

**Estudio cualitativo
sobre principales
rutas de acceso y
barreras al aborto
legal en Ecuador.**



kaleidos
Centro de Etnografía
Interdisciplinaria

Índice

1. Introducción	3
1.1 Causal salud o vida	4
1.2 Causal violación	5
1.3 El acceso al aborto para las causales legales	5
2. Las rutas institucionales	7
2.1 Ruta para la causal salud o vida	7
2.2 Ruta para la causal violación	8
3. Barreras	10
3.1 Barreras epistémicas	12
3.2 Barreras educativas	18
3.3 Barreras de información	19
3.4 Barreras ligadas a la objeción de conciencia del personal de salud	26
3.5 Barreras ligadas a la privacidad o ausencia de la misma	27
3.6 Barreras ligadas a la burocratización y la manipulación tiempo	30
3.7 Barreras ligadas a las creencias religiosas	34
3.8 Barreras ligadas a las creencias sobre la maternidad y el cuerpo de las mujeres	xx
3.9 Barreras ligadas al miedo a represalias o falta de conocimiento por parte del personal de salud	xx
3.10 Distancia desde las comunidades rurales más alejadas a los centros de salud	xx
4. Alternativas a las rutas	43
4.1 Redes de acompañamiento feminista	43
4.2 Autogestionar el propio aborto	46
4.3 Límites	47
4.4 Recomendaciones y conclusiones	48
Referencias	51

1. Introducción

El en Ecuador a partir del año 2014 se penalizó el aborto con excepción de tres causales: 1) cuando una mujer con discapacidad mental hubiese sido víctima de violación, y 2) para prevenir el riesgo en la salud o vida de una mujer embarazada. El 28 de abril del 2021, tras el trabajo sostenido de organizaciones sociales, lideradas por el movimiento de mujeres y feministas, y las estrategias legales que utilizaron para visibilizar las consecuencias de la ilegalidad del aborto, la Corte Constitucional resolvió la despenalización del aborto en casos de violación sin excepción¹. La sentencia de la Corte Constitucional señaló que la falta de adecuación estatal en general, y de los servicios de salud en particular, imponen situaciones que hacen imposible o difícil el ejercicio de derechos, y se convierten en barreras (burocráticas, culturales, estructurales). Existen varios elementos que dificultan el ejercicio de este derecho, por ejemplo la exigencia de múltiples opiniones médicas, de juicios penales, de pericias, de orden judicial, de autorización de personas distintas a la titular de los derechos, dilaciones para prestar el servicio, referencias y contrarreferencias, excusas de no disponibilidad de recursos (profesionales de la salud, camas y más), inexistencia de protocolos, no reconocimiento de certificaciones médicas sobre estado de salud de la persona embarazada, negativa para dar certificaciones médicas necesarias, y la no consideración de la dimensión psicológica o social de la mujer. Adicionalmente esta lista se suman elementos como la descalificación, las objeciones de conciencia para no brindar el servicio por parte de los servidores de salud, y el desconocimiento del derecho a abortar en casos de violación. Estos se constituyen en obstáculos al ejercicio de los derechos de las mujeres, que acarrearán responsabilidad tanto de la entidad como de las personas que impiden el ejercicio del derecho. Bajo esta consideración el Alto Tribunal dictaminó que, para que el derecho a abortar en caso de violación sea efectivo, el Estado debe adecuar su aparato estatal para garantizarlo.

No obstante, la norma que sigue al proceso de despenalización del aborto por violación y que fue discutida en la Asamblea Nacional en febrero y marzo del presente año, estableció plazos para que las mujeres, adolescentes y niñas puedan acceder al servicio. El plazo determinaba 12 semanas de gestación y 18 semanas para mujeres de sectores rurales o indígenas. Organizaciones de Mujeres y Organismos Internacionales (como ONU Mujeres) señalaron que los plazos eran inconstitucionales en tanto limitan el

¹ (Sentencia No. 34-19-IN/21 y acumulados)

ejercicio de derechos, así también lo corroboró el informe elaborado por Surkuna² en febrero del 2022. En el informe de esta organización se analizan estadísticas ligadas al aborto desde abril del 2021 hasta enero del 2022, y señalan que el 61.9% de las mujeres que interrumpen el embarazo por violación lo hacen entre las semanas 13 y 24, es decir sobrepasando las limitaciones temporales designadas por la Asamblea Nacional (Surkuna, 2021).

En marzo del presente año el presidente conservador Guillermo Lasso vetó el proyecto de Ley que regulaba el aborto por violación. En su comunicado exigió la unificación de plazos para mujeres de sectores urbanos y rurales, y la inclusión de la objeción de conciencia en la ley. Como veremos ilustrado en este reporte, estas posturas implican una grave incomprensión del contexto social, cultural, económico e infraestructural del territorio nacional en relación al acceso que tienen las mujeres a información certera y al acceso a infraestructura adecuada para ejercer el derecho al aborto legal. De esta forma, el veto del presidente Lasso impuso nuevamente obstáculos en el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres.

Tras el veto presidencial, entró en vigencia la Ley expedida por Guillermo Lasso a finales de abril del 2022. La Ley proponía entre otras cosas que los padres sean quienes aprueben el procedimiento desconociendo que muchas niñas y adolescente son víctimas de abuso sexual al interior de sus mismos núcleos familiares. Adicionalmente impuso como requisito para acceder al servicio la presentación de la denuncia o certificado médico que pruebe que existió la violación. Posteriormente la ley fue modificada de manera temporal por la Corte Constitucional a partir del trabajo sostenido que continúan realizando las organizaciones feministas en denunciar la inconstitucionalidad de la ley. Desde entonces las menores de edad, ya no se necesita la aprobación de los padres o representantes legales. Varias acciones de incumplimiento e inconstitucionalidad continúan siendo entregadas hasta la fecha.

Este estudio fue realizado con la colaboración de varias organizaciones, mujeres, activistas y personal médico que llevan una larga trayectoria pugnando el derecho a la salud de las mujeres. Sus experiencias cotidianas y acompañamiento a casos específicos en distintos territorios del país fueron de suma importancia para entender el aborto desde miradas múltiples. Sus testimonios fueron no solo una fuente invaluable de conocimientos sobre el tema sino una invitación y oportunidad para abrir la reflexión desde distintas perspectivas y disciplinas dentro de los espacios académicos. En el presente documento sistematizamos sus testimonios y ponemos en conversación sus acercamientos al estado de la cuestión. Sin embargo, hemos decidido anonimizar todos los testimonios presentados como medida preventiva. Resguardar su identidad en momentos en los cuales la coalición de grupos de derecha y provida arremeten contra la integridad de las personas es pertinente.

1.1 Causal salud - vida

Para determinar la aplicación de la causal salud o vida se requiere un criterio médico que indique la urgencia y necesidad de realizar el aborto. Sin embargo, evaluar el riesgo al que se expone una mujer por su condición gestante requiere analizar un amplio espectro de posibles situaciones y comprender a profundidad la salud en sus distintas dimensiones. En términos generales, y en teoría, este umbral cubriría desde circunstancias por las cuales las mujeres llegan a centros de atención médica en estados críticos que ameritan el ingreso por la zona de emergencias; hasta el análisis de las futuras complicaciones en la salud social y mental de las mujeres en cuestión. No obstante, solo aquellas que se refieren a urgencias tácitas -donde la vida ya se encuentra peligrando, suelen recibir una pronta evaluación y respuesta.

Nuestras entrevistadas y entrevistados señalan que *emergencias médicas* suelen considerarse, por ejemplo: abortos incompletos, hemorragias, infecciones graves, y otras complicaciones de carácter corporal. Para estos casos, por lo general, no existen mayores objetores ni criterios que se opongan a realizar el aborto, por lo que el proceso puede ser ágil. Cabe señalar que un punto de tensión en este proceso lo constituyen

² Organización feminista que trabaja para que las mujeres en toda su diversidad, adolescentes y niñas, puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

las potenciales sospechas de parte del personal médico de que la emergencia haya sido causada por la mujer gestante. Cuando estas sospechas no existen y por la naturaleza de la emergencia el procedimiento se suele efectuar sin mayores obstáculos; cuando las sospechas existen el personal médico de todas maneras debe atender la situación emergente, pero podría decidir reportar a la mujer lo cual implicaría problemas de tipo legal para ella.

La causal salud también se activa para responder a situaciones de menor urgencia pero que constituyen un peligro o riesgo a mediano o largo plazo para la vida de la madre. En estas circunstancias prima el criterio médico para determinar si la terminación del embarazo es la única forma de garantizar la salud de la mujer, y en este aspecto los doctores muchas veces temen realizar la intervención o dar su criterio. Por lo tanto, para esta causal el término salud es comprendido e interpretado en la práctica casi exclusivamente en términos biofísicos. Es decir, que no se toma en consideración la salud mental o social de las mujeres al momento de realizar la evaluación que, como veremos más adelante, sí repercute en el bienestar general de las mujeres y puede ocasionar riesgos para sus vidas. Más adelante explicaremos cómo el temor del personal de salud y su comprensión unidimensional de la salud se convierten en obstáculos para acceder al aborto por medio de esta causal.

1.2 Causal violación

La causal violación tiene varias complejidades y presenta obstáculos en su implementación. Varios criterios ya sean médicos, religiosos, políticos, culturales, económicos y jurídicos se intersectan en la vida de las mujeres que han sido víctimas de una violación y quedan embarazadas producto de la misma. Por lo general, en la práctica las instituciones, y otras conformaciones sociales, arremeten con diferentes manifestaciones de violencia (de género, institucional, simbólica) a la mujer que ya de por sí ha sido violentada sexual y emocionalmente. Los testimonios que recogemos más adelante tienen como objetivo mostrar los laberintos por los que deben atravesar las mujeres, niñas y adolescentes que intentan acceder a sus derechos por medio de esta causal.

1.3 El acceso al aborto para las causales legales

Para iniciar el desarrollo de este reporte, empezaremos explicando los mecanismos por los cuales las mujeres acceden al aborto en el Ecuador en términos amplios. Existen dos formas principales para acceder al aborto en los casos que portan legalidad. El primero es la ruta institucional y el segundo es el acompañamiento feminista. Por un lado, en cuanto a la ruta institucional, existe hasta el momento la Guía Práctica Clínica del Aborto Terapéutico (MSP 2015) que señala el procedimiento y carácter obligatorio de su ejecución en los centros de salud. La ruta fue diseñada y validada por un comité de expertos y menciona claramente la terminación del embarazo en casos que atenten contra la vida y salud *integral* de la mujer³. Al no existir una lista referencial de las enfermedades que permitan acceder al aborto terapéutico la guía sugiere analizar cada caso en su especificidad (MSP 2015). La Guía significó una recopilación de las mejores prácticas disponibles para la ejecución del aborto terapéutico hasta el momento de su elaboración, sin embargo, hasta la presente fecha no ha sido actualizada. Ahora se cuenta con nuevos marcos de referencia como las directrices sobre aborto difundidas por la Organización Mundial de la Salud en 2022.

Por el otro lado, el acompañamiento feminista ocurre de diferentes formas en distintos territorios. En este reporte consideramos al acompañamiento feminista como una forma legítima a través de la cual una mujer se provee de información y cuidados para ejercer sus derechos a salud sexual y reproductiva. La evidencia levantada para este reporte nos ha llevado a afirmar que las redes de acompañamiento feminista juegan un rol fundamental en el panorama de la salud sexual y reproductiva en el Ecuador, particularmente

³ La salud, de acuerdo al a Ley Orgánica de Salud, es el bienestar físico, mental y social. Es decir, es lo que se conoce como una definición integral de la salud, que no se constriñe a la ausencia de malestar biofísico.

en relación al acceso a información clara y oportuna. De acuerdo a nuestras informantes, en ocasiones, las mujeres prefieren recibir asesoría por parte de organizaciones de mujeres que, por parte de centros de salud. Aunque pudiesen acceder al aborto en servicios de salud pública, acuden a las organizaciones en búsqueda de los cuidados afectivos, el soporte y guía, que van más allá de los cuidados puramente clínicos.

Cabe mencionar que el acompañamiento feminista tiene varias limitaciones, como el conocimiento del acompañamiento, su alcance territorial y el tipo de intervención que pueden realizar. Además, es importante señalar que depende de cada organización el tipo de acompañamiento que puede dar (sanitario, legal, educacional) pero que, todas tienen en común que el apoyo que brindan a las mujeres ocurre desde una ética feminista. Ética que posiciona como centro de gravitación y prioridad a la mujer como responsable de su cuerpo y sus decisiones. En este sentido es de especial importancia señalar también que el acompañamiento feminista es muy diferente al aborto clandestino. Lo diferenciamos para no confundir las redes de apoyo feministas con las clínicas, farmacias o personas que ofrecen servicios abortivos que casi nunca se vinculan a procesos reflexivos, políticos o que buscan cuidar a las mujeres, sino que simplemente ven la oportunidad de proveer un servicio dentro del mercado de la salud, muchas veces con un costo elevado y un nivel de seguridad sanitaria insuficiente.

En relación a la estructura de este reporte, hemos diseñado este documento de tal forma que podamos entender cómo se estipula el acceso al aborto institucionalmente, las barreras que emergen en las rutas establecidas y los mecanismos que utilizan las mujeres para sortear esas barreras. Aunque las rutas institucionales y el acompañamiento feministas tienen como fin apoyar los procesos abortivos de las mujeres, son de naturaleza muy diferente por tres razones. Primero, la ruta institucional se funda en la obligación que establece la normativa, el acompañamiento feminista se funda en el trabajo colectivo y militante para garantizar los derechos de las mujeres (por ejemplo: a su autonomía y salud). Segundo, al menos idealmente, la ruta institucional es homogénea para todo el país y tiene un mayor alcance al contar con fondos públicos y la red administrativa del estado nacional; por su lado, el acompañamiento depende de la red y territorios donde operan las organizaciones y cuenta con menor cobertura y recursos. Tercero, por lo general, el acompañamiento ocurre cuando las barreras impiden el correcto funcionamiento de la ruta institucional. Siguiendo esta argumentación, presentamos la información siguiendo el siguiente orden: **ruta - barrera - alternativas a las rutas**. Cada uno de estos elementos contará con una sección en el reporte, para finalizar presentamos nuestras conclusiones y recomendaciones.

2. Rutas institucionales

2.1 Ruta para la causal salud o vida

En teoría la ruta institucional para la causal salud es práctica en tanto depende únicamente de la valoración del personal médico y en teoría debería ocurrir de la siguiente forma de acuerdo a la Guía Práctica Clínica del Aborto Terapéutico (MSP 2015):

1. El personal médico constata el embarazo y el estado gestacional.
2. El personal de salud identifica el riesgo para la salud de la madre en su multidimensionalidad (biofísica, mental y social) o la emergencia médica.
3. Informa el diagnóstico a la mujer -o representante legal (familiar o conyugue) en caso de tratarse de una emergencia en la que la madre no estuviese consciente- y sobre la necesidad de practicar el aborto para salvaguardar su salud o vida, y se firma el consentimiento informado.
4. La mujer decide practicar o no el aborto. En los casos de emergencia se practica el aborto de no haber otra forma de precautelar su vida.
5. Se practica el aborto o se refiere a la madre a los cuidados prenatales.
6. Información, asesoría y profilaxis postaborto terapéutico.

Sin embargo, esta no suele ser la realidad en la práctica ya que se presentan dos complicaciones, la primera referente a las tensiones entre las distintas interpretaciones sobre la salud y el riesgo, y la segunda referente a los temores y el uso acrítico e irreflexivo de la objeción de conciencia del personal médico. La causal salud se entiende como el riesgo o peligro que podría correr una mujer embarazada ante un cuadro médico grave, donde no hubiese otra alternativa que realizar el aborto para salvaguardar la salud/bienestar de la madre. El *riesgo* tiene un margen de interpretación que complica la comprensión de la salud. La definición en la práctica sobre qué es salud, cuándo constituye una amenaza contra la vida de una mujer y en qué momento podemos realizar un aborto terapéutico tiene problemas sobre todo de carácter interpretativo y de información, que pueden convertirse en una barrera cuando la salud mental y emocional de la mujer

es la que está en riesgo. De ser el caso, por lo general, se opta por no realizar el aborto argumentando que la ley no cubre dichos casos y que el deterioro de la salud mental no constituye un riesgo para la vida de la mujer. Este es un punto controversial y sin solución en el presente, que profundizaremos más adelante. Ainoa, ginecóloga trabajando actualmente en la provincia de Napo, define el aborto terapéutico en términos de “embarazo de alto riesgo”. En su experiencia, se realizan cuando la madre está atravesando una “situación de salud crítica” y de no realizarse la vida de la mujer corre riesgo. De acuerdo con la persona entrevistada se puede describir así:

“Este caso que te digo, que es un aborto terapéutico, así se llama, a las pacientes que tengan un embarazo de alto riesgo obstétrico. Por ejemplo, a unas pacientes que tengan una cardiopatía, que tengan una hipertensión pulmonar, que esté comprometida su vida, que tengan una insuficiencia renal muy avanzada, muy crónica, grado tres, entonces si hay afección con la salud, eso es un aborto terapéutico” (Ainoa, ginecóloga Napo, entrevista personal 2022).

2.2 Ruta para la causal violación

La ruta institucional ligada a la causal violación tiene un procedimiento estipulado en la Ley orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en casos de violación, que debería aplicarse en todos los centros de salud a nivel nacional. En efecto, existen mecanismos aplicables para situaciones en las cuales una mujer que ha sido violada llega a un centro de salud para buscar ayuda o asistencia. Los pasos necesarios para acceder al aborto por la causal violación consiste básicamente en realizar una solicitud de aborto por violación dirigida al Director(a) del Centro de Salud/Hospital/Clínica y entregarla para que la entidad efectúe el aborto en un plazo de seis días o refiera a otra unidad de salud que pueda brindar el servicio. Teóricamente, el proceso debería seguir los siguientes pasos:

1. Cumple uno de los requisitos que prueben que hubo la violación: denuncia, declaración juramentada, certificado de médico legalista o tratante.
2. Exámenes médicos y profilaxis
3. El personal médico informa sobre el procedimiento a realizarse y la paciente firma el formulario de consentimiento informado
4. Realiza el procedimiento.
5. Refiere a la paciente atención integral de la violencia.

Sin embargo, la aplicación de los mecanismos es modulada por varios factores, entre ellos las propias actitudes y perspectivas personales del personal de salud que atiende el caso, la familiaridad del personal de salud con los mecanismos y procedimientos predefinidos (este factor está ligado a la experiencia del personal de salud dentro de su institución y trabajando en casos semejantes), y la disponibilidad de los servicios de acuerdo a la locación del centro de salud (existen diferencias marcadas entre los sectores rurales, urbanos y periurbanos). En el siguiente fragmento de una de nuestras entrevistas se puede evidenciar lo mencionado, en especial sobre la activación del “código Lila” -código institucional que se activa cuando hay un caso de violación- dentro de una institución de salud y los procedimientos para atender a la mujer que ha sido violentada sexualmente:

“Cuando a nosotros nos hablan de una violación, nosotros activamos un código que se llama el Código Lila, entonces nosotros voceamos a todo el hospital, decimos Código Lila (que solo sabe el personal médico) e inmediatamente tiene que llegar psicología, trabajo social, ginecología, el residente de más experiencia, a estar con la paciente. No todos entran, van entrando poco a poco, pero hacen contención” (Liliana, Doctora MSP Azuay, entrevista personal, 2022).

Aun así, como nos comentó la persona entrevistada, en la práctica esto no siempre funciona de esta manera y hay múltiples factores que obstaculizan este acceso por parte de las mujeres. Por ejemplo, la falta de experiencia o entrenamiento del personal de salud puede ocasionar que no sepan cómo reaccionar frente a un código Lila o cómo atender a la paciente:

“Justamente ahora, psicología y trabajo social, ya no están en el hospital, entonces así se active el código hay que darle un turno, o sea no es como quisiéramos y como en un principio se planteó. De hecho, cuando a mí me ha pasado estas situaciones de recibir pacientes, ellas han llegado inmediatamente (las trabajadoras sociales), ellas saben que tienen que llegar, se activa el código y ellas llegan. De pronto que algún personal sea nuevo, o que no esté bien capacitado, que hay personal que no ha tenido nunca estos casos y no están bien capacitados, pero se supone que toda paciente violada o agredida, yo tengo que denunciar. De hecho, llega la paciente sola, o digamos llegó con los bomberos, yo ese ratito llamo a la Fiscalía y denuncio, la Fiscalía aprueba o no, yo hago la evaluación ginecológica. Porque la idea es no revictimizar a la paciente” (Liliana, Doctora MSP Azuay, entrevista personal, 2022).

En testimonios posteriores, abogadas nos explicaron que no es necesaria la aprobación de la Fiscalía para realizar el procedimiento. Sin embargo, el personal de salud se siente respaldado al tener la seguridad de que el procedimiento no incurre en ninguna práctica por la cual podrían ser enjuiciados. Pese a que esta práctica se corresponde con un temor legítimo, esto ralentiza el proceso y entrapa el acceso para las mujeres, como se deduce del testimonio anterior. En la siguiente sección de este reporte entraremos en detalle en las varias barreras que experimentan las mujeres que buscan acceder a un aborto legal en el Ecuador. Habiendo descrito las rutas ligadas a las causales para las cuales el aborto es legal en el Ecuador, ahora describiremos los múltiples obstáculos en el acceso a su derecho.

3. Barreras

Para el desarrollo de esta investigación y soportados en la evidencia nacional e internacional se ha definido una barrera como: “el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud” (González y Castro, 2016, p 14.). La literatura sobre el aborto producida nacional e internacionalmente señala múltiples complejidades que constituyen barreras en el acceso de las mujeres a un aborto legal en condiciones sanitarias y sociales adecuadas. Estas barreras se definen en términos amplios, y se han propuesto clasificaciones que las diferencian entre aquellas de tipo institucional, referidas al aparato operativo y administrativo tanto de centros de salud como de instituciones ligadas a la regulación de estas prácticas, y las barreras que enfrentan las mujeres en el tejido social más amplio, como por ejemplo la estigmatización y la coerción familiar o de carácter religioso. Esta clasificación no es mutuamente excluyente, ya que al interior de las instituciones encaminadas a preservar la salud reproductiva de las mujeres comúnmente se encuentran obstáculos vinculados al estigma moral o las creencias religiosas por parte de funcionarios encargados de proveer los servicios de salud. Sin embargo, pensar en las barreras situadas en el marco de las acciones institucionales nos permite acotar el problema y establecer líneas de acción. Es por esto que, autoras como Jerman et. al. (2017) clasifican las barreras presentes en el contexto estadounidense en cinco: logísticas relacionadas al desplazamiento que deben realizar las mujeres para acceder a sitios donde practicar el aborto; los problemas ligados al navegar el sistema; las opciones clínicas limitadas; los altos costos (de movilidad y cuidado); y las restricciones estatales y al interior de clínicas.

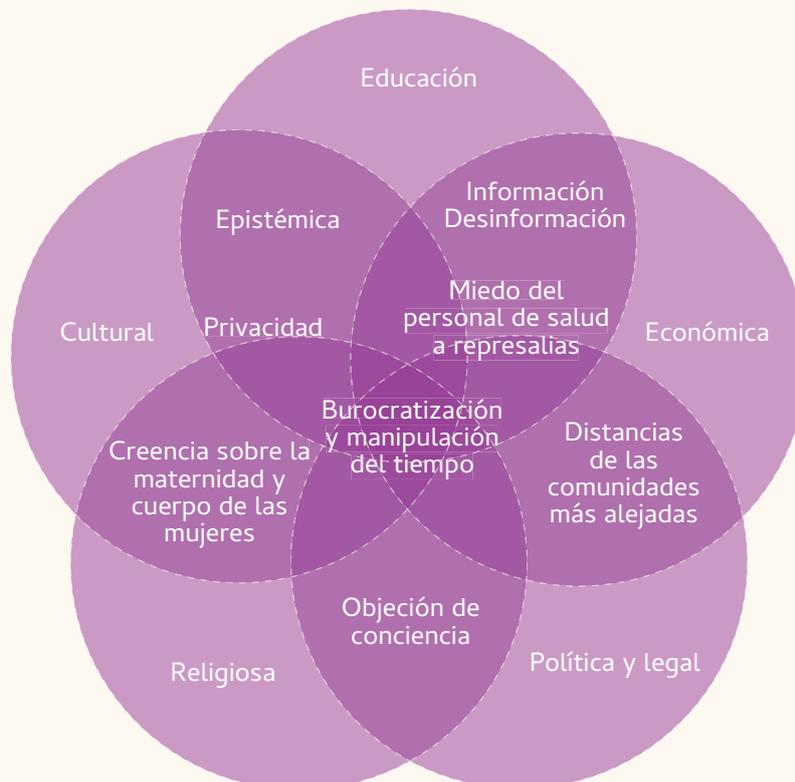
Esta clasificación resuena con la realidad ecuatoriana en varios sentidos. La principal concierne a las políticas y leyes restrictivas que impiden cubrir la salud reproductiva de las mujeres con un alcance masivo y de manera equitativa (Kavanaugh, Jerman y Frohwirth 2019). Al respecto, también se ha documentado las dificultades que enfrentan las mujeres vinculadas a distintas condiciones sociales como status específicos de clase, etnia e identidad de género a la hora de acceder al aborto (Zaragocin et. al. 2018; Olson y Kamurari 2017). A estos factores se suman aquellos vinculados a la falta de información clara, precisa y oportuna como han denunciado las organizaciones de mujeres a nivel nacional e internacional. En esta dimensión, intervienen la falta de educación sexual en escuelas, colegios y universidades, situación que resalta ante

la ausencia de un programa amplio de salud y educación sexual y reproductiva dentro del debate actual alrededor del aborto en el Ecuador.

Podemos clasificar estos rasgos dentro un espectro común de desinformación respecto a salud sexual, derechos reproductivos, servicios y deberes institucionales, entre otros. Más allá, estas formas de desinformación están directamente relacionadas con la estratificación socioeconómica, la misma que se traduce en menos información, conocimiento y referencias sobre derechos sexuales y reproductivos para las mujeres de escasos recursos. Otro problema vinculado a la información es aquella difundida por operadores de justicia o salud que guiados por sus propias preferencias religiosas o ideológicas intentan influenciar la decisión de las mujeres, por ejemplo, negando información o proveyendo referencias sesgadas (Parra Rodríguez 2021).

Al mismo tiempo, se ha estudiado el impacto de la revictimización en las mujeres que han vivido agresiones sexuales, y que por lo tanto suma a las barreras en el acceso al aborto cuando este es el caso (Olson y Kamurari 2017). En la misma línea, la literatura profundiza en la violencia obstétrica que atraviesan las mujeres a la hora de acceder a los servicios de salud. Finalmente, el miedo a repercusiones por parte del personal de salud es una de las barreras más importantes en el contexto nacional, y que está vinculada a los protocolos de las entidades públicas. En el Ecuador las instituciones públicas están encargadas de proveer los cuidados abortivos cuando se determina su legalidad, sin embargo, no hay facilidades especializadas en proveer dichos servicios. Las organizaciones sociales denuncian que el aborto se piensa de forma restrictiva antes que buscando garantizar los derechos de las mujeres, lo cual significa que las barreras se construyen intencionalmente, obstaculizando la práctica cotidiana, y que las rutas institucionales son voluntariamente complejas e implican largos periodos de latencia burocrática con el fin de desestimar la decisión de las mujeres sobre su vida reproductiva. En el contexto de este reporte hemos decidido exponer todas las barreras que hemos encontrado, a través de los testimonios levantados y el análisis documental, sin generar agrupaciones generales del tipo “institucional o logístico” sino exponiendo cada barrera que encontramos de manera específica, ya que en la práctica por lo general se intersectan, como representamos en el siguiente cuadro:

Representación de las barreras identificadas



Para la elaboración de este estudio se recurrió a múltiples fuentes de información, que describimos a continuación, pero dimos prioridad a los testimonios de primera mano recogidos a través de entrevistas personales. A través de este método integramos las experiencias de organizaciones sociales, ginecólogas, doctores, militantes, abogadas entre otras experticias. Los testimonios representan múltiples regiones del Ecuador y buscando capturar una pluralidad de realidades, aunque no alcance a ser de forma exhaustiva. En adición a este acercamiento, se ha complementado la información con análisis documental y revisión de literatura sobre el tema que discuta evidencia a nivel nacional e internacional.

3.1 Barreras epistémicas

La principal barrera que hemos encontrado para acceder al aborto por la causal salud es de carácter epistémico. La describimos de esta manera debido a que la interpretación en la práctica, por parte de los doctores y del cuerpo médico, sobre qué constituye un riesgo para la salud de la paciente se da en términos puramente biofísicos, dejando de lado otras dimensiones de la salud, como la salud mental y social. En este marco una barrera epistémica es aquella que se deriva de una limitación en las formas de conocer y de enseñar una práctica o profesión. Desde una mirada reflexiva de la salud, la salud tiene múltiples dimensiones y determinantes sociales que interfieren en el proceso salud-enfermedad. Reducir la mirada de la salud a aspectos biológicos limita nuestra comprensión de los fenómenos en tanto son colectivos y complejos (Breihl 2003). Este, sin embargo, es un problema de la medicina moderna en general que repercute de formas específicas en cómo el personal médico enmarca y comprende el aborto. Esto ocurre pese a que en la Guía Práctica Clínica de Atención al Aborto Terapéutico se entiende la salud de forma “integral” (MSP 2015), es decir, en tanto bienestar físico, mental y social.

En la práctica la interpretación de la condición que determina el “riesgo” para la vida o salud de la mujer se limita a casos biofísicos, es decir, condiciones somáticas severas. Esta comprensión restringe el acceso de mujeres afectadas por otras dimensiones de su salud, que a la larga repercuten en su bienestar, poniendo en riesgo su integridad, y finalmente afectando las condiciones materiales y afectivas de infancias sin un entramado social y familiar donde desenvolverse. Nos encontramos con varios testimonios de servidores de salud cuya amplia experiencia en este campo permite valorar críticamente las limitaciones de esta perspectiva, y encuentran en este punto uno de los limitantes más grandes. Uno de nuestros entrevistados describe así la barrera epistémica:

“Pero no se logra visibilizar desde el punto de vista de los profesionales de la salud en general, específicamente los médicos, en el sentido de que la salud cuando se afecta, no solamente se afecta la parte física, se afecta la parte psicológica y la parte social. Por lo tanto, nosotros deberíamos tener claro esta condición en las mujeres, que no solamente se está afectando su parte biológica, en muchos aspectos puede ser que no se afecte gravemente, pero la parte psicológica y social sí. Entonces si nosotros podemos ampliar el concepto de salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, pues el aborto puede ser perfectamente legal si tenemos afectación de la salud mental y social” (Pablo, médico ginecobstetra Pichincha, entrevista personal 2022).

De la misma manera, doctoras y doctores apuntan casos de mujeres embarazadas con enfermedades mentales cuyas habilidades para cuidar de sí mismas y de otros están comprometidas, y que son forzadas a llevar a cabo embarazos no deseados. Detrás de estos casos no se encuentra solamente una oposición de tipo personal al aborto por parte del personal de salud, sino también una limitación que está relacionada al conocimiento que se ha impartido a los doctores, y una comprensión particular del cuerpo humano y de lo que implica la salud. Es a estos elementos ligados a los conocimientos que conforman la práctica médica, a los que nos referimos como barreras epistémicas, ya que se establecen dentro de los procesos de formación

de nuevos profesionales de la salud en general⁴, dentro de sus marcos de saber, y dentro de su manera de establecer límites en la práctica entre lo que constituye un riesgo para la salud y aquellos que no constituye una amenaza para la salud. Uno de nuestros entrevistados identifica de manera precisa este elemento epistémico:

“Pienso yo que debería haber una aclaración en estos temas porque mucha gente habla del derecho a la vida y ciertas condiciones, pero no en la situación específica de la afectación de su salud mental, pues nunca se lo ve desde ese punto de vista porque no tenemos una formación en estos aspectos ni en el pregrado ni en los posgrados. Entonces yo creo que si nosotros pudiéramos tener una capacitación a nivel universitario, tanto en el pregrado como en el posgrado para aclarar este tema de no solamente la objeción de conciencia, sino el deber de conciencia, el deber de trabajar en estos aspectos, sería interesante que se pueda tener una cátedra ética para que los aspectos en realidad queden claros y no de paso a subjetividades, porque no muchos de los médicos tienen claro este aspecto de la afectación de salud en el sentido más amplio. Cuando tengo oportunidad de poder trabajar con estudiantes o médicos jóvenes, pues si se les hace una capacitación en este sentido, pues están dispuestos a trabajar en ampliar el concepto de salud desde los otros aspectos no sólo biológicos. La formación biologicista impide ver que la salud es amplia y que los determinantes de la salud no solamente son biológicos. Tenemos muchos determinantes sociales, como, por ejemplo, en embarazos adolescentes en donde los determinantes por los causales por los cuales se produce [el riesgo] no son biológicos. Cualquier mujer puede embarazarse, pero todo el entorno social, el entorno económico, el entorno familiar, establecen ciertas actitudes en cuanto a favorecer el embarazo en adolescentes” (Pablo, médico ginecobstetra Pichincha, entrevista personal 2022).

La forma reduccionista de entender y practicar la salud limita las posibilidades de las mujeres para acceder a un aborto legal y al mismo tiempo subestima los malestares y amenazas para la salud que ellas mismas pueden estar enfrentando. Este es el caso de las amenazas para la vida de la mujer que emergen de la interacción entre las afecciones ligadas a la salud mental y su entramado social. Una de nuestras informantes nos compartió su experiencia y perspectiva sobre esta situación:

“Porque aquí en el Ecuador, más son enfermedades que estén amenazando la vida del paciente, o sea cómo que realmente uno tiene que estar muy muy mal, para que te hagan este tipo de legados. Yo he tenido alguna cantidad de pacientes con retardos mentales violadas que han estado embarazadas, que han tenido sus bebés, pero eso no, el gobierno no lo ve. Tuve una paciente que mandó una carta y todo e igual no le aceptaron, dijeron que no, y ella tenía alteraciones mentales porque era esquizofrénica, tomaba medicamento y todo. Igual no. Aquí es cómo que tiene que ser una preclamsia muy muy fuerte, una hipertensión arterial muy precoz en una paciente, que esté en contra de la vida de la paciente, ahí es cuando uno ya tiene que decidir lo mejor para la paciente, para su vida” (Ainoa, ginecóloga Napo, entrevista personal 2022).

Este no es un caso aislado en el Ecuador, de hecho, de manera sistemática se excluye a las consideraciones de salud mental como factores determinantes a la hora de decidir si la salud y la vida de una mujer corren peligro. Una de nuestras informantes que tiene una amplia experiencia trabajando con salud sexual y reproductiva nos describió la situación en referencia a la interacción entre la salud mental en mujeres embarazadas y el aborto en el Ecuador de la siguiente manera:

⁴ Sean enfermeras, obstetras, auxiliares, doctora, psicólogas,

“Incluso en el Ministerio de Salud, mis compañeros psicólogos me decían: –Nina, ¿qué hacemos?, hay niñas que vienen y nos dicen: si no aborto, yo me mato–. Entonces, es un peligro para la vida de la mujer que debe considerar el Estado y facilitar el acceso; sin embargo, lo que dicen es: –Mandémosle al hospital–. En el hospital le regresan al centro de salud y ahí viene la chica hasta que... bueno, en el Ministerio jamás lo van a solucionar, pero debería considerarse dentro de la parte salud, dentro del Ministerio de Salud mismo, teniendo la posibilidad de considerar en forma integral a la mujer, no solamente su salud, su eclampsia, o preeclampsia, para interrumpir el embarazo, sino problemas de salud mental que ahora son graves a nivel de todo el mundo” (Nina, licenciada en enfermería y abogada Cotopaxi, entrevista personal 2022).

Aún más allá, en algunos casos son los propios médicos los que terminan denunciando a mujeres que buscan acceder a un aborto legal cuando entran bajo sospecha según el criterio de los doctores. La presión institucional recae sobre las mujeres, porque un porcentaje significativo del personal de salud no tiene el entrenamiento adecuado para separar sus creencias personales de su práctica profesional, y como resultado se genera un ambiente en el que la privacidad es casi inexistente. Algunos médicos asumen roles que no son de su competencia, y juegan el papel de policías, fiscales y jueces con las mujeres que acuden a ellos. Nuestra informante nos describe esta situación dramática de esta forma:

“Bueno, o sea, yo no he visto por problemas de salud mental, por depresión, por angustias, estrés, desesperación, cualquier cosa que haga una mujer, que haya accedido a un aborto a nivel de los centros de salud pública. Siempre las causales salud, básicamente enfermedades, como, por ejemplo: una diabetes, una tuberculosis, una enfermedad renal, un problema cardíaco, enfermedades graves de la mujer, para que pueda acceder a un aborto. Incluso, hay algunas malformaciones congénitas del bebé, que en algunos casos no le permiten a la mujer acceder al aborto, sino que termine su embarazo y luego el bebé morirá por sus propios problemas patológicos, sus patologías, pero no necesariamente está escrito o protocolizado que se tenga que interrumpir el embarazo. Entonces, es bastante dura la situación para la mujer, al menos en el Ministerio de Salud. Incluso mujeres que acuden con sangrados, con abortos incompletos... algunos profesionales se le viene a la mente que posiblemente se provocaron el aborto y ha habido casos de denuncia de estas mujeres a la Policía y la Fiscalía para que investigue si fue provocado o no; entonces, no hay apoyo” (Nina, licenciada en enfermería y abogada Cotopaxi, entrevista personal 2022).

Adicionalmente, la interpretación de lo que constituye el “criterio” médico se expande cuando se trata de negar la prestación del servicio. Se toman en cuenta factores propios de las creencias y experiencias subjetivas del médico que emite el “criterio” para argumentar por qué un embarazo no es un riesgo para la vida o salud de la madre, aunque la madre tenga 10 años, haya sido víctima de una violación, su cuerpo no esté preparado para gestar y su salud mental se ve doblemente afectada. En ocasiones el “criterio” de un solo médico o médica representa a todo el centro de salud donde trabaja. Este ejercicio selectivo sobre cuándo y ante qué circunstancias se amplía el criterio del médico tiene que ver con otra de las barreras que presentamos más adelante: la objeción de conciencia, aunque en las entrevistas se refiere a este tipo de argumentación como “criterio profesional” estaría mejor descrito como “criterio personal”.

“Como el criterio del médico más viejo o con más reputación es el que prevalece, porque los servicios de salud son super jerárquicos, lo que sucede es que incluso si los más jóvenes saben nunca van a desautorizar a la persona que está, y eso hace que se vuelva bien complejo. Incluso ha habido pugnas entre profesionales de la salud en varios servicios de salud, por el tipo de protocolo. Uno de los médicos más reconocidos con un cargo importante en la maternidad Isidro Ayora, que es una de las

más importantes del país, en una capacitación decía que usar el protocolo de la Organización Mundial de la Salud para un aborto por medicamentos, podía hacer que las mujeres tengan hemorragias, que les iba a hacer que el útero luego tenga problemas, porque él consideraba que era una dosis muy alta. Todos esos protocolos están basados en estudios clínicos, en medicina basada en evidencia y no debería limitarse la posibilidad de acceso a los mismos, por criterios de limitadas personas con mucho prestigio” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

3.2 Barreras educativas

Una de las barreras más evidentes que encontramos fue la barrera educativa. En el país existe una carencia generalizada de educación sexual integral, tanto sobre los derechos reproductivos, de salud y sexuales, como también sobre el uso de métodos anticonceptivos. Si bien la discusión sobre la legalidad del aborto se ha tomado como foco en los últimos años dentro del debate público, esta discusión está enmarcada en el Ecuador dentro de un panorama donde la educación sexual sigue siendo un tabú y no existen programas de salud públicos con suficiente financiamiento y promoción orientados hacia la educación en salud sexual, en el uso de anticonceptivos y la disponibilidad de los mismos a nivel nacional. La educación sexual no está orientada solamente a prevenir embarazos no deseados, sino a informar a personas de todas las edades y todas las orientaciones sexuales sobre cuáles son sus derechos sobre sus propios cuerpos, qué constituye un abuso sexual, cómo y por qué usar los diferentes tipos de anticonceptivos y preservativos, y cuáles son los canales públicos para acceder a servicios orientados a la salud sexual y reproductiva. No existe un programa que informe sobre el acceso al aborto legal con alcance masivo, esta es una barrera fundamental ya que influencia la forma en que las personas, particularmente las mujeres, navegan el espacio social y las relaciones íntimas desde sus primeras experiencias. Una doctora y activista nos describió este problema de la siguiente forma:

“Aquí nunca hubo educación sexual integral. Lo que hubo fue una iniciativa que fue el ENIPLA, el ENIPLA no fue educación sexual integral, no fue una política de educación sexual integral con ese nombre. Fue una política para que accedan a la información, pero que apenas duró 2 años, y eso si fue una pérdida porque incluso en el tema de la línea de información la gente hubiera podido llamar e informarse que es legal en caso de violación. Pero ahora no tenemos eso, obviamente no hay eso. Sé que el Ministerio de Educación está planteando un programa de educación sexual pero no sabemos exactamente cómo va ese programa. Sería bueno que recuperen la línea de información, sería súper importante con tanta cantidad de violaciones que hay” (Nanda, doctora y activista Pichincha, entrevista 2022).

Esta es una realidad que está en plena transformación, no solo por las continuas luchas de múltiples grupos de mujeres por lograr que el aborto sea legalizado y la exposición pública que esta demanda genera, sino que también la realidad de las fuentes de información se ha multiplicado en los últimos años. La educación sexual puede estar disponible a través de otros medios que no sean necesariamente las escuelas, colegios o la familia -como el internet o el subcentro de salud, por ejemplo. En efecto, una de nuestras informantes nos comentó que una parte fundamental de su trabajo como servidora de la salud era brindar educación sexual que las adolescentes no obtenían por otros medios.

No cabe duda que la discusión sobre el aborto no puede ser aislada de otros elementos pertenecientes a dinámicas más amplias que enmarcan la salud sexual, el sistema nacional de educación, el acceso a infraestructura de calidad en todas las regiones del Ecuador y a una política más integral de salud reproductiva que sigue siendo una deuda histórica del estado ecuatoriano. Pensar el aborto en este sentido más amplio nos permite también entender las dinámicas a través de las cuales una mujer llega a optar por un aborto clandestino al carecer no solo de información acertada sobre sus derechos institucionales, sino al haberse desarrollado en entornos donde la educación sobre salud sexual es deficiente y el acceso a métodos anticonceptivos sigue siendo muy limitado. Adicionalmente, la falta de educación sexual empuja a las personas a buscar guía en instituciones religiosas para temas que van más allá del alcance de las mismas.

3.3 Barreras de información

La información sobre derechos reproductivos y sexuales disponible públicamente se ha multiplicado, por ejemplo, existen nuevas fuentes a nivel de organizaciones internacionales y nacionales, así como a nivel de páginas independientes ubicadas en el internet. Aun así, mucha de esta información puede ser polarizada, sesgada y corre el riesgo de no estar construida sobre fuentes fiables de información. Al mismo tiempo, el hecho de que esté contenida en el internet limita el acceso para mujeres que no tiene internet o no cuentan con el conocimiento suficiente para saber navegarlo y encontrar fuentes confiables. Una de nuestras entrevistadas, quien tiene una amplia experiencia acompañando mujeres que buscan información sobre cómo interrumpir voluntariamente su embarazo, nos describió el panorama actual de la siguiente manera:

“Ahora no sé si es solo fruto de la pandemia, pero sí siento que, desde hace unos dos años antes de la pandemia, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en aborto, ha aumentado. Entonces, hoy puedes encontrar más fuentes, que son más asequibles si se quiere, está la OMS... Existen ciertos organismos, organizaciones que se han dedicado a generar material para el acceso a la información, para que llegue a otros cuerpos con posibilidad de gestar, entonces, creo que ahora hay más fuentes e incluso el MSP, obviamente, con una guía de antaño, pero tú puedes todavía aún encontrar ese material en las páginas del MSP. Entonces, siento que existen hoy nuevas formas y nuevos canales de acceso para la información. También encuentras información errónea, errada, que no toma en consideración fuentes científicas, pero siento que ahora puedes encontrar más puntos, más lugares desde la virtualidad, obviamente, para acceder a información veraz, científica, oportuna. Entonces, creo que las fuentes han cambiado y si hay mayor acceso” (Raquel, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Aun tomando en cuenta este panorama en plena transformación, otras circunstancias como el desigual acceso al internet, el nivel de educación y el que los referentes más inmediatos de adolescentes y niñas sean sus padres y maestros, hacen que pocas mujeres busquen autoeducarse en derechos sexuales y reproductivos. Por eso, de acuerdo a algunas de las personas que acompañan la interrupción voluntaria del embarazo el eje central es la información. La información influye directamente en la capacidad de las niñas, adolescentes y mujeres a la hora de decidir y acceder al servicio:

“Cuando se trata de un tema de aborto seguro sabemos que se cruzan varios factores, pero sobre todo que, si yo puedo ser de una clase, digamos media - baja, si yo tengo la información correcta puedo acceder a un aborto más seguro incluso que si es que tuviera los recursos, pero no tuviera el acceso a la red de información” (Dalia, investigadora Pichincha, entrevista 2022).

La información se percibe como un eje fundamental, no sólo con respecto a las opciones que se prestan a las mujeres para tomar una decisión informada, sino con respecto al conjunto social más amplio. La familia, las escuelas y colegios, y las mismas instituciones públicas carecen de herramientas para generar criterios informados acerca del aborto, violencia de género y sexualidad abiertamente. Varios testimonios reconocen que en sus espacios institucionales los procesos de información sobre el aborto han sido valiosos, sobre todo al trabajar con servidores de la salud. Según explican los servidores de la salud tienen dudas y preocupaciones concernientes a las represalias legales. Estas preocupaciones en su mayoría se fundan en el desconocimiento de la ley y la falta de espacios de concientización y sensibilización de las realidades que las mujeres enfrentan en el contexto sociocultural ecuatoriano. Debido a todos estos factores la información, su disponibilidad y la fiabilidad de la misma, es un eje central en las rutas y en la obstaculización del acceso al aborto legal:

“Incluso con esta ley [restrictiva] se puede hacer y acceder. El tema es que el punto nodal de los procesos de aborto, tanto a nivel clandestino que podrían ser seguros, como a nivel formal ya legal, en casos de aborto por violación, es la información. Es como acceden a la información, si la mujer sabe o la mamá sabe o la niña sabe que fue violada, y que puede quedarse embarazada, o la mamá sabe eso y le tiene que llevar rápidamente al servicio de salud o para que le den la anticoncepción de emergencia y no se quede embarazada. O inmediatamente luego de que no le funcionó la medicación de emergencia, para que se vaya al servicio de salud y pida un aborto. Esos son entre seis y nueve semanas, la clave es la información” (Nanda, doctora y activista Pichincha, entrevista 2022).

De igual manera, la falta de información pública sobre los servicios de interrupción voluntaria del embarazo genera un vacío sobre la oferta de los centros de salud y el potencial acceso a los mismos por parte de las mujeres. Este es un problema que se conecta con los prejuicios individuales y colectivos generados por la aplicación de creencias religiosas a la esfera de la práctica profesional de múltiples servidores de salud y de justicia. A esto se suma, que aun cuando los servicios están disponibles, el nivel de comunicación comunitaria sobre su disponibilidad es muy limitado. Una de nuestras entrevistadas, describe la situación actual en Loja de la siguiente manera:

“No ofrecen [información]. No hay ningún servicio que ofrezca eso, sigue siendo tabú, sigue siendo el secreto mejor escondido, mejor guardado” (Lucia, servidora de salud Loja, entrevista personal 2022).

Esta parece ser la realidad a nivel nacional, ya que la falta de información formal y de medios de difusión efectivos han generado un vacío que ha sido poblado, en muchos casos a través del internet y redes sociales, por redes de mujeres que brindan esta información y la asesoría pertinente a mujeres que la necesitan. En otras palabras, las redes de acompañamiento han surgido también para llenar un vacío de información e institucional que es obligación del estado proveer, pero que por múltiples razones no se cumple en la práctica. Pudimos vislumbrar este escenario en una de las entrevistas que realizamos a una funcionaria del Consejo de la Judicatura:

“Generalmente, no existe información clara sobre el tema [de la interrupción voluntaria del embarazo] en un espacio formal; es digámoslo así la información muy limitada y la información que muchas veces acceden las mujeres termina siendo información que no es la más técnica, la más adecuada. En torno al internet o medios electrónicos, existe un movimiento denominado Las Comadres, que es quienes aportan con información sobre la temática a fin de que las mujeres puedan tener información eficiente, coherente y que esté apegada a la realidad, sin estereotipos de género, sin estereotipos religiosos, sin estereotipos en donde las mujeres se vean vulneradas en su integridad afectiva y en su integridad como personas” (Victoria, funcionaria pública, entrevista personal 2022).

En ocasiones las redes brindan asesoría legal a las mujeres, otras son líneas de apoyo, redes de información segura, y de guía hacia proveedores de medicamentos y servicios de salud adecuados. Aun así, las redes enfrentan ataques de grupos que se oponen al aborto, y de esta manera buscan irrumpir sus medios de comunicación y de acompañamiento. En una de las entrevistas que realizamos evidenciamos cómo estos ataques pueden convertirse en una barrera más al acceso de las mujeres al aborto, reforzando el vacío institucional y el flujo insuficiente de información. A continuación, se puede evidenciar lo mencionado en un extracto de una de las entrevistas realizadas:

“Nosotras tenemos nuestro principal lugar de contacto, es nuestra línea telefónica, nosotras abrimos una línea telefónica en el 2014 y esta fue hackeada el año pasado. Tuvimos un ataque de los grupos anti-derechos, en el cual, nos quitaron nuestra línea, lo que hicieron fue terrible, fue clonar nuestro chip y cambiar de propiedad de la línea, entonces esa línea ya no es nuestra, lo cual es un golpe fuerte, porque ese era el principal contacto de un número muy posicionado durante más de 6 años, o más 7 años, sin embargo, nunca dejamos de acompañar, pero además las mujeres siguieron buscándonos, fueron ellas mismas quienes nos alertaron de que había algo extraño en la línea, porque justamente les respondían cosas como: “bueno, te cobramos 70\$, 120\$”, pero nosotras no cobramos. Y les pedían datos muy raros, la ubicación de la casa, fotos de sus vaginas, cosas así, muy, muy tenaz, y entonces, ha sido bastante complicado. Y claro, ha significado transformar nuestra estrategia también porque si fue un golpe tenaz, sin embargo, es una muestra de cómo el gobierno de ultraderecha y anti-derechos opera impunemente frente a nosotras” (Sol, Organización feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Conforme esto acontece también se van fortaleciendo otro tipo de centros de atención, que pertenecen a grupos anti-aborto, se van fortaleciendo y realizan prácticas muy cuestionables que refuerzan los procesos de desinformación y de barreras culturales basadas en prejuicios que generan presión social y emocional sobre las mujeres, afectando su derecho de tomar decisiones libres e informadas. La conformación paralela de estos grupos, su nivel de influencia en el espacio colectivo, e incluso su nivel de penetración en el aparato estatal son temas que deben ser investigados y analizados a mayor profundidad si es que se desea tener en el Ecuador una política pública ligada al aborto de corte integral y accesible.

Barreras ligadas a la Desinformación

Como hemos destacado en el apartado anterior la información es un nodo central en las dinámicas ligadas al acceso al aborto legal en el Ecuador, es por esto que los grupos opositores fortalecen sus campañas para desinformar a la ciudadanía en general. Una de nuestras informantes describió los espacios anti derechos y su operación como vulneraciones permanentes de los derechos de las mujeres, que no solo reproduce desinformación sistemáticamente, sino que lo hacen a través de prácticas anti-éticas y violentas:

“Se fortalecen los grupos anti derechos que tienen clínicas de tortura, ellas tienen unos centros a nivel nacional, son 12, no sé si en la pandemia habrán crecido o habrán decrecido, pero eran 12, que se llaman “Centro de asistencia a la Mujer” o “Centro de atención a la Mujer”, también se llaman “Decide Mujer”, y ellos han utilizado mucho el robarse nuestras estéticas, nuestras estrategias, entonces ponen así, “te acompañamos”, o sea nuestras, digo del feminismo, entonces te acompañamos y así, fotos con el símbolo de mujer, y todo en morado, en verde y así, entonces ellos cobran. Por ejemplo, \$50 una consulta en la cual no te ve ningún doctor, pero ellos dicen que sí, pero nunca te van a hacer un aborto, pero lo que si hacen es traumatizar terriblemente a las mujeres, les muestran fetos de plásticos, les hacen abrazarles, que les pongan un nombre, les dan una canasta para que cuando ellas den a luz pongan ahí a su bebé, y que ellos van a ayudarlas a dar en adopción, o sea un montón de cosas irreales, absolutamente espantosas y que además en muchos casos han sufrido acoso sexual e intentos de abuso sexual por parte de estos “doctores”, las mujeres que han ido, o sea como, “ah, yo te voy a meter las pastillas en la vagina, a ver déjame ver cómo es”, no sé qué, no? O sea, horrible, horrible, una cosa de tortura tenaz, entonces claro, finalmente las mujeres están gastando \$50 por llegar a recibir información absolutamente errónea, desinformada y que les deja realmente muy asustadas. Hemos acompañado a muchas que han ido allá, lamentablemente, y que luego han venido donde nosotras y nos cuentan esto, que es tenaz, pero también como ellas confían y dan su número de teléfono, dan sus datos personales, luego reciben llamadas, por ejemplo, a su casa, a su familia, preguntando si es que ellas abortaron, que ellas sepan que ellas estaban embarazadas, que no les dejan irse de viaje porque seguro es para abortar, o sea como un acoso a ese nivel... (Sol, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Adicionalmente, las campañas para desinformar o para presentar posturas sesgadas, confusas y sin respaldo a favor de posturas políticas que implican una regresión para los derechos de las mujeres ocupan distintos espacios que minan permanentemente la opinión pública, como por ejemplo a través de medios de comunicación. Este rol tan importante de los procesos de desinformación se puede evidenciar en el testimonio de una de nuestras entrevistadas:

“Justo en la mañana decían en una radio, que los derechos humanos son solo de las personas privadas de libertad, o sea hemos llegado a ese nivel de tergiversación. La ultraderecha ha hecho un excelente trabajo tergiversando durante los últimos años, un trabajo que permite que en este momento se hable de esta manera de los derechos humanos, y no de las obligaciones que tiene el estado con todas las personas, que son la salud, la educación, el acceso al trabajo, a los medios de vida...” (Marta, Organización de Mujeres Pichincha, entrevista 2022).

Bajo esta dinámica operan varias campañas. Un ejemplo ocurrió en el 2018 con la campaña “Bebés en el cielo” efectuada por la Policía Nacional. La campaña consistió en el entierro de 36 fetos en el cementerio de Santa Rosa. De acuerdo a la institución los fetos correspondían a abortos ocurridos en distintas partes del Ecuador. La iniciativa ya había ocurrido un año antes, dirigida por la Arquidiócesis de Quito. Sin embargo, a diferencia de la Arquidiócesis de Quito que es una institución religiosa, la Policía Nacional pertenece al Estado laico. Durante la ceremonia participaron familias que se “reconocieron como padres espirituales” de los fetos, según la nota de prensa de CNN (Policía de Ecuador entierra fetos de presuntos abortos en Quito, 14 de marzo del 2018). Este tipo de campañas generan estigmatizaciones y criminalizan los mecanismos por los cuales las mujeres garantizan su salud. Reproduce temores y posturas que vetan la sexualidad, y que repercuten psicoafectivamente en la vida de las mujeres. Por ejemplo, durante la ejecución de este estudio transmitieron en un programa radial de la sierra centro un especial sobre el aborto. El reportaje se auto cataloga como informativo, pero presentaba una opinión claramente anti-abortiva:

“Les hago una pregunta, si una madre puede matar a su propio hijo en su cuerpo, ¿qué razón hay para que no nos matemos unos a otros? Yo les diré que es absurdo que el mismo hombre acabe con la vida del hombre” (Programa radial frecuencia en la sierra 102.1 FM).

Y más adelante en el mismo programa, presentaba cifras que “evidencian” mayores índices de suicidio en mujeres que han abortado, que en mujeres que han culminado sus embarazos no deseados, de “investigaciones” que no nombraron dónde ocurrieron o por quienes fueron realizadas.

“De acuerdo con algunas investigaciones se encontró que un embarazo sin perturbaciones reduce el riesgo de suicidios, mientras que el aborto está claramente ligado a un dramático aumento de riesgos del mismo, de 250 mujeres que abortaron casi el 60% declararon que empezaron a perder los estribos con más facilidad después de sus abortos” (Programa radial frecuencia en la sierra 102.1 FM).

Más aún, se presentan versiones confusas sobre el embarazo, la gestación y la salud reproductiva. Pero no solo se trata de los medios de comunicación e instituciones, las representaciones estigmatizantes del aborto están en múltiples espacios: canciones, películas, literatura, páginas web, redes sociales, etc. Un ejemplo es la canción “No lo perdona Dios” de la banda Aventura, muy sonada aún en espacios populares pese a ser una canción compuesta hace 22 años. Mientras hacíamos este estudio y visitamos comunidades rurales en Esmeraldas, esta canción sonó múltiples veces:

Eso que has cometido no lo justifica Dios.
Le has quitado la vida a un niño sin razón.
Quizás podría ser un pelotero, un bachatero o algo más.
Y no lo sabrás
porque la vida tú le has quitado.
Cómo fuiste capaz
a nuestro hijo tú lo has matado.
(Aventura, No lo perdona Dios, 2000.)

La autoridad patriarcal y la influencia religiosa impactan las dimensiones públicas y privadas de las vidas de las mujeres, los juicios religiosos no solo obstaculizan el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento de los derechos de las mujeres, sino que son una amenaza para la salud mental pública. En varios testimonios dentro de la investigación encontramos que la salud mental de las mujeres se pone en riesgo cuando en su círculo de confianza (al buscar acceder a un proceso de acompañamiento o al buscar acceder a un servicio de salud) se encuentran con juzgamientos, amenazas, ataques personales y recriminaciones. Estos comportamientos hacen que las mujeres se sientan aisladas, bajo presión, sin alternativas y avergonzadas. Podemos evidenciar esto en el testimonio de una de nuestras entrevistadas:

“Entrevistador: ¿Usted ha notado en su experiencia que las mujeres que están en esta situación tienen algún impacto en su salud mental?”

Mercedes: Claro. Sí, sí, tienen muchísimo, pero todo depende también de cómo se lo abordé y desde el principio se le diga si yo le digo esto es pecado, pues esa persona se va a sentir mal. Pero cuando le digo estás en el derecho de poderlo hacer y este es el camino. Tienen un alivio, sí” (Lucia, servidora de salud Loja, entrevista personal 2022).

Cabe destacar que en ocasiones son los propios profesores de las unidades de educación a nivel nacional, los que dan a los estudiantes versiones desinformadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, además de darles lecturas sobre la sexualidad sobrecargadas ideológicamente que no aportan a la toma de decisión de los estudiantes. En otras palabras, tenemos un sistema de educación que en sí mismo por las prácticas de los profesores y la carencia de un sistema actualizado y pertinente de educación sexual, puede desinformar en lugar de informar a los estudiantes. Como vemos en el fragmento que presentamos a continuación esta es una barrera fundamental:

“Entonces ahí viene otra situación, tiene que articularse el trabajo desde el Ministerio de Educación y no solamente hacia los alumnos, sino hacia los profesores. Alguna vez estábamos en una charla en un colegio y pregunté ¿cuál es el mejor anticonceptivo? y el profesor dijo la abstinencia. Si yo tengo eso desde un punto de vista de quién es el que tiene autoridad con esos muchachos, es creíble, pero yo no puedo tener la abstinencia como un método anticonceptivo. Tenemos que articular las acciones entre todos los sectores de la sociedad para tratar de que estas cosas no ocurran y siga allí nuevamente la religión. Soy católico, pero no pienso que estas cosas deben seguir ocurriendo y seguir pensando que el ser educado sexualmente te va a hacer promiscuo, por ejemplo, todo lo contrario” (Pablo, médico ginecobstetra Pichincha, entrevista personal 2022).

3.4 Barreras ligadas a la objeción de conciencia del personal de salud

La objeción de conciencia toma lugar cuando un servidor de salud se rehúsa a realizar un procedimiento específico argumentando que se opone a sus principios. Se utiliza en ocasiones trasgrediendo principios fundamentales y constitucionales, como el derecho a la salud de las mujeres. La objeción de conciencia se activa producto de creencias religiosas, ideologías o sesgos culturales, y hemos encontrado que también oculta la desinformación y temor de los médicos a represalias legales. Podemos evidenciar esta característica de la objeción de conciencia en la siguiente conversación sostenida durante una de nuestras entrevistas:

“Ahora, en las ciudades grandes como Quito, Guayaquil y Cuenca, no es que no hay acceso. Por ejemplo, Cuenca, funcionó muy bien en un primer momento y las mujeres accedían solamente cuando tenían la situación les informaban y todo, entonces fue muy bueno el funcionamiento al principio, pero luego hubo persecución por un caso al hospital. Lo que pasó fue que les dio miedo hacerlo y comenzaron a argumentar objeción de conciencia, a no informar a las mujeres y eso fue complejo [...] Después de la ley, yo creo que va a haber un montón de problemas. La gente no sabe qué hacer y no sabe cómo sortear los obstáculos concretos que existen. Por ejemplo, qué hacer en un hospital donde no tienen médicos cirujanos que sepan de ecografía, porque la ley dice un médico cirujano. Generalmente, los que hacen ecografía tienen otro tipo de especialidad. O qué hacer si la niña no cuenta con denuncia, con declaración jurada o con examen juramentado o qué hacer si tiene más de 12 semanas, son un montón de las dudas que hay. Incluso hay varios servicios de salud que han argumentado objeción de conciencia para negar abortos en muy tempranas edades” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

La ley vigente no permite que los hospitales públicos objeten de conciencia de forma colectiva, pero el resto de casas de salud sí pueden negarse a proveer el servicio de forma institucional. Este se convierte en nudo crítico en áreas remotas donde la presencia de infraestructura sanitaria pública es limitada. Según nos informaron personal de salud que participa periódicamente sobre las discusiones del aborto, entre sus pares observan más rechazo a realizar la interrupción del embarazo por temor a las consecuencias legales que por otras motivaciones como religiosas o ideológicas. Esto sin embargo ocurre con más frecuencia en los casos de aborto por violación que cuando se presta el servicio por la causal salud o vida. Según nos explica una de las personas que entrevistamos, a esto se vincula el temor que infunden los funcionarios de justicia.

“Un problema grave son los fiscales, en muchos lugares son abogados muy malos, sin formación en derechos humanos, sin una comprensión integral del sistema penal y ellos van a los hospitales y mal informan a los médicos sobre lo que tienen que hacer. Ellos son los que les dicen que tienen que denunciar mujeres, que tienen que tomar evidencia, que el aborto por violación no es legal, que les van a criminalizar cuando hacen esas cosas; eso viniendo de un fiscal para los profesionales de salud es aterrador” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

3.5 Barreras ligadas a la privacidad o ausencia de la misma

Un elemento importante cuando analizamos el factor institucional en el acceso al aborto legal en el Ecuador es el de la privacidad. Este es un factor que atraviesa tanto la atención a la paciente desde su llegada al punto de salud, como posteriormente durante el manejo de su información y su récord médico. Estos puntos constituyen nodos centrales que influyen la confianza y fiabilidad que las mujeres pueden experimentar frente a un servicio de salud, y también cómo el manejo público de su información personal puede generar impactos sociales indeseables para la persona. En una de nuestras entrevistas tocamos el tema de la privacidad con nuestra informante y nos compartió su experiencia sobre estas temáticas

detallando cómo un manejo inadecuado de la privacidad en los puntos de atención de salud puede generar una aprehensión a las mujeres que desearían acceder al servicio de interrupción voluntaria del embarazo:

“Entrevistador: ¿Desde su punto de vista cuáles son las limitaciones institucionales que experimenta las mujeres que buscan una interrupción voluntaria del embarazo?”

Entrevistada: A ver si fueran en los servicios públicos primero porque tienen que agendar un turno y cuando llegan al centro de salud dicen para qué voy ¿Qué es lo que quieren? Eso es una de las cosas que siempre he dicho, cuando están en la fila enfrente de estadística y dicen de qué se va hacer atender, y tienen que decirle al de estadística que no es médico, que no es enfermero, que no es asistente, entonces, por ejemplo, o sea, para cualquier cosa no van a decir oiga, tengo una infección vaginal o tengo...nunca le van a decir la verdad, van mentir cualquier cosa y si el médico, ya cuando entrando el médico, si es que el médico les ofrece confianza pueden decir vengo por esto. Pero eso es una gran barrera y en las clínicas particulares también porque hay una secretaria y dicen de qué se quiere hacer atender. Tiene que poner la consulta, etcétera” (Lucia, servidora de salud Loja, entrevista personal 2022).

De la misma forma el propio sistema de administración, registro y almacenamiento de la información de las pacientes puede convertirse en un arma de doble filo a la hora del manejo de la privacidad:

“Ahora tenemos el sistema PRAS que yo lo ingresó aquí, si usted también es médico del Ministerio de Salud Pública al otro lado del Ecuador usted abre el PRAS y también sabe lo que ha tenido esa paciente. O sea, es un arma de doble filo, nos sirve como evidencia, nos sirve para estadística, pero no es confidencial” (Lucia, servidora de salud Loja, entrevista personal 2022).

En otro caso, consultamos con una doctora que tiene atención tanto en una institución pública como en su consulta privada, y nos comentó que en la mayoría de los casos las mujeres que han llegado a ella para consultar o solicitar un servicio de interrupción voluntaria del embarazo han sido en su consultorio privado. Hemos identificado, en consonancia con su testimonio, que muchas mujeres sienten que el ambiente que se genera en las instituciones de servicio público no respeta la privacidad, su intimidad y no promueve la generación de un entorno de confianza con los servidores de salud.

“Me parece que como es la parte pública, obviamente la paciente no quiere que casi nadie le vea, por lo general tratan de sacarse una cita para hablar específicamente estos temas, pero muy callado, muy apartado a eso. Me parece que en lo público no, no he tenido ningún caso en el público que me digan eso [que buscan interrumpir el embarazo]. No, no lo he tenido. Hemos tenido que hacer abortos después de que se pongan las pastillas sí, los hemos tenido que hacer, en bienestar de la vida de la paciente porque está sangrando, está choqueada, toca hacerle una un legrado terapéutico de emergencia, si se logra hacer. Pero en este caso sí, sí es más fácil me parece en la parte privada, se les da más apertura, se cierra, no tenemos más personas afuera. Entonces todo es más privado ¿no? Yo creo que, en este caso como mujer, yo creo que si decidiría en mi caso en mi experiencia que me vean algo más privado, no en lo público así que todo mundo me vea o tenga que hacer una cola, es no sé, no sé, sería como nosotros depende la identidad no de cada uno, nuestra cultura” (Ainoa, ginecóloga Napo, entrevista personal 2022).

Conforme avanzamos con las entrevistas pudimos llegar a la conclusión de que los problemas generados por la falta de privacidad en varios niveles, y los niveles de exposición y juzgamiento colectivo asociados a esta, no son casos aislados, sino que son barreras estructurales que operan en la conjunción

entre factores culturales, como el dogmatismo religioso, y factores institucionales como el entrenamiento del personal de salud y las prácticas dentro de los centros de salud, pero también en cómo la misma infraestructura y servicio de salud está diseñada. Esto se puede vislumbrar claramente en el siguiente fragmento de una de las entrevistas que nos relata el modo en el que se usa el centro de salud como un espacio, por un lado, de juzgamiento público y, el por otro, de vigilancia policial sobre la voluntad y el cuerpo de las mujeres:

“Los centros de salud muchas veces te evidencian entre la gente: –Está queriendo abortar, está queriendo abortar–. Y es mal vista, maltratada, humillada. Antes, incluso había denuncias a la Fiscalía y los partos se daban o el procedimiento del aborto se daba con un policía dentro de quirófano de sala de partos” (Nina, licenciada en Enfermería, activista y Abogada Cotopaxi, entrevistas personal 2022).

3.6 Barreras ligadas a la burocratización y la manipulación tiempo

Durante la investigación descubrimos que uno de los factores importantes que pueden dificultar el acceso al aborto es la ralentización burocrática constante de los procedimientos requeridos para acceder a un aborto legal. Esto quiere decir que existe una latencia, producida institucionalmente y por las prácticas del personal médico, muchas veces intencionalmente, entre la llegada de las mujeres a los centros de salud para ser atendidas, y la ejecución de los procesos que permiten el acceso legal al aborto. Por ejemplo, los médicos y otros miembros del personal de salud piensan que deben comunicarse con la Fiscalía para denunciar el caso y pedir aprobación para realizar el procedimiento. Esto según nuestras informantes abogadas no es un procedimiento necesario, pero el temor de los médicos a las repercusiones legales les impulsa a buscar respaldos institucionales o documentación que les permita defenderse en caso de abrirse una investigación. Lo cual ralentiza el proceso para las mujeres y genera obstáculos en el acceso adecuado al servicio.

Situaciones extremas a nivel de salud mental y física, como en las que muchas veces llegan las mujeres que han sido violadas, obligan a los médicos a decidir si van a limitarse por los tiempos propios del proceso burocrático, sobre los cuales no hay certeza de principio por la inconsistencia institucional, o si van a intervenir directamente para salvaguardar la salud inmediata de la mujer. Como hemos señalado los casos de emergencia médica suelen recibir respuesta inmediata, sin embargo, cuando el caso no se presenta como una emergencia sino como una posible complicación posterior que podría arriesgar la vida de la madre, existe una barrera vinculada a los procesos administrativos que la entidad prestadora de los servicios de salud ponga. Un ejemplo de esto se encuentra en el testimonio prestado al medio de comunicación comunitarios Wambra, en el reportaje especial *La ruta del aborto legal: salvar la vida y cuidar la salud de mujeres y niñas*. En el reportaje se relata la historia de Manuela al intentar acceder al aborto terapéutico debido a una enfermedad denominada plaquetopenia⁵. Manuela recibió diagnósticos equivocados, fue referida por la misma casa de salud a una organización (Cepam) que pudiese acompañar su caso al recibir varias negativas por parte de los servidores de salud, tuvo que acudir varias veces a los centros médicos, y la Cepam tuvo que enviar una carta al Ministro de Salud para exponer el caso. Manuela accedió finalmente al aborto dos meses después (Noroña, 21 de mayo del 2022).

La burocracia, la manipulación del tiempo y el modo de la atención obstétrica se vuelven herramientas violentas para fomentar que las mujeres desistan de abortar, incluso cuando su salud depende de ello. En varios testimonios se reportó que los funcionarios de la salud en diferentes provincias evaden tomar la decisión de facilitar el aborto por la causal salud o violación, y se ven obligados a hacerlo cuando por medio de alguna intervención externa (presión de alguna organización) o cuando autoridades del Ministerio de Salud ordenan que se facilite el acceso. Según nos informaron esto por lo general ocurre cuando el centro de salud está manejando un caso por primera vez, y a partir de esto se suele sentar un precedente pedagógico

⁵ enfermedad relacionada a la coagulación de la sangre

para el manejo que se da a los siguientes casos. Sin embargo, trasladar la decisión del médico a la “planta central” del MSP es un proceso que nuevamente incurre en procedimientos burocráticos innecesarios y que ralentizan el proceso, consumiendo el tiempo y obligando a la paciente y en ocasiones al personal médico dispuesto a colaborar a procesos extendidos de espera, procesos desgastantes a nivel físico y emocional.

“De hecho, le tienen miedo al código Lila⁶, las licenciadas, los tratantes, todo, que es un proceso tedioso después irse a la fiscalía, estar dando declaraciones e incluso declaraciones en las que llegan a alguna situación en la que ya simplemente todos están libres, y es horrible. Todo lo que nosotros hemos hecho, todo lo que yo hice para que sea denunciado, ahí quedó, ¿por qué? Porque ya transaron entre ellos, yo no sé qué pasa, se acabó la audiencia, llegaron a un consenso y se acabó, entonces... o de maltratos también, después de estar acudiendo a dar declaraciones y todo, si fuera inmediatamente está bien porque yo acabo de ver, pero a veces son de un año, de un año y medio, al año y medio me llamaron a decir que vaya a dar la declaración de esta paciente violada, yo recordaba porque fue algo impactante de como ella llegó y todo, pero así cosas minuciosas en las que de pronto puede llegarme y yo hasta le hago un daño a ella, diciendo cosas diferentes. Realmente es mucho tiempo que la fiscalía deja pasar a estos casos” (Liliana, servidora de salud Azuay, entrevista personal, 2022)

La burocratización también se funda en el temor del personal de salud a ser criminalizado y en el cuestionamiento a las decisiones y criterio de las mujeres por parte de los funcionarios desde una mirada paternalista y abiertamente machista en determinados casos. Poner en duda la decisión, la palabra, la voluntad de la mujer y tratarla como indecisa, insegura, ingenua o incapaz de tomar sus propias decisiones es a la larga una estrategia consciente o inconsciente de consumo de tiempo, de ralentización de los procesos y de acción reactiva en contra de los derechos de las mujeres. Esto se evidencia en el testimonio de una nuestras informantes:

“...es porque siempre está en duda nuestra decisión, siempre está en duda nuestra palabra, o sea confirma, certifica que te violaron, certifica que eres sobreviviente de violación sexual y certifica eso a tiempo, entonces las que pueden acceder son solo las que me hacen sentir cómodo, entonces es un sistema super vil, que utiliza la legalidad y las leyes, hechas, manejadas por ellos, como les gusta, pasándose por encima de nuestros derechos y de nuestras vidas, porque es un sistema indolente...” (Sol, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Hemos encontrado que el propio proceso burocrático constituye una barrera para el acceso al aborto legal, ya que al ser un derecho que en su actual formulación cuenta con un tope de tiempo, el tiempo que se consume en el proceso burocrático va reduciendo el tiempo para que el aborto sea realizable legalmente y bajo aprobación médica. En este sentido, los procesos de espera, de constantes idas y venidas entre instituciones y especialistas, de presentación de exámenes, de toma de turnos, de movilización entre múltiples espacios, etc., se conforman en modos de consumo de tiempo que generan barreras para las mujeres. Para ilustrar este punto, presentamos el testimonio de una informante experta:

“...todo el proceso de acceso a los servicios de salud es muy largo; por ejemplo, si es una adolescente con un grave problema de diabetes, tiene que ir a un centro de salud y se saca una historia clínica; va a donde el médico general, el médico general pide que le realicen una interconsulta con el ginecólogo; el ginecólogo le atiende y luego le pide una interconsulta al otro, y al otro. Y todo esto tiene tiempo

⁶ Código para responder a casos de violación

y en tiempos hablemos también de exámenes de laboratorio, de diagnóstico, que te hagas un eco, que hágase un electro, que hágase una resonancia, que hágase, bueno, millón de cosas. Todo esto son tiempos, y tiempos, y tiempos que puede hacer que el niño tenga meses de gestación de embarazo; y después, le dicen: –No podemos hacer nada; ya está de cuatro meses, de cinco meses; y ya imposible–. Y, así, van lavándose las manos los unos y los otros” (Nina, licenciada en enfermería, activista y abogada, anónima, entrevista personal 2022).

Dentro de nuestra investigación identificamos que este tipo de burocratización y consumo del tiempo asociado al poder ejercer el derecho al aborto es común, y en efecto constituye un camino desgastante en extremo para las mujeres que tienen que atravesarlo. De esta manera este tipo de ralentización del tiempo constituye una barrera para el acceso al aborto legal. Tomemos otro caso como ilustración de ello:

“Entre los casos que atendí, una de las compañeras llegó a las 8 semanas de gestación, que no sabía ella que estaba... que tenía un feto, un embrión, perdón, con un anencefálico no se le veía en la ecografía. Entonces, de ahí realiza la ecografía dos semanas después y a las 10 semanas ya se reconoce que hay diferencias en el tamaño de la cabeza del cráneo. Entonces, ahí el ecógrafo le dice que posiblemente está llevando a un feto anencefálico. Y eso ya fue a las 10 semanas que se contactó con nosotras: le explicamos que efectivamente cuando existe este tipo de proceso, o sea, unos embarazos con estas condiciones, efectivamente, la mujer puede acceder a interrumpir el embarazo, por derecho. Entonces, de ahí nos contactamos con la compañera y estaba en las 16 semanas y estaba pasando por el tercer médico que avale que puede acceder a la interrupción del embarazo” (Raquel, Organización de Mujeres Pichincha, entrevista personal 2022).

En efecto, está claro que el tiempo juega un rol fundamental en el debate actual sobre la legalización del aborto, y cómo vemos es un elemento importante en las prácticas actuales que obstaculizan el acceso de las mujeres a un aborto legal. Aun así, hay un elemento más en relación al tiempo que queremos destacar y que muchas veces pasa desapercibido cuando se debate sobre el aborto. Nos referimos a las cualidades temporales del aborto como práctica y como técnica. El aborto además de tener la función de proteger la salud de la mujer y permitirle ejercer su derecho sobre la autonomía de su cuerpo, también podría ser leído como una técnica de protección de la propia capacidad de maternidad de las mujeres, una forma de preservar a futuro la fertilidad y la capacidad orgánica del cuerpo para ser madre. Este es un elemento que surgió durante una de nuestras entrevistas, colocamos el fragmento de la misma a continuación para ilustrar este punto:

“Si los servicios de salud se ofertaran de forma amplia, las mujeres no tendrían el riesgo de ponerse en abortos clandestinos, en condiciones donde está el país, y poner en peligro su vida o su salud, además de su fertilidad futura. Si tengo un aborto en condiciones seguras, puedo prolongar la decisión de embarazarme nuevamente como mujer [...] si yo puedo interrumpir el embarazo para volverlo a intentar nuevamente después, pues es algo que se logra sin necesidad de afectar la salud. Interrumpir el embarazo y después de esta interrupción segura, después de 3 años, 4 años, 5 años o nunca volver a intentar un nuevo embarazo. Creo que es el derecho de estas mujeres conservar su proyecto de vida” (Pablo, médico ginecobstetra Pichincha, entrevista personal 2022).

Como vemos el tiempo y los procesos de burocratización juegan un rol fundamental en obstaculizar el acceso al aborto, nos encontramos con barreras temporales inscritas en la operación institucional y en las prácticas del personal médico. Una investigación con mayor extensión sería requerida para explorar estas conexiones con mayor profundidad.

3.7 Barreras ligadas a las creencias religiosas

Dentro de las barreras que hemos logrado detectar a través de esta investigación una de las más importantes, y que constituye un umbral transversal a múltiples dimensiones, es aquella ligada a las creencias religiosas, y la utilización de las mismas dentro de la esfera profesional por parte del personal de salud y de servidores públicos de varios niveles. Hoy en día en el Ecuador, el cristianismo tanto en su vertiente católica como en sus múltiples vertientes evangélicas son las religiones con más adeptos a nivel nacional. Es común ver que, en la esfera pública, incluso en debates dentro de la rama del ejecutivo y del legislativo, se presenten argumentos provenientes de creencias derivadas de estas religiones para oponerse a la legalización del aborto por múltiples causales, e incluso al aborto en general. Uno de nuestros informantes describe de la siguiente forma la manera en qué las creencias religiosas pueden llegar a convertirse en obstáculos para que las mujeres puedan acceder a un aborto legal, y para que los servidores de salud puedan cumplir con su rol:

“Pienso que las religiones en general, sin poner una religión en específico, hacen que esas creencias impidan los derechos de la mujer y hacen que sean complicados por lo que sucede ahora. Lo que se llama pro vida, pero ¿pro vida de quién? ¿pro vida de la mujer? ¿provida del embrión? Esto hace que las leyes sean influenciadas por aspectos que no tienen nada que ver en un Estado laico según la constitución del Ecuador. Lo político está bajo normas de partidos que mezclan lo político con lo religioso. Estos dos aspectos están íntimamente relacionados, la condición laica del país se ve influenciada por estos aspectos que no deberían influenciar. El Ecuador está declarado así, sin embargo, en la realidad no sucede como tal” (Pablo, médico ginecobstetra Pichincha, entrevista personal 2022).

A través de nuestra investigación hemos identificado que estas tensiones también se generan a nivel operativo, en la práctica médica, y en la práctica cotidiana de múltiples servidores de salud y servidores públicos de otros estratos del Estado. En cuanto al acceso a servicios de interrupción del embarazo, las creencias religiosas muchas veces se convierten en una barrera que atraviesa la esfera del hogar, la esfera de la vida social de la mujer y de manera aún más preocupante, la apertura de los servidores de salud y autoridades públicas a informar sobre los derechos de las mujeres y tener apertura para realizar un aborto legal dentro de sus instituciones. A través de varios testimonios hemos podido evidenciar esto, uno de ellos viene del oriente del Ecuador, y consiste en un relato sobre los múltiples nudos críticos y barreras que tuvo que enfrentar un grupo de acompañamiento para que una niña de 11 años y una adolescente con discapacidad pudieran acceder a un aborto tras vivir una violación. A continuación, el pasaje de la entrevista:

“Para mí han sido testimonios muy dolorosos, ver que pude acompañar de muy de cerca... a... a una niña de 11 años y a una adolescente con discapacidad, que sus embarazos eran..., una niña de 11 años, yo no puedo imaginar un embarazo de 15 semanas, quién solo grita, quién solo llora, porque su cuerpo se le va deformando, y claro, te toca no solo contra eso, sino también hacer esta lucha, porque ya sabemos el sistema como funciona: el agresor libre. Ella lo que pedía era que alguien le explique que estaba sucediendo en su cuerpo, entonces ahí pues, se hizo el acompañamiento con la Junta Cantonal de Shushufindi, para que la niña pueda acceder a un aborto quirúrgico. Entonces claro, tuvimos que lidiar con todos estos nudos críticos, yo recuerdo que, tanto en el sistema de salud, como en el sector público, había como este tema de la religión, ¿no? tuvimos que mover desde Quito un montón de organizaciones para que el mismo Ministerio de Salud acceda a realizar ese aborto terapéutico, y se lo practique en un hospital público. Fue entonces que se realizó este aborto, entonces fue como un caso super emblemático, porque claro, a raíz de lo que esta niña tuvo que pasar, se hicieron cartas, se escribieron a los superiores, se tuvieron reuniones, hasta que en Quito autorizaban que se le practique el aborto” (Micaela, Organización de Mujeres Sucumbíos, entrevista personal 2022)

En la entrevista se evidenció que múltiples rangos del personal de salud se opusieron a realizar el aborto, a pesar de que la niña que había sufrido una violación por parte de uno de sus familiares, claramente estaba afectada tanto a nivel de salud mental como física, y la continuación del embarazo ponía en riesgo su vida. Tuvo que realizarse una intervención colectiva no sólo a través de alianzas con organizaciones de acompañamiento de Quito sino también apelando a autoridades del Estado que estaban en la capital. Esto denota tanto el grado de centralización en la toma de decisiones, como también el nivel de resistencia de las autoridades locales a que se realizará el procedimiento. La persona a la que entrevistamos describió en mayor detalle las múltiples barreras que tuvieron que enfrentar desde el núcleo familiar hasta los operadores de salud del hospital, esta persona también describe como la forma en que lograron atravesar estas barreras:

“Las barreras principalmente que nosotros pudimos observar con la Junta Cantonal de Derechos, fue que, el tema de la religión pesa mucho, en primer lugar, la directora del Distrito de Shushufindi, la directora de Salud del Distrito de Shushufindi, era y bueno es, porque lo sigue siendo, sigue siendo directora, es una mujer super religiosa, que para ella pesaba más no romper este pacto con su propia creencia. Cuando a ella se le autorizo que por favor se le practique el aborto en su unidad, en el hospital, se negaron rotundamente, ella, la obstetriz, el psicólogo. Incluso el papá de la niña, que había firmado la autorización, después se echó para atrás y dijo que no quería que a su hija la toquen porque había ido el psicólogo del hospital de Shushufindi a hablar con los papás, con la mamá y el papá, a decirles que si permitían eso su hija iba a morir, y que eso era pecado y cosas así. Entonces las compañeras de la junta tuvieron que hablar nuevamente con el señor, hacerle entender que su hija no iba a morir, que iba a correr riesgo de vida si ese embarazo avanzaba. La niña no quería saber nada, estaba en una negación, o sea, aparte de lo que le estaba pasando, ella necesitaba una ayuda psicológica tremenda, entonces se volvió a que el señor pueda entrar en razón y pueda continuar con el proceso que ya se estaba coordinando en Quito y que las máximas autoridades de salud ya lo habían ordenado acá en el hospital, entonces después dijeron que no, que en Shushufindi no querían hacer esto. Era el primer aborto por violación que se iba a hacer en un hospital público, a una niña de 11 años. Después, como ellos dijeron que no, que no tenían implementación, que no tenían el equipo preparado y todo eso, bueno buscamos, dijimos no más, ya no lo pueden hacer en Shushufindi, hagámoslo en Lago Agrio. Se coordinó igual allá. También, es un poco de falta de información y desconocimiento por parte de los médicos, porque ellos pensaban que al hacer esto a esta niña ellos se iban a meter en problemas y decían que iban a ir presos, que después los iban a denunciar y todo eso, y que ellos no querían como meterse en este tema” (Micaela, Organización de Mujeres Sucumbíos, entrevista personal 2022).

Hay relatos impactantes sobre cómo las creencias religiosas no sólo desinforman, sino que se contraponen a la práctica médica, es evidente que la falta de formación en el manejo médico ético desde una visión más allá de la religión es una limitante presente en la formación del personal de salud. En algunos casos se considera que la ética se restringe a sus usos religiosos, y más allá, que los servicios de salud que constituyen un derecho para las mujeres atentan contra ciertas creencias del personal de salud que opta por contraponerse a los servicios en lugar de plantear alternativas. De la misma forma las creencias religiosas marcan el ambiente familiar, el acompañamiento por parte de los parientes cercanos y el apoyo que se le dé a las mujeres que atraviesan situaciones de violencia sexual. El siguiente fragmento ilustra este punto:

“...una vez hablamos pues con la directora y ella no sabía que había sido yo la que estaba en todo esto y entonces dice: “miré imagínese que una vez me autorizaron a mí a hacer un aborto, como es posible que atenten contra mis derechos, o sea atenten contra mis derechos y los derechos de ella, era contra mis creencias, cuando a mí me autorizan a hacerle el aborto a la niña yo tenía mi rosario y mi rosario se cayó, se perdió, y mi compañera obstetriz también casi se desmaya porque teníamos

que autorizar eso". O sea, son cosas así las que enfrentamos. Después tuvimos otro caso de una niña de 15 años, una adolescente de 15 años, que además tenía una discapacidad, igual había sido víctima de violación por un vecino de una finca, pero era una niña con discapacidad! Y ella en su discapacidad decía que no quería, y ella estaba de 20 semanas de embarazo. Entonces, se tuvo también un fuerte nudo crítico, fue también la familia, porque la familia había sido evangélica, entonces le decían que no, que lo tenga, que era una bendición, y ella en su discapacidad decía que ella no quería. La situación en la que vive esta familia, es una familia muy pobre, que viven en su finca, que no tienen, o sea para ir ni siquiera a una unidad educativa, a una escuela; son cosas así, que no solo es la situación que vive, sino es todo el entorno que le rodea. Entonces, ahí también se logró, así mismo, fue hablar en Quito, pedir ayuda, hasta que a ella le hicieron en Shushufindi, ahí mismo la directora del hospital enojadísima, que son unas aborteras nos dijo, que cómo van a hacer esto, que cómo van a hacer este otro" (Micaela, Organización de Mujeres Sucumbíos, entrevista personal 2022).

Este no es un caso aislado, en múltiples testimonios nos hemos encontrado con evidencia que sugiere que las propias creencias religiosas del personal de salud y del personal de justicia al ser trasladadas a la esfera de su práctica profesional se convierten en barreras para que las mujeres puedan acceder a un aborto legal. Una de nuestras informantes, una médica que tenía una amplia trayectoria acompañando mujeres y como autoridad dentro del sistema nacional de salud del Ecuador, nos compartió su experiencia sobre esta temática, describiendo cómo algunas autoridades públicas caen incluso en prácticas de extorsión emocional y amedrentamiento hacia las mujeres utilizando amenazas religiosas. Nuestra informante lo describe de la siguiente manera:

"otra cosa con los jueces y fiscales cuando han sido violadas y lo primero que les han dicho "verás si estás embarazada y lo abortas eso es un sacrilegio, te va a llevar el diablo, o te va a expulsar la Iglesia". Cosas así. Esas son las experiencias con las que yo he vivido. ¿Cómo es posible?" (Lucia, funcionaria de salud Loja, entrevista personal, 2022)

En efecto, esta es una de las barreras más crudas que enfrentan las mujeres pues para llegar a este punto muchas veces ya han tenido que atravesar múltiples obstáculos y enfrentarse a prácticas culturales muy perjudiciales. Dentro de nuestra investigación encontramos evidencia de que muchas mujeres habiendo ya atravesado la resistencia de su familia, del juzgamiento público, de la falta de información a nivel estructural, de la falta de soporte emocional y mental, entre otras, logran llegar a los centros de salud y solicitar atención para entonces encontrarse con la oposición de ciertos grupos o individuos del personal de salud. En estos casos las mujeres se encuentran atrapadas entre múltiples obstáculos que en algunos casos no son superables por la ruta institucional.

3.8 Barreras ligadas a las creencias sobre la maternidad y el cuerpo de las mujeres

Hay varias barreras de tipo cultural que hemos podido identificar a través de los testimonios. Una de ellas está ligada a las creencias, prejuicios incluso, que existen alrededor del cuerpo de las mujeres y de los roles maternales. Varias de nuestras entrevistadas destacaron que uno de los problemas que existen a nivel cultural es que existe una naturalización o esencialización, de la maternidad: se cree que es una especie de instinto inscrito en toda mujer que se activa en el momento en que quedan embarazadas. El problema con esto es que se genera una invisibilización de todo el trabajo, responsabilidad, esfuerzo y los cuestionamientos involucrados en la decisión de ser madre. Se cree que una mujer que no desea tener un hijo en un momento dado va contra natura, va contra su propia esencia, y se ocultan las tensiones y conflictos que existen a nivel personal y social detrás de un embarazo. Una de nuestras entrevistadas describe este

fenómeno de la siguiente manera:

“Culturalmente creemos que una vez que las mujeres se embarazan les crece de la nada el amor hacia sus hijos, sin entender que detrás de toda esa situación de embarazo también existe posiblemente un sufrimiento de tristeza y tal vez sí existen situaciones de violencia en la relación de pareja o en la relación dispareja que puede haber entre una niña y una persona adulta. Siempre va a haber las decisiones que le hacen considerar que no es el momento adecuado, no es el tiempo adecuado o por cualquiera que haya sido la razón que se quede embarazada –ya sea porque no utilizó medios adecuados de protección o no sé, incluso el pensar que sí es la primera vez no va a pasar–. Son elementos que no son valorados desde la otra perspectiva, desde la perspectiva cultural, desde la perspectiva social en donde esperamos que las madres sean responsables con sus hijos por naturaleza, como algo biológico, como algo que nace de un rato al otro” (Victoria, funcionaria pública del Consejo de la Judicatura Azuay, entrevista personal 2022)

Nuestras informantes también destacaron que es fundamental en este proceso entender cómo estas barreras también afectan a nivel individual la propia capacidad de las mujeres de apropiarse de sus propios cuerpos, conocer sus derechos sobre sus cuerpos, contar con recursos para decidir a corto y largo plazo y poder hacerlo sin las presiones sociales arraigadas en prácticas religiosas y culturales:

“No todas las personas están listas y, en medio de no estar listas, también el poder valorar y entender que una mujer que no se siente preparada y que no se siente en la posibilidad de asumir la responsabilidad de un niño o niña que nazca, también implica un proceso que debería ser comprendido por un sistema social. Pero esto no sucede; vivimos en un sistema social con una cultura religiosa muy arraigada, con una cultura religiosa que invalida todas las decisiones de las mujeres, sea la interrupción del embarazo, o sea trabajar, o sea no casarse... Entonces, más allá de si es que las mujeres tienen la información adecuada –que al final van a lograr tener la información, sea buena o no, para interrumpir su embarazo– también es importante saber toda la información previa que tienen las mujeres para poder saber y hacerse dueñas y apropiarse de sus propios cuerpos. ...Obviamente, está ligado a esa presión familiar de tener que asumir, tener que cuidar, tener que amar a un niño o una niña que ha nacido sin importar las características por las que sea procreado. (Victoria, funcionaria pública del Consejo de la Judicatura Azuay, entrevista personal 2022)

Podemos argumentar entonces que las creencias, muchas veces idealizadas, sobre la maternidad y el cuerpo femenino impactan de manera negativa en el acceso al aborto legal. Por ejemplo, en una de las entrevistas nos relataron cómo dichos estereotipos son utilizados para argumentar a favor de la criminalización del aborto.

“Si a mí me preguntas todo el tema de la judicialización de mujeres por aborto tiene que ver con estereotipos de género, todo el tema de criminalización. Los casos que a mí me ha tocado defender, por ejemplo, la gente te dice yo le denuncié porque no lloraba y una mujer que pierde su bebé tiene que llorar. Este tipo de cosas que uno dice: ¿qué onda? O penas altamente estigmatizantes. Por ejemplo, les mandan a cuidar niños en un orfanato para que aprendan a ser madres y cosas de ese estilo, eso es muy común” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Adicionalmente, a estas formas estereotípicas de pensar lo femenino y lo maternal se intersectan

la clase y procedencia étnica. Según nos informaron, las mujeres afro son las más criminalizadas, porque cargan con otras etiquetas sociales, al igual que las mujeres indígenas, pobres y jóvenes.

“Tiene que ver con esta concepción de hipersexualidad de las mujeres afro, como son las muy sexuales, son las más criminalizadas [...] Si eres una mujer afro y además tienes una edad comprendida entre los 15 y los 35, seguro fuiste culpable, porque eres súper sexual o sea siempre estás teniendo sexo con todo el mundo, existe ese imaginario. Si eres una mujer indígena, es porque fuiste negligente, hay está asociación de lo indígena con lo negligente. Si eres joven, hay más sospechas sobre ti que si eres una mujer más adulta, porque las jóvenes son promiscuas si no estás casada. En la criminalización, influye un montón quién eres y también en el acceso al aborto legal. Tienen parámetros y ellos deciden quién merece y quién no merece. En los casos que tú decías, les ponen otras cosas en las historias, porque ellos creen que eso merecen. Por ejemplo, lograr un aborto por violación para una niña es muy fácil, lograrlo para una mujer adulta es mucho más difícil y si esa mujer es trabajadora sexual es muchísimo más difícil, la gente te dice, pero, ¿le pueden violar a ella, si ese es su trabajo? (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

3.9 Barreras ligadas al miedo a represalias o falta de conocimiento por parte del personal de salud

Como revela el fragmento que colocamos a continuación de una de las entrevistas que realizamos con el personal de salud y con personas que han tenido experiencia a nivel profesional y personal acompañando procesos de interrupción voluntaria del embarazo, la incertidumbre respecto a la normativa y a su aplicabilidad en la práctica constituye una de las barreras al acceso legal al aborto en el Ecuador. Hay casos en los que el personal de salud, se ve inmerso en una red de incertidumbre sobre la normativa vigente, la interpretación de la misma y cómo su aplicación tiene sentido en la práctica, este es un ejemplo de ello:

“Los médicos no son abogados, los profesionales de salud no son abogados, ellos no entienden las sentencias y si no les capacitan y si el ministerio no hace este ejercicio de trasladarles conocimiento... yo no creo que ellos no lo quieran hacer por objetores, creo que no lo hacen porque les aterra. En Shushufindi, lo que pasaba era eso, tenían una Directora Zonal antiderechos, pero la gente en el hospital era muy pro derechos como la Directora Técnica del hospital y alguna otra gente, sin embargo, están impedidas por estas autoridades. Cuando reciben un respaldo de la planta nacional, central cuando tienen la posibilidad de hablarlo con otra gente de que alguien superior dé la orden ya no se estanca y ya no preguntan en otros casos. Lo que yo te decía, ¿qué pasa con los hospitales pequeños? En un principio, es un desastre, no saben qué hacer, niegan, se demoran un montón de tiempo, pasan de un lado a otro, pero luego comienzan a funcionar bien. Sobre todo, de esos lugares apartados y lejanos” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

La falta de claridad y la falta de soporte institucional llegan hasta un punto en el que los propios estigmas que rodean al aborto se presentan dentro de los centros de salud, no solo en referencia a las mujeres que buscan un aborto, sino al propio personal médico que trabaja en este tema. El miedo a la sanción institucional o por parte de otra entidad del estado, se suma a los estigmas sociales sobre el aborto, y en ocasiones el personal médico se ve obligado a tomar una decisión que podría poner en riesgo su carrera profesional en caso de carecer del soporte institucional para el caso en mención. Podemos observar este fenómeno en el siguiente fragmento:

“Entrevistadora: O sea tú le haces si es que no logras contactar con fiscalía...”

Entrevistada: No puedo tocarle, tengo que esperar que Fiscalía me conteste, es la obligación de Fiscalía contestar, contestarme y darme la aprobación, aunque sea vía telefónica, de que si yo le puedo hacer el examen, sino yo no le tocó, no le tengo que revictimizar, porque ellos saben si están flagrancia, que dicen, si está detenido no detenido, entonces ellos saben y según eso también nos piden a veces que sea un perito el que lo haga” (Liliana, doctora Azuay, entrevista personal 2022).

Adicionalmente, debido al temor y desinformación que experimentan generan confusión en las mujeres, transmiten información equivocada y demoran el proceso. Por ejemplo está el fragmento de una de nuestras entrevistas:

“No necesitan ni sentencia ni absolutamente nada (para la causal salud), lo único que necesitan es que haya alguien que acredite, pero como ellos se mueren de miedo prefieren que alguien dé una sentencia, que haya un comité terapéutico y ellos mismos comienzan a generar requisitos que no están establecidos. La causal salud es de muy fácil provisión. Si yo misma, digamos que soy ginecóloga y sé que un daño al corazón, porque lo aprendí en la universidad, puede generar este tipo de daños, puedo certificarlo y no necesito ni siquiera hacer una interconsulta. La guía dice eso claramente, si tú y tu conocimiento pueden certificar, no necesitas ni que le vean psiquiatra, ni que le vea el psicólogo, ni que le vea a nadie más. Por ejemplo, una depresión grave cualquier médico comunitario puede diagnosticarla. Por supuesto que el especialista para tratarla es un psicólogo o un psiquiatra, pero cualquiera sabe cuáles son los síntomas y podría decir esto es depresión grave, bastaría eso, para que pueda acceder. Ella tiene mayor riesgo porque tiene una depresión grave y esto causa tal, pero a ellos les da terror entonces son ellos los que generan estos mecanismos diciendo: “¡no! Necesitamos una junta médica, necesitamos orden de juez y comienzan a inventarse requisitos que no están establecidos en la norma y en la ley” (Samira, Organización Feminista Pichincha, entrevista personal 2022).

Como hemos ilustrado las barreras se presentan no sólo en relación a las mujeres y su acceso al aborto sino también a través del vacío institucional y la falta de claridad de la reglamentación que regula el acceso al aborto legal. Estos elementos dan forma a las prácticas de los propios médicos, su forma de tomar decisiones y cómo se posicionan frente a las pacientes a la hora de aprobar o no un aborto.

3.10 Distancia desde las comunidades rurales más alejadas a los centros de salud

Adicionalmente a las barreras que de por sí enfrentan las mujeres en el Ecuador, existen barreras adicionales asociadas al estrato socioeconómico de cada mujer, el acceso o no a servicios de salud privados, el tipo de vivienda en el que viven y las limitaciones presentadas por la ausencia de recursos económicos que faciliten posibilidades de transporte, privacidad en la vivienda en caso de desearla y el mantenimiento de revisiones de seguimiento de salud posteriores al proceso. Una de nuestras entrevistadas nos compartió su experiencia acompañando a muchas mujeres durante varios años, y las diferencias que notó en torno a los diferentes estratos socioeconómicos de las mismas:

“Como le digo, el problema es para las mujeres pobres. Porque una mujer que tiene dinero paga cuatrocientos dólares, quinientos dólares lo que sea, entra una clínica y sale como si nada en cambio, una mujer pobre no ha recorrido tantos lugares en todos lugares, se ha visto deprimida, juzgada y demás, y luego ha caído incluso en manos inexpertas.

Entrevistador: De acuerdo y, por ejemplo, ¿qué rol juega desde su punto de vista la diferencia entre el sector urbano y rural?

Entrevistada: A ver es totalmente menos acceso del sector rural porque lo urbano en la ciudad, como quieran, van, se pueden reparar unas tres horas en el servicio, después volver a la casa de irse donde una amiga, en lo rural, no sé cómo se vienen y desde una población, como se escapan de la casa un día para hacerse el procedimiento y allá también porque viven en un sólo cuarto, lo mejor, todos las mamás, los papás, los hermanos como que se dan cuenta más rápido de que están embarazadas o de que han hecho un procedimiento. Puede que te pasa si en cambio acaban las chicas de la ciudad, tienen podemos su propia habitación, su propio baño, entonces saben que puede utilizarlo y que no hay ningún problema. Yo les pregunto ¿dónde vives, con quién vives? A ver cómo es tu casa donde hay quienes se le preguntó las condiciones como para estar porque nadie le vas a tener un sangrado se tener un dolor, quien te puede ayudar o puedes hacerlo discretamente en un todo el mundo se enteraron cómo esa cosa. Yo si les pregunto todo eso. (Lucia, servidora de salud Loja, entrevista personal 2022)

De hecho, las diferencias en cuanto al acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, métodos de detección del embarazo, y acceso a centros de salud son muy marcadas a nivel nacional en función de la región. Adicionalmente, a las diferencias marcadas por los factores geográficos urbano-periurbanos-rurales, también existen amplias diferencias marcadas por el status socioeconómico y los diferentes tipos de accesos influenciados por este status. Las opciones con las que cuenta una mujer de un estrato socioeconómico alto son muy distintas a las de una mujer de estrato socioeconómico bajo, no solo en función del acceso a infraestructura y servicios de salud de calidad, sino también desde el diagnóstico del embarazo mismo y los riesgos implicados en las rutas por las que optan para conseguir un aborto.

4.1 Redes de acompañamiento feminista

Las rutas institucionales para el acceso al aborto legal en el Ecuador necesitan ampliarse, aclararse y ser en suma más accesibles, mientras tanto se presentan varias alternativas a nivel social y personal. La primera y la más significativa son las redes de acompañamiento feminista. Existen redes de acompañamiento

4. Alternativas a las rutas

para que toda mujer pueda interrumpir voluntariamente su embarazo. Al interior de las redes prima el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos. Las redes además de la difusión de información y provisión, realizan un trabajo de contención emocional y cuidado. El cuidado sanitario es resignificado y reconstruido cotidianamente en las redes de acompañamiento feminista, y las mujeres que han decidido interrumpir el embarazo encuentran en estos espacios un camino claro y seguro para sortear las barreras familiares, culturales, institucionales y de información. Sin embargo, las barreras legales, económicas, educativas y de distancia son más difíciles de enfrentar en tanto aún que estas redes se encuentran en la clandestinidad, trabajando con escasos recursos, personal limitado y principalmente en espacios urbanos.

Las redes de acompañamiento enfrentan al mismo tiempo sus propios obstáculos. Garantizar el derecho a decidir es un trabajo que le corresponde al Estado, pero ante su omisión, las redes intentan cubrir el mayor número posible de acompañamientos y brindar las condiciones sanitarias e información posible. Sin embargo, sostener este trabajo constantemente supone una gran cantidad de recursos y trabajo. En sus propios procesos para obtener recursos o sostener el trabajo voluntario las redes no pueden cubrir todo el territorio nacional, y atienden principalmente a mujeres que llegan a conocer de ellas por referencias personales o porque se encuentran conectadas a espacios donde pueden obtener información. Este caso es más frecuente en espacios urbanos y conforme las mujeres tienen más acceso a niveles de educación formal.

Otro obstáculo que deben enfrentar es la capacitación constante de nuevas acompañantes, quienes en ocasiones no pueden resolver todas las preguntas médicas que una mujer en estado de gestión podría tener. Debido a que el aborto está fuertemente sujeto al discurso médico, y pese a que en las redes se brindan capacitación para acompañar los procesos abortivos, las mujeres se sienten más seguras de recibir información de personal médico, especialmente cuando el acompañamiento está dado por nuevas voluntarias que están en proceso de entrenamiento. Esto significa que acompañar la interrupción del embarazo también requiere desmitificar en varios aspectos el aborto, especialmente los temores infundados sobre los riesgos para la salud de las mujeres, que son abundantes y requiere por lo tanto de preparación y experiencia.

“En las redes también hay obstáculos, por ejemplo, las redes en donde hay llamadas, a veces no les

contestan, no les devuelven las llamadas o hay personas que están recién apoyando la llamada y les dan mal la información” (Nanda, doctora y activista Pichincha, entrevista personal, junio 2022).

El discurso médico también genera ontologías y epistemologías sobre la vida, el ser humano y la muerte que repercuten en la lectura que hacen las mujeres sobre la práctica abortiva. Por ejemplo, durante este estudio personal de la salud nos mencionó que hasta las doce semanas se gesta un embrión, a partir de las doce semanas se gesta un feto y a partir de las 20 semanas el feto ya desarrolla su sistema nervioso, temas que generan dudas acerca de desarrollo gestacional. De acuerdo al personal médico -que vale señalar acompaña interrupciones del embarazo y apoya la despenalización- estas son algunas de las lógicas que subyacen a los plazos discutidos a propósito de la ley. Más allá de cuáles sean las objeciones o aciertos de esta lectura, las mujeres que deciden interrumpir el embarazo encuentran importante esta información. Otra interrogante importante son las repercusiones sobre la salud y el cuerpo de practicar un aborto. Algunas mujeres tienen dudas específicas y prefieren afirmar su decisión una vez comprenden que los procesos y medicamentos son seguros y prescritos por personal médico.

“Yo creo que lo primero que hacen es contactarse con su red de apoyo; no siempre es la más fortalecida, pero generalmente son sus amigas más cercanas. Una vez que se contactan, logran ubicar medios. Generalmente, las mujeres se encuentran hasta ahora -de lo que yo he podido ver, muchas encuentran información en internet, qué es lo más accesible que tenemos. En internet vamos a encontrar información desde muy buena hasta pésima...” (Victoria, funcionaria del Consejo de la Judicatura Azuay, entrevista personal 2022)

Estas redes de acompañamiento juegan un rol fundamental en formar y mantener a través del tiempo alternativas a las rutas de acceso al aborto para las mujeres en el país. Aun así, su alcance es limitado, tanto a nivel geográfico como a nivel de la estratificación rural-urbano del país y las estratificaciones socioeconómicas de las mujeres ecuatorianas. No es una labor que puedan realizar aisladas de un soporte institucional y de que el estado cumpla con sus responsabilidades básicas. Esta es la forma en que una de nuestras informantes describió la complejidad de este trabajo y las limitaciones del mismo sin un soporte más amplio a nivel institucional y colectivo:

“...es un trabajo arduo, y un trabajo que no lo podemos hacer solas, y hay esa corresponsabilidad, o sea nosotras estamos haciendo esto, porque amamos mucho a las mujeres, porque nos queremos mucho, porque queremos vivir felices, libres porque creemos que esto es parte de la justicia social, pero también es una responsabilidad del Estado garantizar unos mínimos de atención en salud, de atención con información libre, clara y oportuna para todas, entonces eso es una deuda gigante que tiene el Estado, por eso también hay tantas complicaciones y muertes, por complicaciones derivadas de abortos inseguros, y también el índice altísimo de embarazos no deseados, justo leía que dos tercios de la población, o sea dos tercios de los embarazos en Ecuador, son no deseados, o sea es muchísimo, es terrible, entonces eso; creo que son también las barreras de no tener recursos económicos. Hay unas barreras tremendas en poder acceder a la información en general y también en conocernos a nosotros, en este caso, que estamos en internet, o sea en redes sociales, en el boca a boca, pero es indispensable tener, por ejemplo, teléfono para poder llamar, entonces desde eso, hay mucha gente que no tiene” (Sol, Organización Feminista Pichincha, entrevistas personal 2022).

Identificamos que incluso algunas mujeres que bajo el marco legal actual podrían acceder a un aborto legal prefieren acudir a redes de acompañamiento pues el trato, la guía, el cuidado y respeto que reciben es de una calidad muy distinta al que reciben en los centros de atención públicos o privados.

4.2 Autogestionar el propio aborto

La alternativa más usada pese a que sea determinado la legalidad del aborto en casos de violación, salud o emergencia médica sigue siendo la autogestión. Esto significa que las mujeres enfrentan los costos y su propio cuidado. Un ejemplo se puede identificar en un fragmento de una de nuestras entrevistas en las que una servidora de salud nos compartió una de sus experiencias con una mujer que deseaba acceder a un servicio de interrupción del embarazo:

“Ella contó en la emergencia, que ella estaba estudiando enfermería, no me acuerdo si auxiliar de enfermería, y ella conocía algo de esto, y que ella se había tomado misoprostol porque quería perder al bebé, y llegó con bastantes dolores... ..de hecho como digo, regresó a la siguiente guardia y la vemos pasar y sabíamos que ya perdió al bebé, entonces sabíamos que ella... o sea hay la probabilidad de que ella hizo algo” (Anónima, entrevista personal, 2022)

De hecho, es común que las mujeres prueben una serie de opciones tanto en la esfera pública como en la privada para poder obtener información y acceder a un servicio de aborto seguro. Como vemos las alternativas a las rutas institucionales de acceso al aborto legal en el país tienen sus propias limitaciones que surgen como producto de las múltiples barreras que hemos descrito y de cómo el estado descarga responsabilidades en cuanto a prestación de servicios de salud y educación a organizaciones de la sociedad civil, y más allá de eso a las propias mujeres que muchas veces enfrentan vacíos y abusos institucionales. En este sentido, el autocuidado es una estrategia legítima y razonable para acceder al aborto, pero además es una forma de autoconocimiento y autoafirmación de las mujeres. Aunque es deber del estado garantizar la salud de las mujeres, y sin quitar esta responsabilidad y deuda, de desarrollarse el autocuidado como política, iniciativa o estrategia de salud pública, y difundirse de mejor forma, podría instituirse como una práctica sin intervención y obstáculos de terceros.

4.3 Límites

Como hemos evidenciado los obstáculos y los comportamientos que obstaculizan el acceso al aborto legal en el Ecuador son múltiples y atraviesan factores familiares, institucionales, del personal de salud, del personal de justicia, entre otros factores. Por esto, una ruta que facilite el acceso al aborto debe generar recursos para negociar y lidiar con estos múltiples obstáculos, formas de solventar comportamientos individuales y falencias institucionales, así mismo como dinámicas locales y nacionales como la centralización del poder, y la carencia de infraestructura adecuada a nivel nacional, particularmente en muchos casos a nivel rural. Es por esto que generar una ruta adecuada va más allá de generar una hoja de ruta o una normativa, requiere de un nivel de cooperación en la práctica mucho más complejo entre múltiples actores, y de manera sostenida en el tiempo. Estos elementos que destacamos se evidencian en el testimonio de una de nuestras entrevistadas:

“...en el tema de salud, esta apertura para que el médico pueda entender y puedan acceder las niñas víctimas de violación a este servicio, en el tema de denuncia todavía falta un montón, porque tenemos a los servidores públicos, que trabajan en las instituciones, que son las responsables del acceso a la justicia, que también son creyentes, sus creencias mueven más que el tema de que tú vas y denuncias a no ser cuestionada, a la revictimización, a que todavía no tienen una área condicionada donde las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual puedan manifestar sus testimonios sin vergüenza, sin temor a que sean escuchadas por los demás usuarios, que están ahí, una de las cosas que yo cuestiono mucho en la fiscalía aquí, yo le pregunté una vez al fiscal, le digo, cómo... yo soy víctima de violencia sexual y vengo a denunciar ¿dónde lo hago? y me decían aquí, y yo miraba ahí y yo decía “pero aquí no hay”... es un escritorio y una silla y atrás está el montón de usuarios, y yo le digo “¿la

víctima tiene que venir a hablar todo lo que le pasó, aquí?” ...es que ni yo, ni yo lo hago. Entonces claro el de ellos es, que no hay presupuesto, es que no hay esto, es que mire,... o sea no es claro, y también decían, pero es que el hospital... claro cuando una víctima, es víctima de violencia sexual, también va a veces al hospital, lo más pronto va al hospital, y en el hospital había como ese enredo de que el hospital tiene que hacer la notificación, de que el perito tiene que ir al hospital, de que a veces el perito no tiene para la movilización, todo eso, ¿no? Entonces yo decía no, esto es... cuando me hacen la socialización de un protocolo de una ruta, digo ¡maravilla!, pero cuando hay todos estos nudos críticos, digo, no va a funcionar, no funciona tan bonito como me lo dicen” (Micaela, Organización de Mujeres Sucumbíos, entrevista personal 2022)

4.4 Recomendaciones y conclusiones

Cerramos este reporte con una síntesis de los hallazgos y una serie de recomendaciones sobre cómo se podría complementar a futuro esta investigación.

Esta investigación ha tenido como objetivo principal el mapear dentro del territorio nacional cuáles son las rutas, barreras y alternativas que existen para aquellas mujeres que buscan acceder a un aborto legal. En función de realizar este mapeo hemos utilizados herramientas de investigación cualitativas, se realizaron entrevistas personalizadas con colaboradoras y colaboradores que están ligadas al acceso al aborto legal en el Ecuador desde distintas ramas y formas de conocimiento. Realizamos entrevistas para recopilar testimonios de personas que hayan acompañado a mujeres que buscaron o se realizaron un aborto, esto nos llevó a entrevistar a personal de salud desde enfermeras hasta doctoras y psicólogas, de la misma forma entrevistamos a mujeres que trabajan dentro de las redes de acompañamiento feministas, a doctores y autoridades de servicios de salud sexual y reproductiva tanto del sector público, como del privado y personas con experiencias en ONG. Adicionalmente, hemos revisado la literatura nacional e internacional en el tema, y revisado documentación relevante para la elaboración de este reporte.

Como resultado hemos detectado las rutas disponibles para que las mujeres accedan a un aborto legal en el Ecuador, así como una multiplicidad de barreras presentes a la hora de acceder a un aborto legal por las dos rutas que la ley contempla en la actualidad: vida/salud o violación. Adicionalmente, se identificó a las redes de acompañamiento feminista y la autogestión del propio aborto como dos alternativas a las rutas institucionales, que como hemos argumentado, contienen numerosos obstáculos que dificultan el acceso masivo al servicio en todo el país. En referencia a las rutas hemos encontrado 2 rutas institucionales que en la actualidad deberían permitir un acceso al aborto legal en el territorio nacional:

1. La ruta para la causal salud o vida.
2. La ruta para la causal violación.

Cabe destacar que es obligación del estado mantener estas rutas operativas tanto en función de proveer la infraestructura de salud, comunicación, información y transporte adecuada a nivel nacional, como también de proveer la preparación adecuada para los funcionarios públicos que intervienen en el proceso a nivel de atención de salud y de procesos legales. De la misma manera se debe tomar en cuenta que si bien estas rutas en la actualidad son imperfectas y en la práctica contienen múltiples obstáculos y barreras, las mismas han sido creadas como logros de las luchas sociales encabezadas por movimientos pro-derechos y movimientos feministas durante décadas.

En cuanto a las barreras, hemos identificado once tipos de barreras presentes para las rutas mencionadas. A continuación, un listado de las mismas:

1. Barreras epistémicas

2. Barreras educativas
3. Barreras de información y desinformación
4. Barreras ligadas a la objeción de conciencia
5. Barreras ligadas a la privacidad
6. Barreras ligadas a la burocratización y manipulación del tiempo
7. Barreras ligadas a las creencias religiosas
8. Barreras ligadas a las creencias sobre la maternidad y el cuerpo de las mujeres
9. Barreras ligadas al miedo a represalias o falta de conocimiento por parte del personal de salud
10. Distancia desde las comunidades rurales más alejadas a los centros de salud

Como podemos observar son barreras que atraviesan todo el tejido social, desde lo personal-individual, hasta lo colectivo y las instituciones que conforman el aparato administrativo del estado. De la misma forma, hemos identificado dos alternativas a las rutas institucionales que actualmente se practican en el Ecuador y que tienen gran importancia en el panorama del aborto seguro dentro el territorio nacional:

1. Las redes de acompañamiento feminista
2. La autogestión del aborto

Estas alternativas constituyen verdaderos canales de gestión del aborto legal y, especialmente en zonas urbanas, se han convertido en alternativas viables para las mujeres que se enfrentan a las múltiples barreras presentes para las rutas institucionales que hacen que el acceso a un aborto legal por vía institucional sea en muchos casos no solo complejo sino desgastante e intensivo en tiempo.

Con este panorama en mente nos permitimos realizar recomendaciones a continuación sobre potenciales cambios que podrían mejorar la actual situación. Primero, argumentamos que para lograr una transformación en el estado actual del acceso al aborto legal en el Ecuador además de propiciar cambios normativos-legales se requiere realizar cambios concertados, sostenidos en el tiempo y con planificación estratégica que apunten a un trabajo conjunto entre los múltiples actores e instituciones en juego. Esto implica, entre otros ajustes, que el estado asuma su rol en la financiación de políticas educativas y de salud integrales, en referencia a la salud y educación sexual y reproductiva. Se requiere ajustar la dimensión de la implementación de políticas públicas, pues las mismas no pueden apuntar solamente al ámbito normativo o al ámbito de la salud, pues como hemos identificado hay una serie de esferas, dinámicas y actores en juego que superan al ámbito de la salud y lo legal. Se requiere de una visión sistémica sobre la dimensión de la intervención requerida, que involucre a las múltiples instituciones y actores que dan forma a las condiciones actuales, incluso más allá de los actores públicos. Esto implica mapear esa ecología de actores y planificar intervenciones que tengan sentido para esa multiplicidad de actores. Segundo, estos cambios no pueden acontecer solamente fuera de la academia y de las instituciones de educación superior, pues como hemos identificado hay una necesidad fundamental de mejorar la formación, el tipo de conocimientos y la ética profesional del cuerpo médico y de los servidores de salud y de justicia. Nos enfrentamos entonces, a la necesidad de una transformación epistémica y a nivel de las prácticas de atención-educación en salud sexual y reproductiva. Tercero, y vinculado al segundo punto el debate sobre el aborto no puede aislarse de una discusión más amplia sobre derechos reproductivos, derechos sexuales, y salud reproductiva y sexual. Esta discusión ha sido postergada y limitada durante mucho tiempo, y todos los ecuatorianos, particularmente los jóvenes necesitan una formación abierta sobre sus derechos y responsabilidades sexuales, además de un acceso más amplio a fuentes de información sobre salud y disfrute sexual, y acceso a infraestructura adecuada que soporte estas prácticas educativas y de discusión social.

Referencias

- Beynon-Jones, Siân M. 2013. «'We View That as Contraceptive Failure': Containing the 'Multiplicity' of Contraception and Abortion within Scottish Reproductive Healthcare». *Social Science & Medicine* 80 (marzo): 105-12. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.004>.
- Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fried, Marlene Gerber. 2000. «Abortion in the United States: Barriers to Access». *Health and Human Rights* 4 (2): 174. <https://doi.org/10.2307/4065200>.
- Gomez de la Torre, Castello y Cevallos. 2016. *Vidas robadas: entre la omisión y la premeditación*. Fundación Desafíos, Quito.
- González Vélez, A. C., & Castro, L. (2016). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*.
- Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador et. al. 2020. *Informe sombra al comité CEDAW 2020*. Centro de Publicaciones PUCE, Quito, 2020
- Jerman, Jenna, Lori Frohwirth, Megan L. Kavanaugh, y Nakeisha Blades. 2017. «Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States: Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49 (2): 95-102. <https://doi.org/10.1363/psrh.12024>.
- Jimenez, Vera y Vera 2021. *Informe Acceso al Aborto en Ecuador*. Surkuna, Quito.
- Kavanaugh, Megan L., Jenna Jerman, y Lori Frohwirth. 2019. «'It's Not Something You Talk about Really': Information Barriers Encountered by Women Who Travel Long Distances for Abortion Care». *Contraception* 100 (1): 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.048>.
- Murphy, Michelle. 2012. *Seizing the Means of Reproduction: Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*. <https://doi.org/10.1215/9780822395805>.
- Olson, Rose McKeon, y Solomon Kamurari. 2017. «Barriers to Safe Abortion Access: Uterine Rupture as Complication of Unsafe Abortion in a Ugandan Girl». *BMJ Case Reports*, octubre, bcr-2017-222360. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-222360>.
- Parra Rodríguez, Laura. 2021. «'Es gratis, pero es demasiada volteadera'. Percepciones sobre la espera en mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación en Colombia». *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 42: 107-131. <https://doi.org/10.7440/antipoda42.2021.05>
- Ramazzini y Peruch. 2019. *Vidas silenciadas: una tragedia de la que no se habla*. Flacso-Guatemala.
- Sufrin, Carolyn. 2019. «When the Punishment is Pregnancy: Carceral Restriction of Abortion in the United States». *Cultural Anthropology* 34 (1): 34-40. <https://doi.org/10.14506/ca34.1.06>.
- Surkuna, «Acceso al aborto en el Ecuador 2021». Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. Quito, Ecuador. <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2021/09/FINAL-informe-acceso-al-aborto-2021.pdf>
- Zaragocin, Sofia, Maria Rosa Cevallos, Guglielmina Falanga, Gabriela Ruales, Iñigo Arazola, Veronica Vera, y Amanda Yopez. 2018. «Mapeando la criminalización del aborto en el Ecuador». *RBD. Revista de Bioética y Derecho*, mayo, 109-25. <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.21641>.



kaleidos
Centro de Etnografía
Interdisciplinaria