa en mucho cómo se percibía el aborto en la ciudad de Quito, lo que además permite mirar las tensiones existentes entre la maternidad obligatoria y sobrevalorada, y la realización de abortos clandestinos en la ciudad, que quedan silenciados y en la marginalidad:

De manera que el aborto queda inscrito en un ambiente de marginalidad, al mismo tiempo la novela describe la vida de distintas

mujeres que fueron operadas, quienes de alguna manera son simbolizadas como “víctimas” del desamor, abandono o violencias masculinas, que les obligan a interrumpir sus embarazos. Pese a ello el aborto es representado, como un crimen oculto (Varea, 2008: 271).

Si bien el aborto se representa como un crimen oculto, en la novela analizada por Varea (2008) se visibiliza como un tema recurrente. Es decir, el aborto es parte de los sucesos de la ciudad y de la vida de la mujeres, si bien aparece silenciado y como parte de lo marginal. Aunque la novela criminaliza el aborto, lo describe como un hecho que atraviesa las trayectorias de vida de las mujeres por diversos motivos.

Algo más de una década después, que coincide con la aparición de los métodos anticonceptivos hormonales en la región y desde la ciencia médica, Ivone Araus (et. al., 1967²⁰) en su tesis de la escuela, visibiliza la existencia del aborto provocado, sacándolo de la marginalidad y llevándolo a la arena de la salud pública. Desde esta perspectiva, además, pretende hacer un perfil de las mujeres que abortan.

La investigación aquí citada, aparece como un discurso de transición entre la criminalidad y la salud de las mujeres que, como se verá a lo largo de este capítulo, refleja importantes tensiones.

En primer lugar, se puede percibir cómo en el discurso médico, al momento de hacer un perfil de las mujeres que interrumpen voluntariamente un embarazo, vuelve aparecer la soledad bajo la figura de ‘madre soltera’, como una de las razones al momento de abortar:

Las razones por las cuales las mujeres de la presente encuesta declararon que se provocaron los abortos fueron: el rechazo al embarazo con el 35,6%, le siguieron en menor escala, **la madre soltera 27,1%**, pobreza 25,4% y familia larga el 11,9%. La mujer que más afronta el problema del aborto es la mujer casada, la que tiene hijos y lógicamente sabe lo que un nuevo hijo representa para sí (Araus, et al., 1967: 14-15).

Como se puede observar, esta tesis visibiliza la problemática del aborto y, de alguna manera, le da rostro a las mujeres que abortan, más allá de la criminalización de los años

²⁰Para el año de realización de esta tesis, la Maternidad Isidro Ayora llevaba 16 años ubicada en la Av. Gran Colombia, donde se encuentra actualmente, y hacía 33 años que la obstetricia se había reconocido profesionalmente. Antes de 1934, las obstetrices eran conocidas como matronas. Aparentemente, el paso de matronas a obstetrices implicó una valoración del trabajo de estas mujeres, y recién hace pocos años en el país, también se forman obstetras hombres.

cincuenta en que, como explica Varea (2008: 274), “el aborto es visto como un asesinato, que en la época es necesario para las mujeres, pero debe penalizarse”.

Sin embargo, es importante señalar que, en los años sesenta, cuando se realiza la tesis, la criminalización sigue resonando en el mismo discurso médico, como se describe en una serie de entrevistas que son parte del estudio de Araus (et al., 1967). En estas entrevistas, ella misma aborda a los médicos preguntándoles su opinión sobre el “aborto criminal”, lo que evidencia en un mismo documento la tensión entre mirar el aborto como un crimen y a la vez tratarlo como un problema de salud pública:

La palabra criminal está calificando el acto por el cual una mujer trata por diferentes medios de librarse del producto de la concepción; por tanto todo procedimiento encaminado hacia esta finalidad (aborto), está penado por la ley y debe ser castigado en forma ejemplar (Araus, et. al., 1967: 34).

Al preguntarle a la autora de la tesis porqué decidió abordar este tema, comentó que sus razones para la realización de esta investigación fueron, precisamente, intentar describir las causas por las cuales una mujer recurría este procedimiento. Y, es significativo el hecho de que la soledad y el abandono masculino sigan apareciendo como una de las razones de mayor peso, pero además, empieza a describir las tensiones entre la necesidad de las mujeres de estudiar y acceder a empleo y la maternidad, situación que empieza a tener un auge en nuestra ciudad precisamente en los años sesenta:

Nos decidimos a la realización de ese trabajo porque aunque siendo cierto que es un aspecto criminalizado a lo largo de los tiempos y de la vida de la humanidad, siempre las mujeres han tenido en algunas ocasiones que recurrir a este procedimiento, en razón de su soledad, de su premura económica. Antiguamente, incluso, la gran problemática que era enfrentar la mujer sola una maternidad en el trabajo por la crítica, por la sanción, las estudiantes tenían también que salir del colegio (entrevista a Araus, 2011).

Para la autora, el tema económico y los estudios aparecen como cuestiones de importancia. Para la década de los sesenta las mujeres, cada vez en mayor medida, se insertaban en el espacio público, y su participación en el mercado laboral adquiría importancia, lo que implicaba necesariamente tensiones entre su rol como madres y el espacio laboral: “En los años sesenta resultaba ya imposible desconocer el importante papel de las mujeres en el proceso de modernización económica y de los cambios ideológicos respecto a la sexualidad y la familia que estaban dándose en toda la cultura

occidental” (Felitti, 2008: 167). Y es evidente que la aparición de los métodos anticonceptivos hormonales es un reflejo de este cambio social.

En este marco de constantes tensiones entre la maternidad y la necesaria incorporación al mercado laboral, la interrupción voluntaria de un embarazo aparece como una solución a embarazos no deseados en contextos como el quiteño, en que la anticoncepción era vista con desconfianza por los mismos médicos: “pero el uso de ovulostáticos en forma indiscriminada, constituye también un problema social que debe ser controlado y vigilado estrictamente, ya que el empleo de estas medicinas sin control médico y técnico, son un peligro para la mujer” (Araus, et al., 1967:28).

En tal situación de desconfianza y de reciente aparición de los métodos anticonceptivos hormonales, el aborto en más de una ocasión se trata como un método anticonceptivo de alto riesgo. Es decir, para muchas mujeres que no tienen acceso a los métodos anticonceptivos, el aborto aparece como una alternativa ante embarazos no deseados: “Actualmente, se habla de control de la natalidad, pero no se aclara lo suficiente que el aborto, no es control de la concepción” (Araus, et al., 1967:31). Y, aquí se visibiliza cómo la necesidad de control de la fecundidad, al aparecer como un tema no resuelto en la ciudad, se convierte en abortos clandestinos.

Por otro lado, esta misma investigación, hace una descripción de las condiciones en que las mujeres vivían el proceso de aborto y lo trata como un problema de salud pública en relación con la muerte materna. “Refiriéndonos al 40% de los empíricos como personas causantes del aborto, diremos que constituyen un problema agudo, pues con su ignorancia casi total, se realiza en deplorables condiciones de asepsia que ponen en peligro la vida de las mujeres” (Araus, et al., 1967:16). Aquí, se evidencia un intento de problematizar el tema del aborto, más allá de las cargas subjetivas, como un problema de salud pública y se prioriza la salud de las mujeres.

Asimismo, se visibiliza la desconfianza hacia los “empíricos”, personas que ejercían ciertas prácticas médicas sin un proceso formal de educación. La autora de la tesis en entrevista (2011), pudo hacer una diferenciación entre un aborto cuando era practicado por una o un profesional, y cuando éste era practicado por un empírico, afirmando que en el segundo caso las complicaciones podían llevar a la muerte de la mujer, lo que era por demás (y lo es hasta hoy), considerado un problema de salud pública.

Sobre este punto, es importante decir que, en contextos de fuerte sobrevaloración cultural a la maternidad, al referirse al aborto, más que hablarse de un derecho a decidir de las mujeres se habla de un problema de salud pública, que termina incidiendo en los altos índices de muerte materna. Este tipo de discurso es aún vigente en la actualidad, como lo plantea uno de los representantes de la Federación Internacional de Ginecología.: “La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es sin duda que numerosas mujeres pagan con su vida, su intento de terminar con un embarazo no deseado, debido a las condiciones de inseguridad en que se llevan a cabo las intervenciones”. (Faúndes y Barzelatto, 2005: 65-66).

Desde mediados del siglo pasado, en Quito, se intenta visibilizar el aborto como un problema de salud pública. Esto, desde el discurso del personal médico que debía enfrentarse diariamente a abortos practicados en condiciones de riesgo, en que las mujeres corrían serios peligros de salud. Como relató la autora, por un lado, estaba el problema de los empíricos que trabajaban sin las condiciones básicas de asepsia, pero también y como un tema no menor, el de ciertos abortos producidos por la violencia masculina.

Básicamente, los abortos eran medicamentosos y a base de estas sondas, aparte de eso también las parejas han contribuido para que se produzcan los abortos a través del maltrato hacia la mujer, más grave era cuando los empíricos²¹ hacían los abortos. Había pacientes que se morían porque cuando el aborto es hecho en clandestinidad está expuesto a la infección (entrevista a Araus, 2011).

Frente a esta realidad de riesgo de la vida de las mujeres, aparecen las tensiones sobre el tema: las propias concepciones acerca del aborto provocado, el marco legal restrictivo y, a la vez, la obligación de cuidar la vida de las mujeres. “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 materiales necesarios para favorecer a una paciente en esas circunstancias” (entrevista a Araus, 2011).

En este punto, es interesante mirar cómo los abortos provocados eran atendidos de manera cotidiana en la década de los sesenta del siglo XX. El personal de salud en el centro obstétrico respondía a las necesidades de las mujeres realizando indagaciones acerca del procedimiento, lo que visibiliza la conciencia del personal de estar atendiendo

²¹Los “empíricos” se refiere a personas que sin ninguna formación médica procedían a hacer los abortos mediante yerbas, sondas, agujas de tejer, entre otros objetos que introducían en las vaginas de las mujeres para provocar la expulsión.

abortos provocados. “Dependía también de las condiciones en que llegaba porque había que tomar en cuenta cuál había sido la trayectoria, o sea cuál fue el procedimiento para que les provoque el aborto” (entrevista a Araus, 2011).

Las mujeres atendidas no recibían sanciones legales y tampoco se indagaba cuando el aborto era producto de violencia, aunque como se describió en líneas anteriores, había conciencia de ello. Sin embargo, ante la falta de cumplimiento del marco legal, la sanción moral estaba presente sólo para ellas y, paralelamente, no se habla de ninguna sanción cuando el aborto era producto de la violencia masculina. “Sí, en algunos casos sí eran juzgadas, porque las personas les reprochaban, les decían por qué han cometido un acto de esa naturaleza, que están a punto de morir” (entrevista a Araus, 2011). Estas sanciones morales se expresan en los discursos acerca de la incapacidad de ser madres de las mujeres. “Concluimos que no es la pobreza, ni la familia numerosa, ni el ser soltera, lo que impulsa a las mujeres a provocarse el aborto, sino esta superficialidad con que se toma la vida, pues la mayoría argumenta que [el embarazo] constituye en sí un problema pues obstaculiza la vida egoísta que llevan” (Araus, et. al., 1967:16).

Lo anterior se asienta en la idea de que la maternidad significa la realización de las mujeres y, más aún, es su deber ser primordial. Idea que estaba fuertemente arraigada en el imaginario social desde la década de los cincuenta. “Según la documentación a que tenemos acceso, existía una concepción hegemónica de la maternidad, centrada en la obligación que tenían las mujeres de dar a luz y criar ciudadanos para poblar la patria” (Varea, 2008: 273).

Frente a la maternidad obligatoria, se hace evidente el juzgamiento que imprime una carga moral en la práctica médica. En el mismo texto, el aborto provocado deja de ser un problema de salud pública para convertirse en un problema de moralidad que, en última instancia, tiene que ver con la incapacidad de las mujeres de cumplir el rol para el que son socializadas: la maternidad. “El alto porcentaje de madres que provocan el aborto, dando como razón el rechazo a la gestación, nos ha inquietado por su baja moralidad y una falta de sentido de responsabilidad que asusta” (Araus, et. al., 1967:18). Además, como se puede ver, se habla de “madres” que se causan los abortos. Es decir, los productos de la gestación son subjetivados como hijos que las mujeres no aceptan.

La misma autora en entrevista (2011) señaló que el dolor y la culpa son siempre los sentimientos posteriores al aborto, ya que las mujeres están faltando a su “deber” ser como madres. Deber que, en última instancia, siempre trae “felicidad”:

Entonces, viene la parte esta moral, espiritual de la mujer porque lógicamente ella en esos momentos recién estará pensando que de gana no afrontó una situación de esas. Porque a la larga la presencia de un niño le iba a dar felicidad a ella y también a la familia. Porque un niño nunca es rechazado, a la final el niño termina robando el corazón de la gente (entrevista a Araus, 2011).

Aquí, más allá del problema de salud pública y de las cifras arrojadas en la tesis, aparece el juicio propio de la autora, para quien la maternidad es capaz de superar las causas sociales e incluso económicas que llevan a una mujer a abortar. En una misma voz, el discurso sobre el aborto no es monolítico. Existen tensiones constantes en disputa entre la atención que se brinda, aún sabiendo que los abortos son provocados, y las propias convicciones frente a la maternidad y la religión, situación que como se verá en el capítulo siguiente, resuena hasta hoy en el centro obstétrico.

Estos juicios de valor aparecen en el discurso literario al igual que en la novela de los años cincuenta analizada por Varea (2008). Por ejemplo, Araus citó ciertos poemas que en aquella época hablaban del aborto, que de alguna manera servían para “concienciar a las mujeres”. Este tipo de mensajes parecen servir como persuasiones que rebasan la sanción legal.

A las mujeres hasta ahora se les hace una sanción, es una sanción. Es el hablarles con unos términos que en realidad ellas sientan. Por un lado, van a sentir vergüenza, por otro lado, también sienten ese arrepentimiento de lo que pudo haber sido. Porque toda mujer que se somete a un aborto, entiendo yo, que el fondo de su alma por la ternura propia, innata de su sexo, ella debe sentir pena para el resto de su vida. Y, hay tantos escritos, tantos escritos en prosa, en versos que claramente hablan de eso, de lo que el hijo, ese hijo que esta destrozándose en el útero de la madre, le está diciendo, por qué me pasa esto, por qué me hacen así. Muchas mujeres hemos leído esas estrofas hermosas, esos versos que son tan decidores, y si de repente una mujer que cometió esa situación en la vida por alguna circunstancia, dese cuenta cuánto le dolerá, el ver que esas personas que tienen el don de escribir, escriben de forma tan bonita, tan significativa que para ellas debe ser un dolor, una puñalada en el alma. El saber que un hijo que está siendo destrozado, le dice así a su mamá (entrevista a Araus, 2011).

La sanción social, entonces, se sustenta en el deber ser de las mujeres como madres, y en la idea de que estas maternidades siempre serán gozosas y compensadas con los hijos.

Como una cuestión significativa, se puede decir que pocos años después de la

escritura de esta tesis, un grupo de profesionales ecuatorianos y ecuatorianas se formaron en una maestría de salud reproductiva, dirigida por cubanos que provenían de un contexto en que el aborto no está penalizado y sus ideas sobre este tema eran diferentes a las que hasta hoy resuenan entre el personal médico que atiende en el centro obstétrico. Esto, probablemente, influyó en las prácticas y discursos con las usuarias:

Nosotras llevamos [a los profesores] estas estrofas especiales de los niños pero ellos dijeron que no, que es preferible que una mujer se decida tempranamente por un procedimiento de estos a tener un hijo que a lo mejor en la vida no lo pueda educar, no lo pueda mantener como se merece todo ser humano. Pero, también es porque en Cuba... (entrevista a Araus, 2011).

Una vez más, las tensiones se hacen evidentes en el tema, ya que mientras la escuela cubana hacía presencia en el país, la misma autora señaló haber recibido formación con sacerdotes sobre bioética. De tal manera que, el discurso no es monolítico y más bien, deja la posibilidad a la persona de tomar un punto de vista propio sobre el tema, lo que indudablemente, estará fuertemente marcado por sus propias creencias, vivencias y probablemente por su propia religión. “La mayoría de la gente, más vale, era de la religión católica, y la religión católica no ha aceptado el uso de anticonceptivos. Entonces, todo eso influye porque si uno se ha criado bajo un patrón religioso, y no está en uno desobedecer ese patrón” (entrevista a Araus, 2011).

Como se dijo en líneas anteriores, el uso de anticonceptivos se empieza a difundir en los años sesenta y estos aparecían como una solución a la práctica de abortos provocados en condiciones de riesgo. Pero, el papel de la iglesia católica en este tema no fue menor. La no aceptación de los métodos por parte esta institución restringió tanto su uso por parte de las mujeres, como su oferta por parte del personal médico.

Cuando se trata, pues, de conjugar el amor conyugal con la responsable transmisión de la vida, la índole moral de la conducta no depende solamente de la sincera intención y apreciación de los motivos, sino que debe determinarse con criterios objetivos tomados de la naturaleza de la persona y de sus actos, criterios que mantienen íntegro el sentido de la mutua entrega y de la humana procreación, entretejidos con el amor verdadero; esto es imposible sin cultivar sinceramente la virtud de la castidad conyugal. No es lícito a los hijos de la iglesia, fundados en estos principios, ir por caminos que el Magisterio, al explicar la ley divina, reprueba sobre la regulación de la natalidad (Gaedium et spes, Concilio Vaticano II, 1965).

Crimen y clandestinidad

Al igual que en la actualidad, el aborto se vuelve difícil de reflejar y sistematizar en cifras, ya que por la clandestinidad en que se enmarca, las mujeres que interrumpen voluntariamente un embarazo pocas veces cuentan la verdad de su historia. Lo interesante es que hace cincuenta años ya existía una conciencia profesional de que el aborto provocado era una de las cuestiones por las cuales las mujeres llegaban a la maternidad. “El aborto es un problema general de salud, dentro del que el aborto provocado no ha podido ser catalogado con claridad, debido al ocultamiento que las mujeres hacen de él, por saberlo criminal y por tanto delictivo” (Araus et al, 1967:19).

Después de cinco décadas la situación no ha cambiado, como se verá en el siguiente capítulo. El aborto provocado sigue siendo un dilema y un punto de tensión para las y los médicos, ya que las mujeres ocultan el hecho como una estrategia de defensa frente al castigo penal. Asimismo, las mujeres, hoy como antes, son atendidas aunque, sin duda, en esta atención resuena el castigo moral y la sanción social y es, precisamente, la tensión entre la obligación de la atención y las creencias personales lo que resulta un dilema para el personal de salud.

Lo anterior se visibiliza de forma clara cuando, en esta misma investigación, se habla sobre el “aborto criminal”, rebasando el lenguaje médico para llegar al lenguaje penal: “La palabra criminal está calificando el acto por el cual una mujer trata por diferentes medios de librarse del producto de la concepción” (Araus et al, 1967:34). Es decir, frente a la realidad estadística de la que hablan las obstetricias, existían fuertes juicios morales lejanos a la atención a las mujeres.

Más aún, otra tesis de una década anterior, de la escuela de derecho de la Universidad Central, que trata el “aborto criminal”, ve en el feminismo una amenaza explícita que atenta contra el deber ser de las mujeres, la maternidad: “Que no extirpe el feminismo moderno en el cual las funciones de la mujer quieren ser arrebatadas por la mujer, pues si este feminismo sigue progresando, llegará el día que la mujer considerará la maternidad como una decadencia” (Crespo, 1954:29).

Si bien es cierto, las feministas de aquella época hablaban del aborto, su punto no era la legalización, sino por el contrario, que las sanciones estipuladas en el código penal no fueran solamente para las mujeres. Aquí se visibiliza otro discurso que, probablemente, intenta castigar aquellos abortos que son producto de la violencia:

El aborto es otra cosa frecuente en la mujer, delito que comprobado tiene su sanción. Pero, el aborto, muchas veces aconsejado por el mismo autor que

busca eludir su responsabilidad de padre y mata al hijo que ha engendrado y muchas ocasiones a la madre, que la hizo su víctima, por medio de su seducción; y sin embargo, solo la mujer lleva sobre sí el castigo y no el que es directamente su autor (Rendón de Mosquera, 1948, en Goetschel, 2006:104).

Así, como este fragmento existen recopiladas muchas voces de mujeres que hablan de la importancia de la maternidad y su reconocimiento dentro del Estado, por lo que se vuelve complejo pensar que el feminismo de esa época reivindicaba el derecho a interrumpir voluntariamente un embarazo. Probablemente, las feministas de ese entonces más que de la despenalización del aborto, hablaban del acceso a métodos anticonceptivos. Frente a esto, el discurso de la escuela de obstetricia es de avanzada en ese aspecto, al plantear el aborto como un problema de salud pública que tiene múltiples variables.

Es, además, interesante observar que una de sus conclusiones finales al estudio citado en líneas anteriores, plantea la necesidad de acercar los métodos anticonceptivos a las mujeres, trascendiendo las ideas de las sexualidades femeninas ligadas a la reproducción:

Para terminar hacemos un llamamiento serio a la necesidad de educar y ayudar a las madres en el conocimiento de métodos anticonceptivos para evitar esta terrible y peligrosa prueba que significa el aborto provocado y que consideramos con el Dr. Armijos, el peor método para el control de la natalidad (Araus et al., 1967:20).

Como se ha visto a lo largo de estas líneas, el discurso sobre el aborto no es monolítico. Incluso, en una misma voz aparecen dudas y contradicciones, tensiones que de alguna manera expresan la complejidad de este tema a nivel de salud y a nivel legal. Pero, también por las propias creencias y percepciones del personal médico que cotidianamente deben enfrentarse a este hecho. Por un lado, está el poder que les da el hecho de tener en sus manos la vida de las mujeres y, por otro lado, sus propias creencias personales donde, en muchos casos, estará presente la religión y también la sobrevaloración de la maternidad y, a su vez, el mandato médico de la atención.

Como se verá en el siguiente capítulo, los discursos y prácticas se mantienen en tensión y no existe una opinión única sobre el tema, tal vez la única cuestión clara es que es una obligación atender a las mujeres. Sin embargo, esta misma atención que todas reciben tiene múltiples variables.

CAPITULO III

EL PASILLO DEL LLANTO: DONDE LOS DISCURSOS SE CONFUNDEN

En la sala de legrados... Ella está acostada junto a cinco mujeres más, se retuerce y después de una dolorosa contracción, su bata se mancha de sangre. Una residente levanta la bata y de entre las piernas saca un pequeño feto...lo sostiene el tiempo suficiente para que todas las que estamos ahí, podamos verlo...Salgo a tomar aire y me encuentro con un residente que lleva por el largo pasillo (del llanto) a un neonato que gime...; y todo se sucede en el mismo lugar... (Diario de campo, 13 de noviembre, 2010).

Este capítulo pretende explicar cómo las estrategias de disciplinamiento y control se expresan sobre los cuerpos de las mujeres que abortan. Aquí, se tomará en cuenta la historia de la atención a abortos en este mismo espacio, para comprender que la práctica de atender abortos provocados no es nueva y los discursos que la atraviesan han perdurado en el tiempo, aunque indudablemente con ciertas variantes.

En un segundo momento, y volviendo al presente, se describirá el espacio del centro obstétrico como un lugar de disciplinamiento que expresa una economía política de los cuerpos. Espacio en que nada parece ser producto del azar y, por el contrario, las estrategias de disciplinamiento se manifiestan en cada rincón.

Finalmente, se describirán los discursos médicos, tanto retóricos como prácticos, acerca del aborto provocado y de las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo. Discursos que se encarnan en sus cuerpos mediante estrategias disciplinadoras de maternización, silencio/muerte y, finalmente, de la complicidad en la atención.

El espacio y la disciplina

Este acápite es una descripción del espacio en que se ubica la Sala de Legrados, también llamada Sala de Abortos, y de cómo el mismo influye y resuena en los sentimientos y comportamientos de las mujeres que llegan ahí. Aquí, la idea es visibilizar cómo la distribución de este espacio en el centro obstétrico se constituye en una estrategia que, mediante el castigo, disciplina a las mujeres de manera sutil. Esto se logra a través de diversas estrategias como la maternización, que las obliga a estar en contacto con las mujeres que acaban de parir y que son madres, a diferencia de ellas que no cumplieron con su 'deber ser'. Otra estrategia de silencio/muerte, que las mantiene

permanentemente viendo cómo les realizan el proceso de legrado a otras mujeres, lo que en ciertos casos extremos incluye ver el producto de la expulsión. Estrategias que terminan en una especie de complicidad, ya que finalmente, se realizan los legrados a la luz de la legalidad de la institución pública. Estas tres estrategias se suceden, simultáneamente, en este espacio y atraviesan los cuerpos de aquellas mujeres que inician el proceso de aborto en la clandestinidad y lo terminan con un legrado totalmente legal.

Estas estrategias de control se expresan en el centro obstétrico, espacio al que las mujeres llegan en busca de atención médica. Probablemente, su estancia allí les deja una profunda resonancia en la memoria y en sus cuerpos, más si tomamos en cuenta que ellas pasan ahí un mínimo de ocho horas y un máximo de setenta y dos²².

Este espacio médico nos habla de una economía política del cuerpo, que refleja un sistema punitivo sutil, que se encarna directamente en quienes llegan a la Sala de Legrados, con un aborto en curso: “las relaciones de poder operan sobre él [el cuerpo], una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio [...] lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (Foucault, 1976:18). En este sitio, el cuerpo de las mujeres es el centro de la atención y los eventos obstétricos son atendidos con una tecnología política del cuerpo que castiga a las mujeres para disciplinarlas, tanto si éstas están en proceso de parto, como si están en proceso de aborto incompleto o diferido. La intención de este capítulo será mostrar cómo, en este contexto, se expresan las estrategias de disciplina, basadas en el silencio/muerte, la maternización y, finalmente, la complicidad en la atención, que dan cuenta de que el biopoder se ejerce, incluso, al momento de realizar el legrado.

La distribución espacial

El centro obstétrico

En el segundo piso de la Maternidad, al norte, justo al terminar de subir las escaleras, se encuentra el centro obstétrico, espacio aséptico en que se atienden los partos, las cesáreas y también los legrados. Al entrar, las primeras dos habitaciones son vestidores,

²²Es necesario señalar que el proceso de legrado, en sí mismo, no debería durar más de 30 minutos y la recuperación es de dos a cuatro horas, dependiendo si el proceso se realizó con anestesia local o con anestesia general. Y, en este sentido, una primera estrategia de castigo sería el permanecer tiempo innecesario ahí.

que marcan el aspecto aséptico del lugar. Ahí, el personal médico se pone los trajes verdes que incluyen gorra y una especie de botas que cubren los zapatos. Apenas al salir de ahí se abre, bien iluminado y estrecho, el largo “corredor del llanto”, como lo llamó uno de los médicos a quien entrevisté.

En el corredor del llanto, entra llorando la mujer y sale llorando el niño. Un corredor del llanto porque la mujer entra llorando y qué es lo que te gritan ahí, parto expulsivo, dilatación completa, ya está sacando los piecitos, ya se le ve la cabeza, y luego oyes el llanto y oyes el llanto no solo del que sale sino de los que lloran diez metros más allá. Entonces te queda en la mente la idea de que ya no va a llorar el que abortaron (entrevista a Médico Tratante, diciembre 2010).

Gráfico 1. Plano del Centro Obstétrico



Fuente: Diario de campo, septiembre 2010.

En este pasillo suelen estar acostadas en las camillas las mujeres que esperan a ser atendidas para un legrado, y también aquellas que, después del legrado, se hallan en la duermevela del post-anestésico, confundidas y mezcladas con mujeres que acaban de parir. Es decir, aquellas que por una u otra razón no continúan con los embarazos están en constante -y doloroso- contacto con aquellas que han parido y, más duro aún, pueden ver al personal médico corriendo permanentemente con los neonatos en brazos hacia la Sala de Neonatología, que queda solo unos pasos afuera del centro obstétrico.

Probablemente, el mantener juntas a mujeres en situaciones tan diferentes es una estrategia disciplinaria, que les recuerda a aquellas que han abortado que incumplieron su ‘deber ser’, como lo afirmaron dos internas.

Yo creo que no deberían estar juntas porque las emociones no son las mismas. Así ellas se hayan provocado, yo creo que tienen un sentimiento de culpa. Mientras que la otra está feliz de que tiene un hijo, puede ser séptimo, octavo pero está feliz. Entonces, tener a una que dio a luz y a otra que abortó [juntas] no está bien, porque la que dio a luz le ve a la otra lo que hace y estamos en una sociedad que es de juzgamiento. Entonces, las pacientes entre ellas se conversan y le ven mal (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

La primera habitación que se encuentra es, precisamente, la Sala de Legrados, donde las mujeres que están en ese proceso son examinadas, observadas incontables veces y durante horas, en espera de que se les realice el legrado. A esta sala también vuelven una vez que han terminado el post-anestésico, a esperar el alta, tiempo que, en la mayoría de casos, no es necesario. En estas largas horas ellas están en ayuno absoluto y pueden oír cómo, en el corredor, se le grita a las parturientes: “¡Mamitas a comer!”. Está claro que es por causa del procedimiento médico que deben permanecer en ayuno, sin embargo, el hambre suele ser un tema de conversación cuando las tensiones y angustias, propias de la espera, se aflojan. Todas suelen imaginar el plato que probarán una vez tengan el alta, situación que se agudiza cuando entra el olor de la comida de aquellas que sí son llamadas a comer.

La espera antes del legrado suele ser muy larga, porque solamente hay un anesthesiólogo para todo el centro obstétrico y “las mujeres prioritarias son aquellas de cesárea. A ellas hay que atenderles primero; no se va a dejar que se mueran los bebés” (entrevista a enfermera, 2011). Y, aquí la pregunta que nace es: ¿se puede dejar que mueran las mujeres que están en proceso de aborto? Para los ojos del personal médico, aunque todas reciben atención, las necesidades de aquellas que llegan con un aborto incompleto no son comparables con las de aquellas que están cumpliendo con el mandato social de la maternidad.

En la recuperación que hacen en la misma sala de legrados, como dijo una interna, sólo deberían estar dos horas: “Sí, dos horas si la paciente está sangrando y si los signos vitales no son estables, dos horas más, sino a las dos horas salen”. Sin embargo, esto pocas veces se cumple y las mujeres que están en proceso de aborto incompleto no son mujeres que reciben atención prioritaria, porque no son aquellas que están cumpliendo

con su rol reproductivo y, probablemente, ese tiempo de espera y ansiedad es también una maniobra disciplinaria en que se considera que están lo suficientemente expuestas a la maternidad como para hacer de sus cuerpos espacios de sumisión y control; una tecnología política del cuerpo. “Es decir que puede existir un saber del cuerpo que no es exactamente la ciencia en su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas” (Foucault, 1976:18), que las disciplina y somete a tiempos innecesarios de ansiedad, impaciencia, observación y hambre.

Volviendo a la distribución espacial, a mano derecha en este mismo corredor del llanto está la Sala de Diagnósticos y justo al lado de la misma, y siempre con la puerta abierta, una especie de quirófano pequeño, con una silla obstétrica y un equipo de monitoreo, donde se hacen los legrados a ojos de todas y todos los que están cerca.

En el pasillo, al lado de mi informante que espera por que le realicen el legrado, justo delante de nosotras, de piernas abiertas y vagina violentamente dilatada (con una especie de pinzas), podemos ver claramente cómo maniobran en el cuerpo de otra paciente. La doctora mete grandes pinzas con gasa dentro de su vientre y hace movimientos semicirculares alrededor de él. Hay muchas y muchos espectadores. A la cabecera de la paciente, el anestesiólogo observa (Diario de campo, febrero 2011).

La mirada de quienes esperan por el legrado, inevitablemente se encuentra con los cuerpos de quienes viven el proceso, una estrategia de punición sutil y ejemplificadora de dolor y silencio, en que sus miradas están expuestas a cuadros dolorosos del cuerpo de sus compañeras de habitación, sin mayor explicación. Este cuadro sirve de escarmiento y tiene como objetivo hacer dóciles los cuerpos de las mujeres. “Una política de coerciones (y de temores) que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de los elementos, de sus gestos y su comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo desarticula y lo recompone” (Foucault, 1976:83).

En el lado derecho del pasillo, hay una pequeña habitación desocupada. Recuerdo que, en el primer mes de la investigación, era el quirófano para los legrados, pero tuvo algún problema de estructura y simplemente la han mantenido cerrada.

Un poco más al fondo, la estación de enfermeras, donde ellas organizan el lugar, los turnos, las altas, la recepción de los exámenes. Pero, también es espacio de conversación acerca de los casos que llegan. Siguiendo un poco más adelante, una habitación tiene un letrero en la puerta que dice post-legrado, sin embargo, casi siempre

están ahí las mujeres en posparto, aquellas que están en post-legrado suelen estar dispersas en camillas ubicadas en el pasillo. Y, aquí, la maternización se expresa en el hecho de que aquellas que están en los pasillos, tienen un contacto constante con las y los neonatos que, frecuentemente, pasan por este pasillo en brazos del personal médico.

Finalmente, y bien al fondo, varias salas de parto y el quirófano para las cesáreas. Como se puede ver, este espacio es un lugar de hechos simultáneos; en un mismo minuto un sinnúmero de eventos obstétricos suceden y, en ellos, siempre de alguna manera está vinculadas todas las personas que están en el centro obstétrico, ya sea como espectadoras, como protagonistas (siempre las mujeres) o como coprotagonistas (el personal médico). Es importante resaltar que nunca hay familiares o personas externas, las mujeres deben permanecer ahí solas y sin teléfono, todas las largas horas de espera. Aunque más de una vez vi a un novio o esposo escabullir a los guardias del primer piso y aparecer en el pasillo preguntando por su pareja. Obviamente, quienes lograron escabullirse fueron rápidamente expulsados sin siquiera llegar a atravesar el pasillo del llanto.

Si bien la distribución del espacio es un tema que remite a la geografía y las capacidades de infraestructura de la maternidad, también hay un fuerte componente disciplinario en la manera en que se distribuye el espacio y a las pacientes dentro del mismo, siguiendo las ideas de Foucault (1976:87): “El hospital, debe por lo tanto, curar, pero por ello ha de ser un filtro, un dispositivo que localice y seleccione; es preciso que garantice el dominio sobre toda movilidad y ese hormiguelo, descomponiendo su confusión de la ilegalidad y el mal”. Y, en este sentido, todo el personal e incluso las mismas mujeres, saben que aquellas que están en la Sala de Legrados, son todas sospechosas.

Los discursos médicos

En este acápite intentaré visibilizar los diferentes discursos médicos que giran en torno al aborto, tanto desde la perspectiva puramente clínica como también desde las percepciones e imaginarios de las personas que pude entrevistar. Es necesario recalcar que, en el centro obstétrico, el tiempo se divide en guardias o turnos. Cada guardia tiene un/a supervisor/a, un/una médico/a tratante que, en orden de jerarquía, es la persona que más poder tiene, y le siguen los “R3”, residentes que están a punto de terminar su

posgrado; a ellas y ellos les siguen los R2 y R1, también postgradistas pero que recién empiezan su proceso formativo. Luego, están las y los internos rotativo/as, estudiantes de medicina que no necesariamente se especializarán en ginecología. Finalmente, están las y los estudiantes que van a recibir clase al Centro.

También están las enfermeras, con su jefa de guardia o supervisora, las estudiantes de enfermería y, finalmente, las y los auxiliares de enfermería. Todo un cuerpo médico que, en diferentes momentos, se interrelaciona con las mujeres. Más aún, un cuerpo médico rotativo que, con diferentes voces y prácticas, imprimen los cuerpos de las mujeres durante su estancia previa y posterior al legrado.

La intención será, entonces, evidenciar que no existe un discurso monolítico alrededor del tema. Las diferentes voces y miradas se cruzan y se confunden. Desde percepciones puramente médicas, en las que el tema de aborto se concibe como un evento obstétrico al que hay que atender, como dijo un interno rotativo: “Nosotros sólo damos atención médica, nos interesa atender el evento y es lo que hacemos, no importa qué hay detrás de un aborto” (entrevista a Interno Rotativo, 2011). Hasta discursos en que los juicios de valor se imprimen en la práctica médica, de manera silenciosa pero sancionadora, como me contara un médico acerca de prácticas que él había podido observar: “Si es la sospechosa [de aborto provocado] tampoco le van a dar analgésico, porque es otra forma de castigo, que le duela, y que le duela físicamente para que luego le duela el alma y no lo vuelva hacer” (entrevista a Médico, 2011). Este también es un ejemplo de estrategia de dolor que se encarna en los cuerpos de las mujeres quienes, si bien son atendidas, reciben diversas formas de castigo durante el proceso de atención.

Una médica ginecóloga, frente a esta idea de sospecha, puntualizó que en el discurso médico hay un aprendizaje de sospecha que criminaliza a las mujeres y el mismo es, incluso, parte de la formación médica:

Siempre nos enseñan a los ginecólogos a pensar mal. Nunca creas en una mujer, es lo primero que te dicen cuando empiezas a estudiar ginecología. Jamás le creas a una mujer, para que no te equivoques en tus diagnósticos, para que no corra riesgo incluso la vida de esa mujer. Pero, ya te dicen eso, no le creas a una mujer, es así, como un atropellamiento. Si es un hombre, sí le puedes creer, si viene un hombre y te dice me golpearon porque estaba haciendo una cosa, le dicen: ah, sí, le golpearon. Pero, resulta que se golpeó porque es un ratero, eso no pasa. Pero, en cambio a la mujer no le creen. Si una mujer te dice que no ha tenido relaciones o que ha menstruado recién o que puede estar todo menos embarazada, lo primero que te dicen es nunca le creas (entrevista a Ginecóloga, 2011).

Frente a este discurso discriminatorio y criminalizador que se aprende en las escuelas de formación médica, la definición técnica del aborto es aparentemente más neutral. Pero, como se verá a lo largo de esta investigación, cuando se trata de las mujeres que abortan, las prácticas distan mucho de limitarse a una intervención biomédica. La Organización Mundial de la Salud define y clasifica el aborto de la siguiente manera:

- Aborto espontáneo: pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.
- Aborto inducido: La interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o fetos de menos de 400 g.
- Aborto retenido: aborto clínico donde el embrión o feto es no viable y no es expulsado espontáneamente del útero (Zegers-Hochschild et. al., 2010: 4).

A esta sencilla definición, un médico en una entrevista le agregó también la palabra pérdida. Según él decía, para la mujeres, esta palabra es más cercana, sin embargo, también está mucho más cargada de valores. Una pérdida significa dejar de tener algo que se poseía, una pérdida además significa también algo de dolor o nostalgia por lo perdido, mucho más si lo que se deja de tener no es un embrión o feto, sino como lo afirmó el doctor, un “hijo”. “El aborto por concepto es la pérdida de un embarazo, no hay realmente una diferencia entre aborto y pérdida es solo una manera de expresión, en el sentido de que muchas mujeres no saben siempre el significado de la palabra aborto pero saben que están perdiendo un bebé, saben que están perdiendo un hijo” (entrevista Médico Tratante, 2011.).

Más allá de las cargas semánticas de las palabras, cada día, a decir del personal entrevistado, llegan a la maternidad entre ocho y diez mujeres con abortos en curso, este mismo personal en varias ocasiones, e incluso en conversaciones informales, afirmó que de las mujeres que llegaban con abortos espontáneos, la mayor parte eran abortos provocados, aunque en la mayoría de casos ellas no terminan de “confesarlo”.

Este tipo de discurso se confirmó en todo el personal que pude entrevistar. Así, las mujeres que llegan con aborto en curso son sospechosas y se cree que hay varias formas de confirmar la sospecha: “por el olor, porque tienen las tabletas [CITOTEC o MISOPROSTOL] aún en la vagina, o porque han sido previamente manipuladas” (entrevista a enfermera, 2010). Este discurso de sospecha implica, además, ciertas

técnicas de interrogatorio basadas en el temor y la amenaza, como me explicó un residente: “Es fácil hacerles caer, les dices que si no te cuentan la verdad, se van a morir con sepsia, entonces te cuentan” (entrevista a Residente, 2010). Este tipo de estrategia inquisidora se asienta en una idea de protegerles la vida, ya que sólo si se tiene claro lo que ha pasado se puede diagnosticar y prescribir correctamente.

También hay una capacidad de percibir que se desarrolla en el ejercicio médico, y que tiene que ver más que nada con el comportamiento que las mujeres muestran al llegar a la maternidad. En este tipo de comportamientos aparece un nuevo tema, que tiene que ver con que las mujeres en muchos casos están obligadas a causarse los abortos. En este tipo de discurso, si bien se presenta una actitud menos persecutoria, la agencia personal de las mujeres se desvanece frente a otros, que les obligan a abortar. Esto, da muestra de que no existe un discurso único y criminalizador. Pero, aún cuando no se las culpabiliza, se las victimiza, lo que parecen ser las dos caras de un discurso de control sobre las mujeres. O son culpables o son vulnerables, incapaces de tomar decisiones en función de sí mismas.

Más es la percepción que uno puede tener subjetiva de cuál es la conducta de la mujer. Hay mujeres que llegan muy asustadas porque se sienten dolidas por la pérdida y te dicen yo no quiero abortar, entonces quizás ellas nos quedaría como la sospecha de que le están obligando abortar y encuentra más bien un consuelo y un alivio de poder expresarlo sin tener junto a ella a las personas que le obligaron abortar. Pero, pese a ellos, yo todavía no puedo saber si es que efectivamente le obligaron abortar o efectivamente está dolida porque ansiaba tener su embarazo en las mejores condiciones (entrevista a Médico Tratante, 2011).

Ante los interrogatorios, las mujeres que en un principio sólo decían que empezaron a sangrar, suelen contestar con respuestas ambiguas. La mayoría dice sí, es que me puse unas pastillas, pero no dice me provoqué el aborto. O es que mi amiga la vecina, o un conocido, le dio las pastillas a tomar. Entonces, la mayoría sí cuenta, sí cuentan, no dicen qué es, pero que se ponen o se toman” (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

[Esto lo hacen porque] son bien fieles a quienes les hacen los abortos, no los delatan (entrevista a Enfermeras, 2010).

Es decir, aparece una especie de complicidad entre las mujeres “sospechosas” y quienes les hacen los abortos, ya sea recetándoles las pastillas o mediante procedimientos obstétricos, y esta complicidad parece juzgarse. Se oyen frases como: “entonces, que vayan a que esos mismos les terminen el aborto, aquí atendemos a las que quieren ser madres” (entrevista a Enfermera, 2010). Cabe hacer una aclaración aquí, aunque estas frases se dicen en el marco de una entrevista o conversaciones personales, no se las dicen directamente a las mujeres. Pero, este discurso se expresa en la

atención que las mujeres que abortan reciben, sobre todo cuando se las trata como pacientes no prioritarias y sus procedimientos se postergan, al igual que sus órdenes de alta hospitalaria.

Estos discursos de sospecha, parecen coincidir en una idea general de que el aborto es un “fracaso obstétrico”. Inclusive, en un aborto espontáneo ese es un castigo para la mujer, ese es un fracaso reproductivo. Un fracaso en que las mujeres han sido incapaces de ser madres y de “proteger la vida” y, por tanto, implica un duelo para ellas. Lo interesante aquí es que, sobre este “fracaso”, ya sea espontáneo o voluntario, se aplican las estrategias disciplinadoras que pretenden hacer de las mujeres madres.

En líneas anteriores se pueden visibilizar los discursos acerca de la vida del feto, que aparece como un hijo o un bebé y, por tanto, es necesario hacer un duelo porque se considera que el feto tiene vida propia. En los juramentos que los y las médicas hacen al graduarse se habla de proteger la vida y es probable que este discurso sea el que marca las percepciones de culpa y de sospecha que tienen de las mujeres que abortan, ya que ellas no estarían cuidando la vida.

Sin embargo, el mismo personal médico afirma que no existe un acuerdo claro sobre cuándo comienza la vida: “En la Declaración de Ginebra²³ prometemos defender la vida desde el punto de los grupos anti derechos²⁴, pero obstétricamente nos guiamos por la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia²⁵”(entrevista Médico Tratante, 2011), para la que es prioritario brindar atención a las mujeres y garantizar su

²³ “En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen; ejercer mi profesión a conciencia y dignamente; velar ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente; mantener, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; [...]no permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente; velar con el máximo respeto por la vida humana es el original o tuyo? si es original ; no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza; hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor” (Declaración de Ginebra, 2006, subrayado añadido).

²⁴Se refiere aquí a los grupos Provida o conservadores, que hablan de proteger la vida desde la concepción. Sin embargo, la Declaración de Ginebra solo habla de respetar la vida.

²⁵Para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el aborto provocado en condiciones de riesgo es un problema que afecta a las mujeres más marginadas del mundo y que incide de manera considerable en la muerte materna. Para reducir la muerte causada por aborto en condiciones de riesgo, Figo se plantea algunos ejes de acción: a) prevención primaria, la promoción de la anticoncepción y la educación en sexualidad para reducir la incidencia de embarazos no deseados; b) prevención secundaria, la promoción de las prácticas de aborto seguro para reducir la necesidad de recurrir al aborto en malas condiciones; c) prevención terciaria, la atención post-aborto y el manejo de las complicaciones del aborto; d) prevención de la repetición del aborto en las mismas mujeres, a través de la prestación de asesoramiento y servicios anticonceptivos inmediatamente después del aborto (FIGO, 2010: 9).

acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva. Y él mismo continúa: “que se habla de producto de la concepción cuando se produce la implantación”.

Aquí, cabe decir que esta discusión tampoco tiene una solución en el discurso jurídico, ni en el religioso. Más bien, los discursos se sujetan a las creencias culturales, en que prevalece una sobrevaloración de la maternidad que implica, a su vez, la criminalización del aborto y, por tanto, estrategias disciplinatorias de atención. “Porque todos, de todas maneras, tienen una convicción sociocultural y religiosa que castiga a aquella mujer que atenta contra la vida, pero no hay una escuela de derecho, no hay una corriente de respeto a lo que puede haber hecho esa mujer” (entrevista a Médico Tratante, 2011).

Sin embargo, no existe una posición única frente al aborto, ni tampoco frente a cuándo empieza la vida. De hecho, entre el mismo personal médico, las ideas varían. Para una parte del personal, el aborto en adolescentes es aceptable, ya que de otra manera ellas no podrán lograr un desarrollo integral y cierto nivel de autonomía frente a sus familias. Mientras que, para otra parte del personal, las adolescentes son irresponsables y tienen conductas desordenadas, por lo que se embarazan y deben asumir las consecuencias:

Anda ver en los parques, solo les falta que ahí se pongan a hacerlo. Los ves en unas situaciones tan comprometedoras, y guambritas. Yo digo porque vivía cerca de un parque en San Carlos, tipo once de la mañana, yo no sé si se fugaban del colegio, les veías cinco, seis, entre mujeres, mezclado, con botellas de trago (entrevista a enfermeras, 2011).

Otra parte del personal considera que es mejor que interrumpen un embarazo, y que terminen sus estudios y se vuelvan responsables. Cabe decir que, incluso, frente a esta relatividad que se proyecta en el caso de las adolescentes, se considera que es importante disciplinarlas a tiempo, para que eso no vuelva a suceder.

Frente a este discurso, se considera que es peor que una mujer adulta aborte, puesto que “ellas deben asumir sus responsabilidades, imagínese yo misma fui madre soltera y aunque fue duro, ahora soy feliz con mi hijo” (entrevista a enfermera, 2010). En este tipo de discurso, parecería que el ponerse en una condición similar a la de la mujer que ha abortado permite juzgarla de manera más dura, poniéndose a sí misma de ejemplo. De alguna manera, el discurso se flexibiliza frente a las adolescentes a quienes se las considera “inmaduras”.

Como se puede ver, hasta aquí no existe un discurso monolítico acerca del aborto en el centro obstétrico. Lo que sí aparece como una cuestión generalizada es que se atiende a todas las mujeres que llegan con aborto en curso, ya que ese es el deber médico. Sin embargo, en ese espacio, en el discurso médico, resuenan permanentemente diferentes posturas ético/morales en las que se pueden visibilizar posiciones en que prevalece la idea de no juzgar. “No es nuestro rol, nadie sabe la historia de nadie”, comentó un interno rotativo (entrevista,2010). También hay voces que consideran que a esas mujeres “hay que concientizarlas, deben ver los fetos para que aprendan”, como comentaron dos residentes mujeres (entrevista,2010).Discurso en que el poder médico se considera no sólo para curar el cuerpo, sino y sobre todo, para moralizar.

La moral, los sentimientos y percepciones, discursos de castigo conviviendo con discursos de respeto

El discurso médico que flota en el centro obstétrico está impregnado de los propios sentimientos y percepciones del personal que atiende a las mujeres que llegan con abortos en curso y esto se expresa en ciertas prácticas que aparecen naturalizadas, en las que están implícitas estrategias disciplinarias que pretenden ‘concientizar’ a las mujeres sobre sus supuestas malas decisiones. Sin embargo, y como se verá a lo largo de esta investigación, estas prácticas disciplinarias parecen no tener éxito, en la medida en que las mujeres suelen realizarse más de un aborto. Es decir, muchas mujeres reinciden en la práctica, aunque saben que, necesariamente, en el centro obstétrico pasarán nuevamente por estrategias de disciplinamiento que, si bien no evitan que vuelvan a abortar, resuenan en sus cuerpos y memorias de diferentes maneras.

Para comprender las formas sutiles por medio de las cuales funcionan las estrategias de disciplinamiento, hablaré aquí de un hallazgo accidental. En la Sala de Legrados, uno de los domingos de mi trabajo de campo, entre las historias clínicas y otros formularios sanitarios que están al alcance de todas las personas que transitan por la sala, estaba este panfleto que incitaba a la oración:

COMO DEBO ACERCARME A DIOS

Pedirle al Señor que me enseñe o me muestre el tiempo de estar a solas con Él.

Cuando oro le estoy diciendo a Dios que mi corazón está abierto para Él y que yo quiero aprender más acerca de Él. Debo escribir a diario mis peticiones y las respuestas de Dios a mis peticiones como testimonio continuo de la obra de Dios en mi vida.

También escribir los versículos específicos y las promesas que me hace el Señor.
Dios es sensible a mis lágrimas así como él sabe lo que ciento también sabe como guiarme.

Este texto no pudo ser introducido por las pacientes, ya que al entrar al centro obstétrico son revisadas y no se les permite introducir nada. Por lo tanto, esta oración, justamente colocada en la Sala de Legrados no es producto del azar. Las mujeres que transitan esta sala son “sospechosas” y se consideran culpables, de tal manera que este discurso religioso semi-oculto aparece como una forma de enseñarles un camino de redención, para volver a Dios y no volver a “pecar”. Si bien este tipo de discursos no se transmiten abiertamente, ya que la Maternidad es un Centro de Salud público, y por tanto laico, el discurso religioso flota en el ambiente y, sobre todo, habita las percepciones del personal de servicio al momento de hablar de temas como el aborto. Y, cabe decir, que muchas de las estrategias disciplinarias se asientan en las creencias religiosas del personal médico, creencias que, a su vez, les permiten asumir una posición de poder moralizante con las mujeres que llegan con aborto en curso.

Como bien lo afirmó una autoridad nacional de la salud, las creencias religiosas están presentes también en el personal médico:

Además, hay médicos que también son muy católicos, muy católicos. Pero no sé, como que tanta medicina, tanta ciencia, tanto estudiar te asesora hacia algo más práctico o menos católico religioso, pero en cambio las enfermeras no. Además, su mismo ambiente les hace ser muy maternas, muy señoras, muy de casa, muy de hijos (entrevista a Autoridad Sanitaria, 2010)

Estas percepciones maternalistas, y tal vez religiosas, se expresan en prácticas punitivas. Se pretende que las mujeres tomen conciencia del valor de la maternidad como razón de ser de las mujeres. Este tipo de prácticas suelen tener un componente de violencia en que, del discurso disciplinario se pasa al castigo:

No saben querer ver [los productos del aborto], pero, obviamente como estamos ahí y a veces da ganas de decirles mira, mira, mira, entonces ahí es como que medio hacen conciencia. Y, más que todo, yo sí les he hablado, les digo y por qué no cogen y matan a uno de sus hijos que tienen ahí más grandes. Es lo mismo, solo que uno está grande y el otro chiquito. Entonces, se quedan pensando, pero no les importa, lo único que les interesa es que les hagan e irse (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

Este tipo de prácticas castigadoras suelen rebasar el espacio del centro obstétrico, para introducirse en el espacio de las familias y asegurarse que éstas últimas harán el trabajo disciplinador necesario: “Lo bueno de aquí de la maternidad es que cada una de las

pacientes, independientemente la edad que tengan, tiene que venir su familiar a retirarle de la mano de aquí, sino, no sale. Es un reglamento, justamente para que haya ese sentido de responsabilidad, hasta que para que ellas mismo vean” (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

Cuando se les preguntó a las mismas internas rotativas si sabían lo que eso podía implicar para las pacientes contestaron con toda seguridad, evidenciando su convencimiento de que, además de brindar atención médica deben “moralizar” y “disciplinar” a sus pacientes, aunque esto implique, además, violar el derecho a la confidencialidad de las pacientes. Más aún, se pretende que esta estrategia disciplinadora resuene en las familias y estas, a su vez, completen el castigo:

Tal vez puede haber violencia, puede haber golpes, puede haber insultos, pero, en todo caso, yo creo que es una buena opción porque crea el antecedente y, como quiera, los papás van a estar un poco más pendientes (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

Yo también creo que, de cierta forma, adquieren un poco más de responsabilidad, no totalmente pero ya, por lo menos, obviamente ya sintió, ya le dolió. Yo creo que, hasta por eso mismo va a decir no, no quisiera pasar de nuevo. No decimos que no va a pasar, pero, por lo menos, ya le va a dejar pensando eso (entrevista a Internas Rotativas, 2010).

Frente a estas prácticas violentas y castigadoras, debo afirmar que en la práctica del trabajo de campo vi a dos médicos hablar con las pacientes antes del proceso de legrado y explicarles, claramente, de qué se trataba el proceso. “El doctor es amable, tranquilo y no pregunta nada que no necesite para sus chequeos. Debo decir que, incluso, hay una atmósfera de risa hoy [...] las pacientes se hacen bromas acerca del tiempo que llevan esperando y dialogan con cierta complicidad con el médico” (notas del diario de campo, 2011). Esta atmósfera fue inusual y, posiblemente, también respondía a que aquel día la Sala de Legrados tenía a tres adolescentes como pacientes que, definitivamente, marcaban una dinámica diferente en el ambiente.

Asimismo, uno de los médicos tratantes del servicio, al preguntarle el porqué de este tipo de prácticas punitivas, explicó que cuando se estudia medicina no hay una formación en derechos humanos, lo que provoca que al momento de la atención prevalezcan los valores personales por sobre los derechos de las pacientes:

Porque todos (el personal del centro obstétrico), de todas maneras tienen una convicción sociocultural y religiosa que castiga a aquella mujer que atenta contra la vida. Pero, no hay una escuela de derecho, no hay una corriente de respeto a lo que puede haber hecho esa mujer, ni una conducta médica que

le permita tener todas las alternativas de solución para que el problema, entre comillas, porque para nosotros puede ser un problema por el que llega la mujer... (entrevista a Médico Tratante, 2011).

Al indagar un poco más acerca del proceso de formación médica en este sentido, todas las personas que entrevisté me hablaron de una cátedra de ética. Sin embargo, ninguno supo decir si en esta clase les hablaban de los derechos de las pacientes y, menos aún, de los derechos sexuales y reproductivos. Por el contrario, la materia de ética aparece como una cuestión secundaria frente a las materias estrictamente biomédicas. Esto da muestra de que las estrategias disciplinarias responden más bien a patrones socioculturales y se transmiten, incluso, entre el mismo personal médico.

En relación a estos discursos, que muchas veces son antagónicos, se le preguntó al personal médico qué sentían al momento de atender a una paciente con aborto en curso, “sospechosa” de tener un aborto provocado. Sobre este tema, los sentimientos también fueron diversos. Apareció la rabia y la ira ante la supuesta inconsciencia e irresponsabilidad de las mujeres que se embarazan, y esta ira se impregna en la práctica médica que, a su vez, se expresa en las estrategias de disciplina y control:

Iras, iras. Nos da iras porque, en la actualidad, ya no es tiempo para embarazarse.

Decir no, no supe, no tenía con qué, porque en todo lado le regalan anticonceptivos de todo tipo, hay información de todo eso. Da iras porque son tan inconscientes. O sea, si quieren tener relaciones o lo que sea, deberían cuidarse, deberían procurar evitar, pero no les importa (entrevista a Internas Rotativas, 2011).

Esta rabia se confunde también con la idea de que las mujeres que llegan con aborto en curso, son más exigentes y lo único que quieren es que se les atienda rápido para poder irse. Pero, el hecho de que sean exigentes también se considera “malo”, se cree que ellas no tienen derecho de exigir una atención oportuna, “porque no son como las que están en trabajo de parto” (enfermera en conversación personal). O, como dijo un médico, estas mujeres representan temor, porque quebrantan el orden social al ser capaces de tomar decisiones sobre sí mismas: Porque todos, de todas maneras tienen una convicción sociocultural y religiosa que castiga a aquella mujer que atenta contra la vida (entrevista a médico tratante, 2011).

Efectivamente, durante el trabajo de campo pude constatar que las mujeres en la Sala de Legrado, están especialmente ansiosas por salir de ahí, muchas porque han dejado sus hijos solos, porque no pueden faltar al trabajo, o porque no quieren que sus familias se enteren de lo que están viviendo. Otras quieren salir porque han esperado demasiadas horas para una intervención que se supone sencilla y, además de estar aisladas, han sido ya fuertemente disciplinadas. Sin embargo, dentro del discurso disciplinario estas razones no caben. Tampoco se preguntan, solamente se cree que ellas, “las culpables”, son exigentes y ansiosas por volver a sus “andanzas”: “aunque les duela, ahí mismo siguen, no les importa” (entrevista Enfermera, 2010).

Una vez más, frente a estos discursos de juzgamiento y disciplina, también hay quienes opinan que, seguramente, para ninguna mujer es fácil tomar la decisión de abortar. Como comentó una médica ginecóloga, “no creo que ninguna mujer aborte contenta, o sea, como tampoco creo que ninguna mujer abandone a su hijo en un basurero” (entrevista a ginecóloga, 2010). Dentro de este discurso, si bien hay una especie de comprensión del hecho, una vez más, el aborto se relaciona con la maternidad y en este caso con el abandono de un niño vivo que, probablemente, por las condiciones podría terminar en un infanticidio. Este tipo de discurso vuelve a plantear el tema de la vida del feto y, de hecho, el feto se homologa con un niño, al igual que lo representan los discursos más conservadores.

Como se puede ver, no existe un discurso único. Sin embargo, la idea de la maternidad como un deber ser de las mujeres permea el centro obstétrico, de tal manera que la disciplina y el castigo se enfocan en mostrar a estas mujeres el daño que hacen y que se hacen al no aceptar la maternidad.

Es importante recalcar que las estrategias de disciplinamiento son diversas y sutiles. Sin embargo, también hay castigos que pueden mirarse como prácticas violentas que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres que, de hecho, llegan al centro obstétrico en condiciones de vulnerabilidad porque necesitan atención médica, y no siempre cuentan con la información necesaria acerca de la intervención que se realizará en sus cuerpos y, más aún, entran semidesnudas (solo con una bata, por cuestiones de sepsia), y totalmente incomunicadas.

CAPÍTULO IV

LAS TRAYECTORIAS DE ELLAS, DE NOSOTRAS...

Vengo a decir que en los rincones
más difíciles del planeta
están cantando las mujeres
con voz de pueblo escarmentado.
Se supone que vociferan
para morir un poco menos
(María Elena Walsh, 1994: 156)

La intención de este capítulo es describir las trayectorias de aborto de algunas de las mujeres que llegaron a la Sala de Legrados durante el tiempo en que realicé el trabajo de campo para esta investigación.

Durante la descripción de las trayectorias de aborto pretendo visibilizar cómo las estrategias de temor y disciplinamiento se encarnan en los cuerpos y, más aún, cómo éstas resuenan y trascienden el espacio/tiempo de la Sala de Legrados y del proceso de aborto en sí mismo²⁶. Incluso, en este espacio de aparente “fuga” que son los abortos clandestinos terminados a la luz de la institucionalidad pública, donde el poder vuelve a revertirse en sus cuerpos, como veremos más adelante. “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, 1971:104).

Para iniciar este análisis relataré la trayectoria de Gabriela y, a partir de su historia, plantearé un diálogo entre las diversas voces de las mujeres que llegaron con abortos provocados en curso a la maternidad. Los ejes de análisis de estas trayectorias serán las estrategias de disciplinamiento basadas en el silencio/muerte, la maternización y, finalmente, una de complicidad en muchos casos condicionada, que terminó en todos los casos con la realización de los legrados en la maternidad.

En estas trayectorias pretendo visibilizar los recorridos clandestinos que las mujeres deben hacer cuando toman la decisión de abortar, y cómo las estrategias de disciplinamiento, por lo tanto, la forma en que los cuerpos se norman y se controlan, se vuelven dóciles, y de una manera casi sutil y cotidiana se encarna en estas mujeres que deciden abortar, a pesar de que con esta decisión aparentemente desafían el orden establecido. Además, se verá cómo estas estrategias resuenan en otros espacios

²⁶“Una “anatomía política”, que es igualmente una mecánica del “poder”, 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 operan como se quiere” (Foucault, 1976: 83).

cotidianos que tienen que ver con las familias, las amistades, sus propias soledades e, incluso, sus propias creencias religiosas.

Antes de iniciar este recorrido, creo importante decir que los diálogos con estas mujeres se dieron en los momentos previos a los procedimientos de legrado, esto es, en las largas esperas previas a la intervención médica, tiempos atravesados por sentimientos ansiedad y temor. Condiciones que marcaron cada una de las historias y también mi forma de establecer el diálogo ellas.

Estas mujeres estaban en condiciones especiales y nuestras conversaciones también se daban en condiciones poco comunes para una entrevista. Me refiero a que todas estaban esperando en las camillas a ser atendidas o se recuperaban de la anestesia y esperaban ser dadas de alta. Además de que ellas decidían contarme, precisamente, en ese espacio la historia “verdadera”, en la mayoría de casos tenían una historia paralela enmarcada en la legalidad, que es la que transmitían al personal del servicio de salud.

Ninguna estaba en una situación cotidiana y tampoco lo estaba yo, vestida en una bata verde, con el pelo cubierto, totalmente desinfectada y en este espacio ajeno donde los cuerpos eran intervenidos y las mujeres se encontraban en el rol de pacientes. Esta situación, definitivamente, marcó sus testimonios y los sentimientos que fueron volcando en ellos.

El biopoder encarnado en los cuerpos

Para introducirnos en las trayectorias de aborto es importante retomar algunos conceptos claves que se trataron a profundidad en el capítulo primero, ya que el análisis de las trayectorias se enmarca en ellos.

La biopolítica, entendida como el poder que se ejerce directamente sobre la vida de una manera continua y casi imperceptible, es fundamental para comprender el análisis que se hace sobre las trayectorias de aborto y cómo las mismas se encarnan en los cuerpos de las mujeres. Y, aquí, es necesario señalar que uno de los polos de la biopolítica, la anatomopolítica, se expresa en diversas estrategias disciplinarias cotidianas, casi imperceptibles:

A estos métodos que permiten el control 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; 1976:83).

Es decir, las normas se encarnan en los cuerpos y pretenden hacerlos dóciles y disciplinados mediante estrategias que se justifican en estar encauzados y encajar en los parámetros aceptables que el discurso político dictamina. La normatividad penetra los cuerpos, los atraviesa para constituirse como un discurso encarnado, 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 teórica coincide con la “teoría de la práctica”, propuesta por Bourdieu (2002). Para este autor “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 sentido” (Bourdieu, 2002:111). Así, el autor continúa planteando su análisis afirmando que el sentido práctico es aquella necesidad social convertida en esquemas motrices, automatismos corporales, que se hace práctica y permanece en ella, oscura a los ojos de quienes la producen. Es así como para el autor, todos los órdenes sociales sacan partido de la disposición del cuerpo. Tal propuesta no se distancia del concepto de performatividad de Butler (1996), pues las normas están incorporadas. En este caso, aquellas normas hechas cuerpo, se expresan en el espacio hospitalario, que es un lugar de disciplina y control²⁷. Es así como la incorporación de normas se traduce en una aparente docilidad.

Adicionalmente, las vidas de usuarias que asisten al hospital, dependen del personal de salud y, en este sentido, sus miradas y discursos se convierten en “verdades”. Las usuarias, 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

²⁷El espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal no han sido superpuestos en la experiencia médica, sino durante un corto período, el que coincide con la medicina del siglo XIX y los privilegios concedidos a la anatomía patológica. Época que marca la soberanía de la mirada, ya que en el mismo espacio perceptivo, siguiendo las mismas continuidades o las mismas fallas, la experiencia lee de un golpe, las experiencias visibles del organismo y la coherencia de las formas patológicas; el mal se articula exactamente en el cuerpo (Foucault, 2004:17).

de los fenómenos puede desprenderse, es el agente separador de las verdades” (Foucault, 2004:178). Verdades que, como ya se describió en capítulos anteriores, están atravesadas por las relaciones de poder entre los médicos y las pacientes.

Las mujeres que fueron parte de esta investigación, al momento de interrumpir sus embarazos voluntariamente, transgredieron la norma y la ley. Sin embargo, el biopoder se encarna en sus cuerpos mediante las estrategias de maternización y dolor, que se aplican en sus cuerpos al momento en que acuden al servicio público en busca de ayuda para terminar sus legrados. Es decir, los juegos disciplinarios, de alguna manera las vuelven a la “docilidad”, después de haber sido transgresoras por momentos. Transgresión que consiste, sobre todo, en hacer resistencia desde el propio cuerpo, pues “el cuerpo es el lugar donde se disponen las técnicas del poder” (Mujica; 2007: 93). A lo que se debe sumar esta especie de complicidad que también existe como una fuga del poder, en que si bien no se ejerce el castigo legal, la disciplina y el control son parte de la atención que reciben y, de alguna manera, la complicidad condiciona su sometimiento.

Diálogos en la Sala de Legrados

En 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 aborto provocado y que al momento de hacerle el tacto lo confirmaron porque encontraron en su vagina las “píldoras abortivas”²⁸.

Conforme seguí avanzando 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 se presume que muchos de los abortos en curso son provocados, pero, en el caso de esta paciente encontraron las “píldoras” en su cuerpo y, además, ella es una mujer adulta, por lo que el aborto en su caso no tenía ninguna justificación a ojos de las enfermeras²⁹. Todo esto la hacía aparecer como más culpable, ella ni siquiera había tenido el cuidado de retirar las píldoras de su cuerpo y cumplir de esta manera con el

²⁸Las píldoras abortivas se refieren al Cytotec, cuya droga es el Misoprostol. Medicamento que tiene prescripciones en relación a 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, actualmente es el método más usado por las mujeres que deciden no continuar con un embarazo.

²⁹En el capítulo dos se explica a profundidad cuándo, en el discurso médico, se considera justificable la interrupción voluntaria de un embarazo.

“rito” de ocultar o, al menos, disimular que el aborto fue provocado. De hecho, Gabriela fue de las pocas mujeres que nunca negó que su aborto fue voluntario. Ella, de alguna manera, estaba siendo transgresora; no cumplía con la norma de ocultar y negar su decisión.

Cuando finalmente la encontré, estaba en la Sala de Posgrado, compartiendo habitación con mujeres que estaban en posparto, quienes le daban la espalda ya que sabían que Gabriela era ‘culpable’, Gabriela había abortado³⁰. 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, de ahí, no me explicaron nada hasta que tú llegaste. Después, el doctor me dijo que ya me iba a dar el alta” (entrevista a Gabriela, 2010).

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”. Ella estaba consciente antes de ir a la Maternidad 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 de ella 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 hacer cualquier cosa” (entrevista a Gabriela, 2011).

Gabriela es una mujer de 37 años, que tiene 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, y 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 cuando una mujer ya es mayor no debe haber sido violación, sino que también ella quiso” (entrevista a Gabriela, 2010).

La trayectoria de Gabriela inicia 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 brinda

³⁰ Es importante visibilizar que el derecho a la confidencialidad en el caso de Gabriela fue totalmente violado.

información sobre su situación. Mediante estos silencios ella está siendo castigada, en un primer momento, por su barrio o comunidad, que no cree que una mujer mayor pueda ser violada y, en un segundo momento, por el personal de salud que la atiende y no le da información sobre su estado, lo que indudablemente aumenta su ansiedad y temor. Como se verá en líneas posteriores, el silencio aparece constantemente como una forma sutil de castigo, que resuena en el propio silencio de las mujeres, que no comparten su historia con nadie por temor a ser juzgadas.

Volviendo a las palabras de Gabriela, después de que fue violada, en un principio no pensó que estaba embarazada, pero, 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 tenían que ver con sus dos hijos mayores 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 qué esperar 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... (entrevista a Gabriela, 2010).

Es importante decir que, el dolor que ella siente frente a su situación resuena en el pensamiento acerca de que sus hijos no deberían pasar las dificultades que ella mismo atraviesa.

Esta conciencia y responsabilidad frente a su maternidad, se contrapone totalmente a las ideas que tiene el personal médico de que las mujeres que abortan (especialmente si son mujeres adultas) son “malas madres”, lo que en su imaginario equivale a decir malas mujeres. Por el contrario, las palabras de Gabriela hablan de una profunda responsabilidad para con sus hijos, de hecho, durante el tiempo de espera para el alta médica, la mayor preocupación de Gabriela es que debía retirar a su hijo para que no pasara la noche solo. En esta historia, es la misma maternidad la que hace renunciar a la maternidad. Sin embargo, 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 ejerce 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 que, sin embargo, termina con el disciplinamiento de la Sala de Legrados en donde las mujeres, aunque atendidas, son castigadas de maneras sutiles y, como se verá, la misma maternidad aparece como una estrategia de disciplinamiento, al momento de señalar con culpa a las mujeres 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 la legitimidad social, la maternización, en cambio, funciona como una estrategia para encauzar mediante el castigo a aquellas que deciden interrumpir un embarazo.

Al igual que para Gabriela, las maternidades previas son, para algunas mujeres, una razón para el aborto, más si se unen a la condición de ser 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. Entonces, tener otro hijo sería ser irresponsable [...] aunque ya fui irresponsable al tener relaciones [sexuales]” (entrevista a Carla, 2011).

La maternidad, como afirma Carla, implica además del parto una serie de responsabilidades posteriores, y ellas están conscientes de sus limitaciones en relación a la posibilidad de poder criar solas a más hijos e hijas. Esto, sin temor a estar haciendo un juicio de valor, refleja un sentido de responsabilidad profundo, que se contrapone totalmente a las percepciones que el personal médico tiene sobre las mujeres que toman la decisión de abortar. Sin embargo, además de la penalización social del aborto, resuena en el testimonio de Carla una auto-juzgamiento por haber tenido relaciones sexuales. Es decir, ya no es solamente el aborto lo que causa culpa, sino el ejercicio de la sexualidad. Y, esto visibiliza el éxito de las estrategias de control sobre los cuerpos de las mujeres, los mismos que deben limitar sus relaciones sexuales a la reproducción.

La culpa que ellas sienten por la decisión que toman suele convertirse, nuevamente, en silencio. Gabriela, un tiempo después del aborto, me contaba que no ha podido hablar con nadie 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” (entrevista a Gabriela, 2010).

En estas historias existe una importante tensión entre el deber ser madre de los hijos o hijas ya paridos, y renunciar voluntariamente al embarazo, a fin de lograr cumplir con el rol materno de los hijos previos y, como se puede ver en los testimonios estas dos mujeres, no pueden afrontar el cuidado de más hijos. Sin embargo, como dijo Gabriela en la entrevista y como se describe en el segundo capítulo, estas mujeres son juzgadas constantemente por ser malas madres.

Y, es la misma maternización la que se convierte en una estrategia de castigo, en la medida en que a las mujeres que abortan se les recuerda que son malas mujeres, porque han renunciado a la maternidad. Es decir, a su deber ser y, por tanto, es mediante la misma maternidad a la que renuncian que se les castiga, ya sea haciéndolas pasar el post-aborto 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 a las mujeres el producto del aborto, situación que ya se describió en el segundo capítulo y 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 asesinar, meterme con un ser inocente, inofensivo, que estoy matando una vida, no le estoy permitiendo vivir” (entrevista a Gabriela, 2010).

Al momento de enseñarle a Gabriela el producto del aborto, éste se convirtió en “un ser inofensivo” al que Gabriela no le permitía vivir. En ese momento ella estaba siendo 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” (entrevista a Gabriela, 2010). 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 entrevista posterior, (2011) afirmó: “Era la niña que siempre quise tener”.

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

El señor [doctor] me hizo el eco, y me lo mostró y me decía “su bebé está feliz”, mire, le esta 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. Si no que 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 (entrevista a Carolina, 2010).

En este testimonio, la tecnología es usada para disciplinar. El hacer ver el embrión a la mujer 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 pro vida 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).

Es así que, Carolina, a partir de las palabras del doctor quien tiene el poder de la “mirada clínica”³¹, 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. Sin embargo,

³¹ “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, 2004: 178). Verdades que, como ya se describió en capítulos anteriores, están atravesadas por las relaciones de poder entre los médicos y las pacientes.

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 (entrevista a Carolina, 2010).

Tanto en el caso de Gabriela, como de Carolina, el castigo se expresa en hacer mirar a la mujer, ya sea mediante el uso de la tecnología o mostrándole el producto del aborto. La imagen es usada para que las mujeres se convenzan de cuán culpables son, por renunciar a su maternidad. Así, 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 pro vida, 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 amiga y ella le dijo: “Piensa bien, ese hijo no tiene la culpa de venir al mundo” (entrevista a Narcisa, 2011) y, enseguida le enseñó una serie de videos que compró en el mismo 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 le otorga vida propia al embrión o feto.

Tatiana, una mujer joven de 21 años, quien al momento de la entrevista estaba viviendo su segundo aborto, me contó de los videos que vio en *youtube*. Esto muestra 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 auto-criminalizan: “Puse en *youtube* abortos y me salieron algunos [...] Como que reaccioné, no, cómo le voy 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 (entrevista a Tatiana, 2011).

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, 1971:104). Sin embargo, y a pesar de esa resistencia, el biopoder busca otras formas de ejercicio sobre los cuerpos basados en el temor, las culpas, el castigo divino y, tal vez, estos mismos silencios que acompañan las historias de las mujeres que abortan.

La misma Tatiana me 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 y llegué a pensar que me iba a quedar estéril y que ya no iba a poder tener hijos y le pedía perdón a Dios” (entrevista a Tatiana, 2011). Cuando se enteró de su segundo embarazo, lo primero que hizo fue “agradecer a Dios” porque no se había quedado estéril (entrevista a Tatiana, 2011). 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 crueles cuando renuncian a la maternidad y, por el otro lado, 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 apoyar, yo le voy a dar el apellido, no me importa, yo te voy apoyar no le va a faltar nada” (entrevista a Tatiana, 2011). En esta parte de la entrevista Tatiana cuenta cómo, incluso, su familia empieza a convertir en sujeto al feto y 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 familiar³².

Como se dijo en líneas anteriores, el hacer persona al feto vuelve más difícil la decisión de abortar, ya que convierte el hecho de expulsar un embrión del cuerpo de la mujer en un crimen contra una persona. Al dotar a estos seres de una vida propia y de un sentido, el crimen aparece como obvio. Sin embargo, y a pesar de aparecer como un crimen, las mujeres siguen abortando, ya que son conscientes de que estos seres dependerán de ellas y que no en todas las condiciones ellas se sienten en la capacidad de afrontar esa dependencia, que va mucho más allá de la gestación o el parto.

Por tanto, el éxito de la estrategia de maternización no radica en que las mujeres dejen de abortar, sino por el contrario, en hacerlas sentirse como criminales frente a la decisión de abortar, y aumentar así su dolor.

Esto no se limita al momento de la intervención como tal. Esta 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 lo 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 a Susana, 2011).

Este temor a la esterilidad muestra cómo las estrategias de maternización resuenan en los cuerpos de las mujeres y a partir del proceso de aborto las marcan, haciéndolas pensar que como castigo vivirán una especie de muerte social, porque no podrán ejercer el rol de madres para el cual han sido socializadas. Aquí, la estrategia disciplinadora trasciende y se convierte en un temor recurrente 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”

³² 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 éste 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.

(Mujica, 2009:91). En este sentido, el problema no radica tanto en la muerte biológica de las mujeres, sino en no poder ser madres, lo que las aniquila socialmente.

Y, aquí se puede mirar cómo funciona el biopoder, con un ejercicio sutil sobre los cuerpos, que los marca, los disciplina de forma silenciosa, pero condicionante. No es necesario dejarlas sin la debida atención médica o menos aún sancionarlas legalmente, el biopoder atraviesa los cuerpos a través de sus estrategias disciplinadoras, infundiendo temor. Así, “el poder se ha introducido en el cuerpo, se encuentra expuesto en el cuerpo mismo” (Foucault, 1971:105). De alguna manera, aquí se visibiliza el reverso del poder y cómo se ejerce de múltiples maneras. Por un lado, las mujeres son constantemente incitadas a la “planificación familiar”, esto es, 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. Gabriela, cuando llegó adolorida a emergencia y encontraron en su cuerpo las “pastillas abortivas”, le dijeron que debía aguantarse el dolor que las contracciones le causaban porque se había provocado un aborto, y enseguida todo el personal se enteró de su caso. Pero, así como hablaban 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, y en ese silenciamiento se expresa el ejercicio del poder; la historia de ellas no importa, lo que prevalece es el discurso médico. “Generalmente se suele definir la relación médico paciente como asimétrica de poder que se enraíza en la especificidad del saber y de la práctica médica: se objetiva al individuo y se le impide tomar la palabra” (Fernández, 2004: 383).

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, sólo a las que abortamos nos dejan así [desatendidas], porque nos ven como mujeres malas” (entrevista

a Gabriela, 2010). 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” (entrevista a Tatiana, 2011). Ni Gabriela, ni Tatiana exigieron que se las tratara mejor, al igual que todas las mujeres que entrevisté, se silenciaron. Tal vez porque consideraban que era normal ser maltratadas, ya que habían abortado. Durante mi investigación solo una paciente exigió un trato digno, ella (Nubia³³) era cubana y, muy probablemente, el hecho 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 atiendan.

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 y de una forma mucho más explícita, cuando no se les administran analgésicos para calmar sus dolores³⁴.

Carolina tuvo una experiencia diferente en su primer aborto, ella fue a un consultorio clandestino y ahí le hicieron el aborto, pero el precio variaba con o sin anestesia general. Esto visibiliza cómo los consultorios clandestinos 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 a Carolina, 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

³³ En notas del diario de campo, tengo registrado el asombro y el malestar que las exigencias de esta joven cubana despertaron entre el personal médico, quienes además de considerarla una “cubana maleducada”, se asombraban de que ella había tenido ya tres abortos y no tenía ningún problema en contarlo. Valdría la pena en un estudio posterior hacer una comparación entre las trayectorias marcadas por la ilegalidad y aquellas que se dan en el marco de los derechos.

³⁴ En el capítulo dos se hace referencia al hecho de que las mujeres que abortan suelen no recibir analgésicos.

disciplinadora en su cuerpo. Ella tuvo dolores aproximadamente una semana después de tomar pastillas para la gastritis³⁵. Luego, tuvo una fuerte caída y aún así, la dejaron en casa esperando a que alguien pudiera llevarla a un hospital:

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 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 como un cólico muy feo. Cuando le dije a mi mamá, me dijo ya te voy a llevar para hacerte ver porque ahora 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 que 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 evite 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 (entrevista a Giomara, 2011).

Los dolores de Giomara duraron varios días, finalmente, todo terminó en una expulsión en su propia casa. Cuando habló conmigo ya sólo esperaba por 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 transcurra 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. Y, lo que se está castigando es 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 mujeres 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 enteren y las maltraten o las echen de sus casas. Lo interesante aquí es que el temor a que sus padres se enteren del embarazo, era tan poderoso como el temor a que se enteren de que abortaron. Es decir,

³⁵ El Misoprostol o pastilla abortiva, como la han llamado las mujeres con las que pude hablar, tiene entre sus usos el tratamiento de la gastritis, si bien Giomara afirmó que no había querido abortar, el uso de Misoprostol durante el embarazo es una señal del deseo de abortar.

de una u otra manera estas mujeres eran castigadas y juzgadas, por tema relativo a sus derechos, que 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. Sin embargo, Ana supo desde que se enteró 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, sólo después de que le dijeron que estaba mal, ella sintió un “vacío” (entrevista a Ana, 2011).

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 sólo cuando ya había cumplido con su rol de madre: “No [busqué atención médica porque] me daba pena más de mis hijos. Me daba pena de ellos porque no hay quien les cuide, y 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 a Francisca, 2011).

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

El temor tiene también otro matiz. Muchas veces el temor proviene de la falta de información que tienen las mujeres sobre el procedimiento que se les realiza. En la mayoría de los casos que recogí, todas decían que nadie les había explicado lo que les harían, y este silencio definitivamente despertaba la imaginación. El testimonio de Tatiana describe lo dicho: “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 que más intenso de todo. Me dijeron, usted se va a tener que quedar aquí, y nada más” (entrevista a Tatiana, 2010).

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 bajaba pedazos, pedazos del vientre” (entrevista a Gabriela, 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, me dijo, y yo me tomaba, y yo no sabía. Yo estaba bien asustada, pensé que me iba a dar hemorragia” (entrevista a Narcisa, 2010).

El miedo de Narcisa es un miedo común. Las mujeres, al no tener información, imaginan lo que les puede suceder, y 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 de riesgo, ya que tampoco acuden fácilmente a buscar ayuda, porque han interiorizado de diversas maneras que hicieron algo malo. Y, es necesario decir, que la falta de información no se limita a los servicios públicos donde terminan el proceso, las clínicas clandestinas en las que las mujeres pagan altos precios, tampoco les hablan sobre el proceso.

Carolina, también dijo sentir miedo del dolor: “Sí, tenía miedo de que me iba a doler, que me iba hacer algo malo, de que ya no iba a poder tener bebés nunca más, porque sí quiero tenerlos, pero no ahora” (entrevista a Carolina, 2011). 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. Es decir, 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 adolescente estudiante, mientras esperaba en la sala de legrados, estaba tensa y me repetía constantemente que tenía miedo de morir por la anestesia.

Después de que intenté explicarle algo acerca del funcionamiento de la anestesia, me comentó: “Es que vino una doctora y dijo que estábamos corriendo el riesgo de morir” (entrevista a Silvana, 2011).

En este caso, su temor proviene de la información que recibe directamente del personal médico que, además, hizo el comentario de tal manera que las otras tres mujeres que en ese momento estaban en la sala pudieron escucharlo claramente. Esta forma de castigo, implica que las mujeres entren en estado de ansiedad y, como la misma Silvana comentó, quieran irse del hospital, poniéndose en riesgo de infección por no haber realizado 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 efectos de la anestesia. Ellas saben, se busca que mediante el temor a la propia muerte ellas no vuelvan a “desobedecer” el orden establecido abortando, es decir, desobedeciendo el mandato social de la maternidad.

Y, 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 alguna manera, la creencia religiosa viene a completar la acción 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, 2009:84).

Por otro lado, 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 lo que, 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 anestesia³⁶ y, más aún, creen que tal vez podrían morir por la anestesia, sin cuestionar que si esto sucediera sería por una mala práctica médica.

³⁶ 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 Dra. Belén Nieto, 2010).

Para culminar con el acápite sobre el dolor y el silencio, se vuelve importante señalar que en Ecuador está normado por el Ministerio de Salud Pública (2009) que los abortos en curso deben tratarse con técnicas de aspiración (AMEU), técnica menos invasiva y dolorosa que el aborto por legrado. Sin embargo, durante el tiempo del trabajo de campo tan solo pude ver a dos médicos aplicar esta técnica, a pesar de que esta forma de aborto incluso “libera” camas y ahorra recursos en los servicios públicos de salud (Rance, 2003: 194). Parecería que el aborto por aspiración no se aplica porque no se quiere facilitar el proceso y evitar el dolor de las mujeres, como se describió en el capítulo dos. 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. Y, 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 mujeres³⁷. Y que, frente a esto, asuman que la maternidad, incluso la maternidad forzada³⁸, es una mejor opción, ya que ésta no cuestiona el orden establecido, aunque si 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 se dijo en líneas anteriores, si bien la mayoría de mujeres no cuentan que se hayan provocado un aborto, a ojos del personal médico todas son sospechosas y se presume que la gran mayoría de abortos espontáneos son, en realidad, abortos provocados.

Asimismo, hay un conocimiento del personal médico acerca de la ilegalidad del proceso, como ya se describió en el capítulo dos. En general, todo el personal que yo entrevisté, desde los médicos tratantes, hasta el personal auxiliar conocían el marco legal restrictivo del país, y esto, en vez de llevarlos a proceder con el orden legal, les da cierto

³⁷ Susanne Rance (2003) también hace referencia a 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.

³⁸ “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 preeminencia razones diferentes al deseo de ser madre en ese momento” (AUPF, RUDA, 2008: 167).

poder de juzgamiento a 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 las mujeres que 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 estas matando una vida, sea lo que sea, estás matando una vida porque desde el momento en que tu concibes, eso ya va teniendo vida” (entrevista a Gabriela, 2010).

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, por el contrario, 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, pero, la ley funciona apenas como amenaza que se asienta en la punición social que las mujeres viven desde el momento en que empieza su trayectoria de abortos 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, RUDA, 2008:167)

A Carolina le pasó algo parecido cuando llegó a emergencias y una doctora encontró 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 esposo³⁹, a mi novio, y le dije que él no sabía nada” (entrevista a Carolina, 2010). Sin embargo, ella pidió que su novio pasara y, en ese momento, el temor por la amenaza legal de la doctora puso en más riesgo a Carolina porque ella decidió irse de ese hospital sin recibir la atención debida y, más aún, lo que empezó siendo un aborto terminó en asesinato: “Entonces, ahí ya pedí el pase [a mi novio], dije, yo no me quedo aquí, y él entró y me

³⁹ Es importante señalar que él no es su esposo, pero como siempre se pregunta acerca del estado civil de la paciente, Tatiana, para no sentirse aún más amenazada y juzgada, inventa que su novio es su esposo, para legitimar a ojos de la doctora el haber tenido relaciones sexuales. Aunque, el punto a juzgarse parece ser siempre el hecho de que esas relaciones no tengan fines reproductivos.

dijo de aquí no te van a dejar salir, esa señora te puede meter presa por eso” (entrevista a Carolina, 2011).

A pesar del despliegue constante de estrategias disciplinadoras, 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 de ellas estarían expuestas a la muerte. Es aquí cuando nace una complicidad condicionada; ellas son atendidas, aún 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, lo del aborto voluntario que, en un principio, es una forma de resistencia al poder expresado en las maternidades forzadas, culmina en un proceso donde 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 fuga 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’.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En este capítulo describo algunas de las conclusiones que surgen del proceso de investigación. En un primer acápite, me ubico en una reflexión de las maneras de funcionamiento del concepto de biopoder, a través de estrategias de control y disciplinamiento que generan temor, que a su vez, activan formas de resistencia desde los cuerpos que pretenden disciplinar.

Seguidamente y, a partir de las trayectorias de aborto descritas en esta tesis, se examinan algunos de los efectos del disciplinamiento sobre las sexualidades de las mujeres, quienes son castigadas por ejercer su sexualidad fuera del matrimonio y luego vuelven a ser castigadas por no asumir las maternidades fruto del ejercicio de esta sexualidad. Aquí, se tratarán también las estrategias de resistencia que ellas generan desde sus cuerpos, a partir de tomar la decisión de interrumpir voluntariamente sus embarazos.

Finalmente, hago una reflexión acerca del trabajo de campo y la propuesta metodológica que implicó en alguna medida un diálogo entre la medicina y la antropología, y que permitió acercarme a los conceptos de biopoder y temor. En especial, intentaré visibilizar cómo los discursos médicos se convierten en prácticas disciplinatorias, mediante las que se ejerce el biopoder en los cuerpos de las mujeres.

Las estrategias de control en el cuerpo de las mujeres

Como se puede ver a lo largo de esta investigación, el biopoder a partir de estrategias de control se expresa en la práctica médica, al momento de brindar atención a las mujeres que llegan a tratarse como consecuencia de un aborto provocado, hecho que se vuelve complejo porque además de tratarse de un tema clínico, se enlaza con la legalidad, con la clandestinidad y, también, de manera clara con la moral del personal médico, pero, también de las mujeres.

En este marco, el biopoder se expresa en los cuerpos, a través de estrategias de control y disciplinamiento, que se encarnan en los cuerpos de forma sutil, para normarlos y someterlos. Cuando una mujer decide abortar está de alguna manera ejerciendo resistencia desde su cuerpo, y es justamente en su cuerpo donde las estrategias

se despliegan a fin de encauzar a aquellas que renuncia voluntariamente a su “deber ser” como madres.

El aborto es un hecho social que en el espacio del centro obstétrico rebasa la atención biomédica, y activa cada vez que se trata, una serie de dispositivos de disciplina y control sobre el cuerpo de las mujeres. Este hecho social, en el caso del Ecuador, se encuentra en un espacio de tensión entre la clandestinidad y la ilegalidad, un espacio invisible, en que el hecho ilegal se atiende a la luz de la legalidad. Esto, en la medida en que el proceso de aborto inicia en la clandestinidad y termina, en los casos que fueron analizados en esta investigación, en la institucionalidad pública, donde las mujeres van en busca de atención para “terminar” los abortos.

El hecho de que el aborto, se dé en este espacio de frontera y tensión entre la legalidad y la ilegalidad, permite que el biopoder, expresado en el discurso del temor y apoyado en las estrategias de disciplinamiento, se ejerza en los cuerpos de las mujeres, quienes, si bien no son sancionadas legalmente, sufren la sanción social y el disciplinamiento sutil que pretende encauzarlas.

Las estrategias de disciplinamiento y control, mediante las que se expresa el biopoder cuando una mujer se atiende por aborto, las hemos llamado maternización, silencio/muerte y complicidad. Estas estrategias funcionan como un castigo sutil, que las mujeres que abortan no sólo aceptan, sino que sus propios cuerpos sirven al biopoder como ejemplo para otras mujeres que se encuentran en el espacio del centro obstétrico en asuntos relacionados con la maternidad. En la medida en que aquellas que van por otras causas, al ser testigos del castigo para aquellas que abortan, se presume que quedarán escarmentadas mediante el castigo ejemplificador y no cometerán el “delito” del aborto, por temor a recibir las mismas sanciones.

En relación a este último punto, se puede afirmar que las estrategias funcionan en el contexto específico del centro obstétrico. Siguiendo las ideas de Foucault (2001), la disposición del espacio médico en el centro obstétrico tiene, en sí mismo, una doble función disciplinaria. Por un lado, castiga a las mujeres que interrumpen voluntariamente sus embarazos al ponerlas en contacto con aquellas que sí han cumplido con el mandato social de la maternidad. Y, por otro lado, muestra el castigo a aquellas que no violentan la norma, a fin de que no lo hagan por temor a ser castigadas de la misma manera y, así, se pretende mantener el orden social. Esta distribución espacial

responde al biopoder que no actúa de manera violenta sobre los cuerpos, sino al contrario, los disciplina de manera sutil y casi imperceptible, como en este caso logra la distribución espacial. Cabe decir que, el biopoder se sostiene en estrategias de control y dominación, que son aquellas que se incorporan en los cuerpos para disciplinarlos y normalizarlos.

En este espacio, además, el temor juega un papel importante, ya que las estrategias de control y disciplinamiento se apoyan en la amenaza y el miedo. Las mujeres que asisten en busca de atención al centro obstétrico por causa de un aborto en curso, sienten temor de ser penalizadas legalmente y esta norma legal, aunque no se cumple, funciona constantemente como amenaza. Al igual que los discursos sobre el peligro que corren sus vidas o su fertilidad, estas amenazas son, precisamente, los dispositivos de poder, aquellos que pretenden someter las decisiones de las mujeres que han abortado, y que resuenan en aquellas que comparten el espacio médico con ellas.

El temor de alguna manera funciona como un discurso de dominación que pretende someter y hacer dóciles los cuerpos de las mujeres, so pena del castigo, la enfermedad e incluso la muerte social que implica la esterilidad en contextos en que la maternidad es fuertemente valorada. El discurso del temor, como se puede ver a lo largo de esta investigación, está presente en la relación entre el personal médico y las usuarias, y su éxito radica en el hecho de que las mujeres subjetivizan estos temores y los encarnan en sus propias historias y trayectorias. Los temores resuenan en sus testimonios más allá de su estancia en el centro obstétrico y, probablemente, limiten sus sexualidades, pero no así la reincidencia de los abortos.

Ellas interiorizan el temor a ser encerradas en la cárcel, a morir por sepsis o por una sobredosis de anestesia, a no poder ser madres, y estos temores son parte de la forma en que resuenan las estrategias del silencio, la maternización y la propia complicidad condicionada con la que son atendidas. Sin embargo, muchas de las mujeres que fueron parte de esta investigación habían vivido más de una interrupción voluntaria de sus embarazos, como generando resistencias, desafiando al biopoder en una afirmación de sus fertilidades y de sus propias vidas.

En este ejercicio continuo de sometimiento y resistencia, el espacio de fuga que ocupa la atención al aborto provocado en el país es propicio para el ejercicio del biopoder directamente sobre los cuerpos; la ausencia de cumplimiento de la norma legal

deja un margen de libertad amplio al personal del centro obstétrico que se siente en el “deber” de disciplinar y concientizar a las mujeres que llegan a este espacio en busca de atención médica. Este sentimiento de autoridad moral responde, a su vez, al hecho de que, como la ley no se cumple, el personal aplica sus propios códigos morales, los mismos que responden a una matriz cultural de sobrevaloración de la maternidad y criminalización del aborto.

Cabe decir, además, que las mujeres ponen sus cuerpos en manos del personal que las atiende y, por tanto, deben confiar en lo que el personal hace, confianza que también da legitimidad a los discursos de temor, la moral y la ‘conciencia’ del personal. Es, precisamente, en la confianza que ellas depositan en el personal al momento de la atención, donde los discursos de estos cobran fuerza, y las mujeres aceptan ciertas prácticas disciplinatorias sin resistencia, ya que consideran que el personal hace lo que debe hacer, y lo que dice es, precisamente, por el ‘bien’ de las mujeres. Aquí, una vez más, se puede visibilizar el éxito del biopoder, en la medida en que quien es castigada asume el castigo y, al menos durante su estancia en el centro obstétrico, encarna la norma. Aquí, es claro el ejercicio del poder disciplinatorio sobre las mujeres, quienes una vez que llegan al centro obstétrico se convierten en cuerpos dóciles que se someten, sin mayor resistencia, a las prácticas del personal que las atiende.

En el centro obstétrico, el biopoder se expresa básicamente en tres estrategias que funcionan de manera interrelacionada durante todo el proceso de atención: la maternización, el silencio/muerte y la complicidad. Estrategias que se expresan en un temor permanente que ronda a las mujeres desde que inician sus trayectorias de legado. La estrategia de silencio/muerte se expresa en el silencio que rodea la atención al aborto provocado, poca información sobre los procedimientos que se realizan. Silencio que resuena en las voces ausentes de las mujeres que, en la mayoría de casos, no cuentan su historia verdadera, sino que inventan hechos acerca del aborto, como forma de resistencia al juzgamiento y como producto del temor a la sanción legal, pero, también a la sanción moral.

La maternización responde, por su parte, con el hecho de recordarles constantemente a las mujeres que no han sabido cumplir el mandato de la maternidad y por tanto, han dañado al cuerpo social. Más aún, esta estrategia personifica a los fetos,

haciéndolos hijos y, en esa medida, las mujeres se convierten en madres que fracasaron en su ‘deber ser’.

La complicidad condicionada tiene que ver con el espacio de tensión entre la legalidad y la ilegalidad en que se dan los abortos en el Ecuador. Este espacio de aparente fuga de lo legal permite que la norma social se aplique sobre los cuerpos de las mujeres, sin que ellas puedan ejercer demasiada resistencia, ya que sienten temor de no ser atendidas o, por el contrario, ser denunciadas.

En relación al dolor y al silencio, se puede decir que las mujeres que llegan con aborto en curso, que se presume provocado, son vistas y juzgadas como “sospechosas” y no reciben una atención prioritaria. Ellas no reciben la información necesaria acerca de los procedimientos que se realizan en sus cuerpos y, me parece importante señalar, esto no se debe a una falta de tiempo por parte del personal, ya que hay constantes diálogos con ellas, pero, son sobre todo disciplinatorios. Es decir, el tiempo de diálogo que se invierte con estas mujeres es tiempo para el discurso del temor, para recordarles su mal proceder.

El no saber qué es lo que está sucediendo en propio cuerpo, evidentemente, alimenta el temor y, de alguna manera, hace sentir a las mujeres que no tienen el control sobre sí mismas, están al control del personal que las atiende y esto, a su vez, hace más asimétricas las relaciones de poder, en la medida en que ellas deben ser ‘dóciles’ y sumisas a la atención que les brindan. Ellas no tienen voz durante su tratamiento, y este silencio se agudiza por la clandestinidad del proceso que se han realizado. Es decir, no solo el personal médico calla, ellas también se silencian por temor a ser castigadas.

Sobre el dolor, que va de la mano con el silencio, la conclusión más evidente es el hecho de que el personal médico no ha incorporado el uso de AMEU (absorción manual endouterina) a su práctica para el tratamiento de aborto incompleto, a pesar de que la misma está protocolizada y es totalmente legal en el país desde el año 2003. Actualmente, la AMEU constituye la primera opción para el tratamiento del aborto, ya que es menos invasiva, más segura y su recuperación es más rápida. Por otro lado, es menos dolorosa y, por ser menos, invasiva tiene menos probabilidades de complicaciones posteriores como la perforación uterina o hemorragia (MSP, 2003). Sin embargo, no se usa. El dolor, entonces, es una forma explícita de disciplinamiento, puesto que, aunque existen instrumentos para evitarlo, no se utilizan. Durante mi

estancia en el centro obstétrico tan solo vi a dos médicos hacer uso del AMEU; uno que realizaba una investigación específica sobre el tema y, el segundo, un médico que tiene asimilado el discurso de derechos.

Aquí, me atrevo a señalar, siguiendo las ideas de Rance (2003), que la falta de uso de este dispositivo tiene que ver con un tema moral por parte del personal médico, que considera que haciendo más fácil el procedimiento, las mujeres abortarán más. Lo que es una forma de ejercicio de poder sobre el cuerpo de las mujeres, que se agudiza en la medida en que ellas desconocen que este tipo de instrumentos existen y, por lo tanto, no pueden demandarlos. Entonces, el dolor se fortalece en el silencio de la falta de información.

Este silencio que rodea la atención del aborto, se rompe con imágenes cuando muchas de las usuarias en la espera pueden ver claramente el procedimiento de legrado que se realiza en otras mujeres, procedimiento de imágenes dolorosas y atemorizantes. El que los legrados se realicen bajo la mirada de otras pacientes es, tal vez, la estrategia de dolor temor más desencarnada. Ellas ven el procedimiento, pero, una vez más, en el marco de un silencio castigador, por lo que el temor se incrementa. El temor a ser lastimadas, a no despertar de la anestesia, y también el temor al dolor, que están seguras que sufrirán, después de ver el procedimiento realizado en el cuerpo de las otras mujeres.

Las estrategias de disciplinamiento se fortalecen unas a otras y funcionan de forma interconectada. Así, la maternización aparece como la estrategia del ‘deber ser’ y resuena en todos los discursos del centro oObstétrico, desde el momento en que las mujeres llegan y comparten espacios con las parturientas, viendo además a los neonatos, hasta el hecho de ser consideradas pacientes no prioritarias. A las mujeres se les recuerda constantemente que han incumplido el mandato social de la maternidad y, por ello, son castigadas de diversas maneras, desde el hablarles o el hacerles ver de lo que se han perdido al renunciar a la maternidad, hasta la permanente subjetivación de los fetos que pasan a ser personas, una vez que llegan al centro obstétrico. De tal manera que, las mujeres, no solo son culpables por no cumplir el mandato social de la maternidad, sino que son criminales que asesinan sus hijos.

Aquí, el discurso médico que hace de los fetos personas, se confunde con el discurso moral, ya que desde una perspectiva puramente médica, deberían hablar de embriones, fetos y/o productos del aborto. Sin embargo, se habla de los hijos que las

mujeres abortan y de sus fracasos obstétricos. Cabe decir que, esta conexión con la moralidad le da legitimidad a las prácticas disciplinarias; el personal médico habla desde la “verdad de la ciencia” y a partir de la posesión de estas supuestas verdades, desde su propia autoridad moral. Autoridad que, por supuesto, le otorgan las mismas usuarias, quienes depositan su salud en ellos.

Una atención que moraliza y disciplina

Sobre los discursos que fluyen en el espacio médico, se debe decir que existen muchas tensiones en torno al aborto como hecho social y a la atención de los abortos en curso. El personal del centro obstétrico considera el aborto como un problema de salud pública, y esto se ha empezado a construir hace más de cincuenta años, problema con el que ellos y ellas deben lidiar, ya que es un hecho recurrente y cotidiano. Por su mandato profesional, se saben en la obligación de brindar la atención que las mujeres requieran, y sin duda lo hacen. Frente a esto, hay un marco legal restrictivo y un discurso moral que criminaliza el aborto y a las mujeres que abortan. El personal del centro obstétrico, por tanto, se encuentra en un constante dilema que se resuelve en brindar atención, pero, a la vez, disciplinar y moralizar a las mujeres sobre el aborto y la maternidad. Esta necesidad de concientizar a las mujeres, más que venir de un aprendizaje durante el proceso de formación, responde a sus propias convicciones culturales y religiosas, que se encarnan y expresan en las prácticas médicas y, por tanto, en los cuerpos de las mujeres.

Uno de los puntos más relevantes en relación al discurso médico es la tensión entre el “deber de la atención” médica a las usuarias, independientemente de cuál es su historia y, a la vez, el disciplinamiento que éstas reciben por parte del personal médico cuando la atención que reciben es por causa de un aborto que se presume provocado. Como se pudo ver a lo largo de la investigación, este disciplinamiento tiene varios matices: la maternización, el dolor, el silencio y, finalmente, esta complicidad que se da en la atención. Todas estas estrategias confluyen en un mismo punto, disciplinar a las mujeres, ejercer el biopoder en sus cuerpos para despertar en ellas la culpa y, a través de la maternización, también cierto deseo de cumplir con su ‘deber ser’ como madres. Sin embargo, parecería que el fin último del disciplinamiento no es evitar otros abortos; las mujeres en su mayoría no reciben consejería sobre uso de métodos anticonceptivos, sobre todo, si el legado se hace en fin de semana ya que la farmacia permanece cerrada

y, desde la voz del personal médico, más bien se trata de “concientizarlas”. El objetivo parecería más responder al temor, esto es, provocar este sentimiento en las mujeres a fin de que no tomen decisiones sobre sus cuerpos y sexualidades.

Es aquí donde el discurso médico se confunde con el discurso moral. El personal de salud que está consciente de su obligación de atender a las mujeres, paralelamente, se siente en el deber de moralizarlas y disciplinarlas. De alguna manera, parecería que ante la ausencia del mecanismo de sanción legal, asumen la potestad de la sanción moral y la ejercen de diversas maneras como se ha visto a lo largo de la investigación. Tal vez aquí es necesario hacer una pausa para decir que, como excepción, también hay personas que atienden sin un discurso disciplinario y que tienen asumido el discurso acerca de los derechos de las pacientes. Sin embargo, esto es la excepción o tiene que ver con circunstancias específicas, como la realización de alguna investigación médica.

Ahora bien, estos discursos moralizantes y disciplinadores, no vienen directamente del proceso de formación médica, aunque podrían aparecer implícitos en la ausencia de una formación que reconozca los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y que, a su vez, les permita a las y los futuros profesionales de la salud, conocer los contextos en los que las mujeres que atenderán desarrollan sus propias historias de la salud sexual y salud reproductiva.

Además de la ausencia y el silencio sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las y los profesionales tienen sus propios bagajes culturales en los que la maternidad aparece como la única posibilidad de realización de las mujeres y, como contraparte, el aborto provocado se percibe como un crimen y no como un hecho social en el que las decisiones de las mujeres se ejercen. Y, precisamente, esta visión moral sobre la maternidad y el aborto son las que se expresan en las prácticas disciplinarias y permiten que quien atiende a las mujeres ejerza el castigo.

Es decir, la ausencia de penalización legal no garantiza de ninguna forma la ausencia de sanción social y, por el contrario, podría hacer más permisivas ciertas violaciones a los derechos de las mujeres, como la falta de confidencialidad, mostrarles el producto del aborto e, incluso, el no uso de ciertos analgésicos o de adelantos científicos como el AMEU.

Las estrategias de disciplinamiento parecen no estar dirigidas a que las mujeres dejen de abortar. Por el contrario, la palabra “concientizar” aparece constantemente en el

discurso del personal de salud, quienes parecen confundir su rol de atención médica con un mandato más bien moralizante sobre las mujeres, quienes deben “asumir” su culpa y responsabilidad. Frente a esto, poco se habló de la necesidad de evitar nuevos abortos y trabajar el tema del acceso a métodos anticonceptivos, lo que sería el mandato del personal de salud quien debe garantizar la salud sexual y la salud reproductiva, en vez de juzgar sus decisiones.

De alguna manera, las tensiones que prevalecen en el discurso médico, se relacionan con las tensiones existentes en el abordaje teórico de la sexualidad desde el paradigma de derechos y desde el paradigma libertario. Mientras que para el primero el aborto es un problema de salud pública, para el segundo es un tema que pasa por la autonomía de las mujeres. Sobre esto, los discursos médicos más progresistas intentan tratar el aborto como un problema de salud pública y, desde esta perspectiva, resuelven los abortos con una atención que responde a los protocolos, intentando evitar el daño a la salud de las mujeres.

El paradigma libertario en cambio, no tiene ninguna resonancia en el discurso del personal del centro obstétrico, y esto parecería responder a las matrices culturales en que la maternidad aparece como la forma de realización de las mujeres y, desde esta perspectiva, el aborto no se ve como un derecho o acción autónoma, por el contrario, se considera un fracaso obstétrico y, por tanto, se lo trata considerando que las mujeres que abortan “no han podido cumplir el mandato”. Por eso son, de alguna manera, vistas además de con criminalización, con cierta lástima.

Desde esta perspectiva, indudablemente, se puede afirmar que si alguno de los paradigmas resuena en el discurso institucional es el paradigma de derechos, en relación a que las instituciones públicas deben responder por los posibles problemas de salud de las mujeres, y no se plantean el respetar sus autonomías.

Resistencias y reincidencias

A lo largo de las trayectorias de las mujeres que participaron en esta investigación, se puede decir que se despliegan estrategias de resistencia frente a embarazos no deseados, y frente a un marco legal y moral en que el aborto es considerado como un crimen. Al momento de decidir no cumplir con el mandato social de la maternidad, cada una de ellas hizo resistencia desde su propia piel. Resistencia que, en muchos casos, fue

dolorosa ya que implicaba romper con las matrices culturales en que las mujeres somos socializadas para ser madres, y en todos los casos implicó clandestinidad. Frente a los discursos maternizantes, cada una de ellas tomó una decisión de ruptura y frente a los marcos legales restrictivos optaron por la clandestinidad a fin de poder ejercer su autonomía.

Si bien en las trayectorias recogidas, las razones para interrumpir el embarazo son diversas, al igual que las condiciones de cada una de estas mujeres, me parece importante señalar que cada una meditó sobre la decisión y, de alguna manera, midió cómo un embarazo no planificado afectaría sus propios proyectos. Las decisiones, se puede decir, que en ningún caso fueron fáciles, ni felices, sí fueron decisiones autónomas y, en relación a sus propios relatos, se puede decir que el interrumpir sus embarazos fue una de las pocas decisiones propias que tomaron.

El ejercicio de la autonomía suele ser doloroso para la mujeres, especialmente en lo que tiene que ver con tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, tanto cuando deciden mantener relaciones sexuales, en la medida en que son sancionadas, y hasta ‘clandestinas’ cuando se dan fuera del matrimonio, como cuando deciden interrumpir un embarazo que nuevamente se da en el marco de la clandestinidad. Esto nos lleva a pensar que, en nuestros contextos, el ejercicio de la sexualidad de las mujeres se da en un marco de inseguridades y clandestinidades, donde no hay acceso a información, no existen garantías en relación a su salud y, más aún, el ejercicio de la autonomía está constantemente castigado.

El ejercicio de la sexualidad en la clandestinidad lleva, incluso, a una especie de muerte social, en la medida en que las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo no existen estadísticamente, ya que sus diagnósticos se reportan como abortos en curso no como abortos provocados y, además, las personas que son cercanas a ellas, generalmente, no saben por lo que ellas están atravesando. De alguna manera, este proceso de desconocimiento de lo que sucede con las mujeres que llegan con aborto en curso a la maternidad, implica una muerte social, ya que no se reconoce su proceso como sujetos que toman decisiones.

Más aún, muchas de ellas después del proceso de aborto sienten un profundo temor de quedar estériles en resonancia con la estrategia de maternización. Esto habla de que la forma de ser reconocidas y tratadas como sujetos se verá realizada sólo mediante

la maternidad. En el momento en que sean madres, en el marco de un matrimonio, no tendrán que ocultar el proceso ni a sus familias, ni tampoco al personal del centro obstétrico al que, seguramente, volverán a parir y, en ese momento, sí serán tratadas como pacientes prioritarias y sus familias les visitarán y probablemente festejarán el nacimiento.

Es importante añadir que la maternización parece ser la forma de disciplinamiento que más resuena en las mujeres, especialmente en dos aspectos: aquellas que eran madres mostraban una profunda preocupación por volver a sus casas a cuidar a sus hijos, lo que parecería que, de alguna manera, aliviaba sus culpas, mientras que su propia salud se desvanecía en el discurso de cuidado a sus hijos y familia.

Por otro lado, aquellas que eran reincidentes hablaron del alivio que sintieron cuando supieron que no eran estériles. Esto, aunque el embarazo volviera a terminar en un aborto. Como si el mantenerse fértiles les asegurara que en algún momento podrían cumplir con el mandato social de la maternidad y, tal vez, ser tratadas de otra manera; romper con la clandestinidad y el temor.

En relación a las estrategias de disciplinamiento, y en especial a la maternización, las familias de las mujeres tienen tanta influencia y poder como el personal de salud. Esto se visibiliza claramente en la constante subjetivación de los fetos, y en los discursos sobre la criminalidad del aborto que las familias transmiten a las mujeres. Sin embargo, aquí se expresa un doble discurso del temor. Por un lado, a ser rechazada por la familia como producto de un embarazo fuera del matrimonio y por otro, a ser rechazada como producto del aborto. Este rechazo que parecería darse de cualquier manera, parece ser efecto de haber ejercido su sexualidad y, por tanto, desafiar el orden familiar en que los padres y madres, o la pareja, mantienen el control de los cuerpos de las mujeres.

La falta de control sobre el propio cuerpo pone a las mujeres en situaciones de riesgo e inseguridad por falta de autonomía, y por barreras culturales no acceden a métodos de anticoncepción y no negocian con sus parejas el uso de condones, lo que en muchos casos lleva a embarazos no deseados en que se ven solas, y no siempre con capacidad de afrontarlos. Esto, a su vez, lleva a decidir abortar, momento en que las mujeres ejercen autonomía sobre sus cuerpos, pero, de manera clandestina. Lo que, en última instancia, las lleva a correr riesgos. Finalmente, este círculo se completa cuando

al ser atendidas y marcadas con la disciplina, vuelven a perder su autonomía y simplemente deben someterse a los tratamientos que se les da, cargados de juicios morales. De alguna manera, esto haría pensar que las mujeres, en el único momento de las trayectorias de aborto en que ejercen sus autonomías, son castigadas y aleccionadas para que no vuelvan a intentar ser autónomas, y este castigo se soporta en las estrategias de disciplinamiento y control que se ejercen en sus cuerpos cuando llegan al espacio del centro obstétrico.

Más allá de la reincidencia en el aborto, estas estrategias resuenan en las voces y cuerpos de las mujeres, quienes entran con un aborto en curso al centro obstétrico, y a lo largo de su estancia ahí, su propio discurso va cambiando hacia el asesinato de un hijo. Es decir, ellas subjetivizan su decisión como un crimen y se auto-convencen de que los fetos, no eran solamente eso, sino que eran sus hijos. En los casos más extremos, incluso durante las ecografías, ellas sienten que esos fetos les mandan mensajes. Evidentemente, esta subjetivación las llena de culpas y encarna el temor. Precisamente, otro de los éxitos del disciplinamiento reside en que las mujeres interiorizan el aborto como un crimen y, por tanto, se miran a sí mismas como criminales y aquí el temor es también hacia lo que ellas mismas son capaces de hacer. Como si parte de las estrategias disciplinatorias tuvieran que ver con que las mujeres sientan temor de tomar decisiones, de ser y percibiéndose así mismas como criminales.

Sin embargo, la auto-criminalización no alcanza a convertirse en una necesidad de prevenir nuevos embarazos no deseados. Ninguna de las mujeres con las que me entrevisté manifestó la decisión de empezar a usar métodos anticonceptivos. Por el contrario, la culpa más bien se encamina a decidirse no tener relaciones sexuales, lo que responde a los principios morales de la iglesia católica y no a la obligación del Estado de garantizar la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres. Aquí, una vez más, se puede ver cómo el discurso médico que se plasma en los cuerpos de las mujeres responde, en gran medida, a principios morales y no a la garantía de los derechos o al conocimiento científico.

Lo interesante aquí es cómo funciona el castigo, que al conjugarse con la disciplina es aceptado por las mujeres e interiorizado, sin mayor resistencia. Ninguna mujer cuestionó las prácticas del personal médico, simplemente se sometían a los tratamientos y discursos, otorgando todo el poder y el discurso de la verdad al personal

que la atendía, ya que éste último de alguna manera estaba salvándoles la vida, y también de la aplicación de la ley. Es importante decir que todas las mujeres son conscientes de que el aborto en el país está penalizado y, en este sentido, asumen los tratos que se les den, con tal de no ir a prisión, amenaza que ronda constantemente en el centro obstétrico.

La amenaza es parte del discurso del temor, las mujeres durante sus estancias en el espacio médico, son constantemente amenazadas con la sanción legal, con la posibilidad de morir, con el hecho de que se romperá la confidencialidad en la atención (lo que suele suceder especialmente cuando son menores de edad), con la misma esterilidad. Se pretende que mediante este discurso de temor y amenaza ellas no vuelvan a abortar, se les llena de miedos pero no se les da información sobre posibles medidas a tomar para evitar un nuevo aborto, de tal manera que muchas de ellas vuelven a abortar, y el círculo se vuelve a repetir.

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

Diálogos entre la antropología y la medicina

Para finalizar esta investigación, me parece importante señalar que durante el proceso de recolección y análisis de datos fue necesario establecer un diálogo permanente entre la antropología y la medicina. El primer punto para establecer este diálogo fue el espacio en que se desarrolló la mayor parte de la investigación, un espacio totalmente médico en que los tiempos transcurren siempre en situación de emergencia. Como se describe en el capítulo tres de esta investigación, en el centro obstétrico se suceden diversos hechos simultáneos que involucran a diversos actores. El reto aquí se constituyó en identificar a esos actores y sus relaciones, con el tema de investigación, lo mismo que sucedió con los mismos hechos que hubo que filtrar conforme me familiarizaba con ese espacio/tiempo.

Además, durante todo el proceso de investigación fue necesario, siguiendo las ideas de Scheper-Hughes (1994), mirar el cuerpo en sus dimensiones política, social y

personal. El cuerpo, durante toda la investigación fue, por un lado, el espacio de la intervención biomédica, pero también, el cuerpo en que se encarnaban los temores y las disciplinas. En relación al cuerpo político, se puede decir que es el cuerpo que el biopoder construye, en el que además se generan las resistencias. Es el cuerpo en donde a partir de la disciplina, se construye la norma, en este caso, la sanción para aquellas que renuncian al mandato social de la maternidad.

Sobre el cuerpo social, en el caso de esta investigación se refiere a la idea de que las mujeres que renuncian voluntariamente a un embarazo, más allá de su cuerpo propio, afectan a todo el “cuerpo social”. Es decir, al conjunto de valores, creencias y prácticas que se construyen sobre los cuerpos de las mujeres, y a partir de los que ellas son aceptadas por las sociedades a las que pertenecen. En el caso de esta investigación, la maternidad parecería la forma en que una mujer se vuelve legítimamente parte de la sociedad y, precisamente, la muerte social aparece cuando voluntariamente interrumpen sus embarazos y, por tanto, ‘rompen’ el orden social al no respetar el mandato que se les impone. La muerte social y la invisibilización de sus trayectorias es parte de mantener el ‘orden’, evitando que otras mujeres sigan su ejemplo.

Sobre el cuerpo personal, es el cuerpo de las trayectorias, las decisiones y las clandestinidades. El cuerpo en que cada una vivió su propia historia. Sin embargo, son cuerpos contextualizados en un espacio en que sus decisiones son castigadas y criminalizadas. Cuerpos que, si bien están dentro de una institución disciplinaria, generan resistencias. También, son los cuerpos en que la intervención biomédica se ejerce y, por tanto, son cuerpos orgánicos en los que la carne misma rebasa su materialidad.

Los cuerpos individuales son el espacio personal en que el temor se encarna, donde se han ejercido las disciplinas de manera directa y también donde las resistencias se construyen. En este sentido, el concepto de encarnación se vuelve fundamental (Scheper-Hughes, 1994), ya que en este proceso de ‘hacerse carne’, la cultura se reproduce y se expresa. En el caso de esta investigación, es a partir de la intervención médica, donde con mayor claridad se puede mirar cómo la norma se encarna y resuena en una serie de temores que marcan los cuerpos de las mujeres.

La práctica médica, lejos de ser neutral y objetiva, es de alguna manera el soporte de las estrategias de disciplinamiento, los discursos y las prácticas clínicas provienen de

personas que más allá de su profesionalidad, imprimen en sus discursos sus propios valores morales, los mismos que, en el caso del aborto provocado, están en tensión entre el castigo y la obligación de atender a las mujeres.

Aquí, es donde considero importante decir que, para poder ingresar al espacio médico desde las ciencias sociales, reconociendo las relaciones jerárquicas existentes entre ambas formas de conocimiento, fue necesario aprender acerca de las intervenciones clínicas en sí mismas mostrando, de alguna manera, en mis momentos de diálogo con el personal médico, que sabía acerca del tema que investigaba. Más aún, la posibilidad de entender algunas de las prácticas clínicas relacionadas con mi tema de investigación, me permitió ‘leer’ el ejercicio del biopoder en los cuerpos de las mujeres

BIBLIOGRAFÍA

- Araus, Ivonne; Bertha Parreño; Yolanda Romero; Elsa Pazmiño; Gloria Chacón; Clara Herrera; Bélgica Tehanga; María Teresa Gambos; Martha Nuñez, Mercedes Loaiza; María Romero y Teresa Villalba (1967). *Estudio de aborto provocado e investigación de fertilidad en la Maternidad Isidro Ayora*. Disertación licenciatura, Facultad de Enfermería. Universidad Central del Ecuador.
- Araujo, Kathya (2008). “Entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos: límites en el debate sobre sexualidades en América Latina”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Araujo Kathya y Mercedes Prieto, comps: 25-43. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Aszkenazi, Marcela, comp. (2007). *Clausuras y aperturas: debates sobre el aborto*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Bauman, Zygmunt (2007). *Miedolíquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, Pierre. (2007). *El sentido práctico*. Barcelona: Siglo XXI
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (s/f). “Actos de representación, y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista”. Disponible en www.scribd.com/doc/23841446
- Buzzatti, Gabriella (2001). *El cuerpo-palabra de las mujeres: los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Madrid: Cátedra Grupo Anaya.
- Clark, Kim (2001). “Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador(1910-1945)”. En *Estudios de Género*, Gioconda Herrera, comp.: 183-210. Quito: FLACSO, Ecuador, ILDIS.
- Checa, Susana(comp.) (2006). *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Cheney, Elsa (1979). “Supermadre”. *Women in Politics in Latin America*. Austin: The University of Texas Press.
- Chodorow, Nancy (1978). *Setting the problema: mothering and the social organization of gender*. Oakland: University of California
- Comisión Jurídica (1971). Código penal. Visitado, 09.20.2010. Disponible en http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/ecu/sp_ecu-int-text-cp.pdf

- Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género (2007). *De eso no se habla: percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador*. Quito: CPJ.
- Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género (2008). *Yo también decidí abortar*. Quito: CPJ.
- Díaz Talmante, Cecilia (1994). *Repensar y politizar la maternidad: un reto de fin de milenio*. MEX, GEM, <http://www.gemac.org.mx/publicaciones.html>, visitado 11.2010
- Faúndes, Anibal y José Barcelatto (2005). *El drama del aborto*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- 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*, Araujo Kathya y Mercedes Prieto (comps.): 161-178. Quito: FLACSO Ecuador.
- Foucault, Michael (1992). *Genealogía del racismo*. Madrid: La Piqueta.
- (1996). *Historia de la sexualidad 3, La voluntad del saber*. México: Siglo XXI Editores.
- (1998). En *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- (2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI Editores.
- (2007). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2009). *El nacimiento de la clínica*. México DF: Siglo XXI Editores.
- Gebara, Ivone (2002). *Out of depths*. Minneapolis: Fortress Press
- Goetschel, Ana María comp.(2006). *Orígenes del feminismo en Ecuador*. Quito: CONAMU, FLACSO Ecuador, Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, UNIFEM.
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Ibáñez y García Velasco, José Luis (1992). *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Klein, Laura (2005). *Fornicar y matar: el problema del aborto*. Buenos Aires: Planeta.

- Lavrin, Asunción (2005). *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay*. Santiago: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.
- Le Breton, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mannarelli, María Emma (1999). *Limpias y Modernas, género, higiene y cultura en la Lima de 1900*. Lima: Ediciones Flora Tristán
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2003). *Normalización técnica de la aspiración manual endouterina (ameu) como tratamiento del aborto incompleto*. Quito: MSP.
- Moreno, Claudia (2008). “Nuevas (y viejas) configuraciones de la intimidad en el mundo contemporáneo: amor y sexualidad en contextos de cambio social”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Araujo Kathya y Mercedes Prieto(eds.): 43-59. Quito: FLACSO Ecuador.
- Mundigo, Axel I. y Cynthia Indriso(eds.) (1994). *Abortion in the Developing World*. New York: World Health Organization.
- 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.
- (2009). *Microscopio. De la bioética a la biopolítica*. Lima: Centro de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Nash, Mary (2004). “Ciudadanía diferenciada. Maternalismo y conquista de derechos”. En *Mujeres en el mundo*. 125-134. Madrid: Alianza Editorial.
- Ortiz Millán, Gustavo (2009). *La moralidad del aborto*. México: Siglo XXI.
- Pechey, Mario (1998). *Salud y Población. Cuestiones sociales pendientes*, Ana María Mendes diz, Liliana Findling, Mónica Petracci y Andrea Federico (comps.). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- 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, Ireland. SEGUIR NORMA FLACSO
- Rivas Ziuy, Marta (1996). *Voces e historias sobre el aborto*. México: EDAMEX.
- Rostagnol Dalmas, Susana (2008). “El papel de los ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Quito: Araujo Kathya y Mercedes Prieto: 215-232. Quito: FLACSO Ecuador.

Ruiz Cantero, María Teresa (2009). “Esencialismo biológico: Las mujeres como reproductoras”. En *Sesgos de género en la atención sanitaria*, María Teresa Ruiz Cantero, (comp.): 55-64. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Sanseviero, Rafael (2003). *Condena, tolerancia y negación*. Montevideo: CIID-UPAZ

Sheper-Hughes, Nancy (1994). “Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology”. En *Assessing Cultural Anthropology*, Robert Borofsky, ed.: 229-240. Honolulu: Hawaii Pacific University.

Tamayo, Giulia (2001). *Bajo la piel: derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Varea, Soledad (2007). *Voces ausentes: maternidad adolescente y violencias en Quito*. Quito: FLACSO- Sede Ecuador.

----- (2008). “Entre la clandestinidad y la liberación: Representaciones del aborto en la ciudad de Quito”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Araujo Kathya y Mercedes Prieto (comps.): 269-291. Quito: FLACSO Ecuador.

Scott, Joan (1997). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En *Género. Conceptos básicos*. Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Walsh, María Elena (1994). “Las que cantan”. En *Los poemas*. Buenos Aires: Seix Barral.

Página de Inicio www.grupoprovidaespaña.com visitado 1.09.10

Gaudium-etespes disponible en http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_it.html visitado 01.06.2011

F. Zegers-Hochschild, a G. D. Adamson, b J. de Mouzon, c O. Ishihara, d R. Mansour, e K. Nygren, f E. Sullivan, g and S. Vanderpoel, h for ICMART and WHO (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*.

Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud

disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

ENTREVISTAS

Identificación	Fecha
Dra. Virginia Gómez	Octubre 2010
Dra. Belén Nieto	Enero 2011
Ivonne Araus	Junio 2011
Ximena Cevallos	Junio 2011

Centro Obstétrico

Identificación	Fecha
Médico Tratante centro obstétrico	Enero 2011
Grupo de licenciadas Centro Obstétrico	Febrero 2011
Licenciada centro obstétrico	Marzo 2011
Pareja de internas rotativas centro obstétrico	Febrero 2011
Interno rotativo centro obstétrico	Enero 2011
Ayudante de enfermería centro obstétrico	Marzo 2011
Grupo de residentes	Febrero 2011
Grupo de residentes	Febrero 2011
Interno rotativo	Diciembre 2010

Mujeres

Identificación	Fecha
Marcela	2008

Gabriela	Diciembre 2010/Enero2011
Irma	Enero 2011
Narcisa	Marzo 2011
Tatiana	Marzo 2011
Verónica	Marzo 2011
Mercedes	Febrero 2011
Carolina	Abril 2011
Catalina	Febrero 2011
Mujer con embarazo ectópico	Febrero 2011
Nubia	Diciembre 2010
Giovanna	Febrero 2011
Giomara	Febrero 2011
Ana	Marzo 2011