

“Así el bebé esté sin cabeza, ese bebé no se puede abortar”: resistencias al acceso de las mujeres al aborto terapéutico*

Recibido: 23/08/2019
Aprobado: 10/10/2019

ANGÉLICA MOTTA OCHOA
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
angelicamotta1@gmail.com

XIMENA SALAZAR LOSTAUNAU
Universidad Peruana Cayetano Heredia
ximena.salazar@upch.pe

RESUMEN

Este artículo trata sobre las dificultades de acceso al aborto terapéutico (AT) a partir de la descripción y análisis de momentos clave de la ruta crítica seguida por cinco mujeres peruanas en su intento de acceso al mismo. Los casos aquí tratados muestran alta resistencia por parte del sistema de salud de proveer acceso al AT, aun cuando es vigente por ley desde 1924, ratificado en 1991 y cuenta con protocolo desde el 2014. La ruta proseguida por las mujeres participantes de este estudio se muestra como un proceso de ejercicio de violencia estructural, donde la lógica de control del cuerpo de las mujeres a través del mandato de maternidad como principal motivación del sistema se devela como fundamental, dada la inviabilidad de la vida de los productos del embarazo.

Palabras clave: Aborto, aborto terapéutico, violencia estructural, violencia obstétrica.

“Even if the baby is missing his head, there can be no abortion”: Opposition to therapeutic abortion access for women

ABSTRACT

This study examines the obstacles to access therapeutic abortion (TA) based on the description and analysis of the crucial moments in the critical path followed by five Peruvian women trying to gain access to the procedure. The cases hereafter mentioned show the strong opposition by part of the health system in providing access to TA. Even when prevailing law exist since 1924, ratified in 1991, and an approved protocol since 2014. The path taken by the women who participated in this study proves control over women's bodies through the mandate of motherhood, when the product of conception is not expected to survive, to be fundamental to the process of structural violence in the system.

Keywords: Abortion, Therapeutic abortion, Structural violence, Obstetric violence.

* Artículo basado en estudio realizado para el Instituto de Paternidad Responsable (INPPARES).

1. Antecedentes

El debate sobre el aborto sigue sin encontrar un derrotero positivo para las mujeres debido al falso dilema entre “el derecho a la vida desde el momento de la concepción” y el derecho a la libre decisión de las mujeres sobre su cuerpo (Piekarewicz, 2015). La primera postura, defendida por los grupos autodenominados “provida”,¹ se sustenta en discursos sobre la “autonomía del embrión” o el “proceso de autonomización del feto” (Luna, 2009). Según dichos discursos, el cigoto —embrión— feto (*zef*)² es titular de derechos y en caso la mujer deseara interrumpir el embarazo, existiría un conflicto de derechos en el que debería primar el “interés superior” de dicha entidad, considerada una persona autónoma cuyos supuestos derechos se posicionan sobre los derechos de la mujer gestante. La postura que defienden los sectores conservadores, opuestos al aborto y a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, se funda en la premisa de que la condición de individuo se adquiere indefectiblemente a partir de la fecundación, momento en el cual el óvulo fecundado, además, adquiere la condición de “persona”, igualándolo así con cualquier ser humano ya nacido (Morán Faúndes *et al.*, 2011).

Los discursos de los grupos conservadores apelan a un lenguaje que pretende apoyarse en la biología para ganar legitimidad, sin embargo, se sabe que la trayectoria del óvulo fecundado, desde una perspectiva biológica, no necesariamente concluye en “una vida”, y que podría desarrollarse como una deformación, por lo cual es un error adjudicarle un estatus de ser viviente con derechos antes del nacimiento (Piekarewicz, 2015). Es decir que además de la perspectiva de derechos, aquello que se sabe desde la biología provee argumentos en favor del derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo, asunto que debería ser abordado con una perspectiva gradual e incremental en relación al desarrollo del *zef* (Sandoval y Laguna, 2018).

Cabe resaltar, sin embargo, que afirmar el derecho de decisión exclusivo de las mujeres sobre la interrupción del embarazo no se asocia a la valoración de la maternidad como un atributo esencial de las mujeres (Silva, 2014), sino

1 En el Perú, como en diversos países de América Latina, se autodenominan “provida” a aquellos grupos que defienden una agenda moral contraria al derecho al aborto y que proceden fundamentalmente de sectores religiosos católicos y evangélicos.

2 Tal como lo propone Rostagnol (2008), en este artículo se utilizará *zef* cuando se haga referencia de manera general al producto del embarazo en cualquier fase del mismo. Sin embargo, se podrá usar cigoto, embrión o feto de manera específica cuando la argumentación amerite dicha precisión. Otra manera de referirnos al *zef* será “producto”.

que corresponde al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Aún en la actualidad la vida privada de las mujeres, sus cuerpos y sexualidades se ubican en campos de subordinación (Rostagnol, 2016), particularmente referidas a las relaciones de poder de género. Un aspecto de gran importancia lo constituye el control de la reproducción condicionando la autonomía de las mujeres a ese respecto (González, 2011). Como dice Rostagnol (2016, p. 36): “Las relaciones de género y las políticas del cuerpo y de la reproducción se ponen en juego cada vez que una mujer está en situación de aborto y que un ginecólogo se enfrenta a ella”.

La ideología conservadora ha tenido tal eficacia (De Mattos, 2008) que, en nuestro país, salvo el aborto terapéutico (AT), toda otra modalidad de interrupción del embarazo ha sido condenada como pecado por la religión y tipificada como delito por la justicia. Esto último nos habla del lugar del Estado como actor clave en la consolidación del control sobre el cuerpo de las mujeres desde una biopolítica al servicio de las jerarquías de género patriarcales que impone regulaciones desde una lógica punitiva. Así, la penalización pasa a ser la perspectiva desde la cual se piensan, se regulan y se resuelven de manera institucional los abortos (Ramón y Cavallo, 2017, p. 37).

Se penaliza a la mujer que aborta y a quien practica el aborto, aunque este se de en las mejores condiciones sanitarias. Se penaliza a mujeres o adolescentes violadas, quienes sufren las consecuencias de estas leyes basadas en prejuicios. No obstante, en el caso del AT, si bien este es permitido en nuestro país, una buena parte de los profesionales de la salud continúan procediendo con las ideas del “derecho a la vida desde la concepción”, incluso cuando el *zef* no tiene un buen pronóstico de desarrollo, o la salud de la mujer se encuentra en riesgo. Así, no son pocos los casos en donde los y las profesionales de la salud manejan este sentido común (Irrazábal, 2015) invocando motivaciones religiosas o apelando a argumentos jurídicos para objetar una práctica de AT (Morán Faúndes *et al.*, 2011) y sometiendo a la mujer a una victimización reiterada en cada etapa del proceso (González, 2011).

En el Perú, el aborto está penalizado desde 1863, año en que fue aprobado el primer Código Penal. Seguidamente, el Código Penal de 1924 estipuló la regulación y sanción de todas las formas de interrupción del embarazo: el aborto propio, el aborto consentido, el aborto no consentido, el aborto perpetrado por profesionales y el aborto preterintencional; y establecía como única figura no punible el AT (CLACAI, s/f). El Código Penal en su artículo 119 establece que: “No es punible el aborto cuando es realizado por un médico

con el consentimiento de la mujer o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar daño grave y permanente en su salud”. Para entender los alcances de la ley, cabe mencionar que la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), se refiere a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El Perú es uno de los países en América Latina con mayores restricciones para el aborto. No obstante, tiene altas tasas de aborto inducido de aproximadamente 400 mil cada año (Cabrera *et al.*, 2008), la gran mayoría clandestinos, y un número considerable de estos por razones de salud (Carreón, 2014), a pesar —como ya se ha dicho— que el AT es legal desde el año 1924 y refrendado en 1991 (Aspilcueta *et al.*, 2015).

Hasta hace pocos años muchas solicitudes de AT eran rechazadas, obligando a las mujeres a continuar con el embarazo y exponiéndolas a graves riesgos para su salud (Cabrera *et al.*, 2008). Un problema adicional que recogían estos mismos autores era que las solicitudes de AT no se registraban en los establecimientos de salud donde se aceptaban y atendían. Recién en junio del 2014 se aprobó la “Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119” (MINSA, 2016), a ser implementado en todos los hospitales públicos del Perú. A pesar de ello, aún hoy numerosos proveedores de salud se rehúsan a informar sobre este procedimiento, probablemente debido al estigma relacionado con esta práctica. Así mismo, las tecnologías para el AT no se encuentran aún estandarizadas, mientras que su implementación, equipamiento e insumos suelen ser limitados. En este sentido ForoSalud (2018) ha identificado: i) una deficiente difusión y capacitación del personal de salud; ii) desconocimiento de los procesos de AT cuando, por complicaciones, la salud y la vida de las mujeres está en riesgo; iii) prejuicios morales y religiosos del personal de salud que continúan vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y iv) la existencia de barreras administrativas y presupuestales para su total implementación en el país.

Para fines de la argumentación a ser desarrollada en este artículo, resulta relevante destacar que el inciso 6, artículo 11 de la referida “Guía...”, permite que mujeres gestantes con productos con malformaciones puedan acceder al AT invocando las graves afectaciones de un proceso de embarazo como este para su salud mental.

2. Metodología

El enfoque metodológico de la investigación en la que se basa el presente artículo es cualitativo y el método principal ha sido la ruta crítica.³ Esta es reconstruida a partir de la técnica de entrevista en profundidad y en cada caso se enmarca en el relato de vida de las mujeres, relato que comprende aquel periodo en que se dio su intento de acceso al AT. A partir de una guía de preguntas, se abrió la posibilidad de que las mujeres relaten una sucesión de eventos que develaron sus percepciones, recursos, respuestas, decisiones y acciones, los cuales habrían funcionado como impulsores o inhibidores en la ruta de búsqueda de soluciones desde el momento en que supieron de la gestación, durante la búsqueda del AT y finalmente el logro o no de este procedimiento y sus consecuencias. Todo ello en el contexto de sus vínculos sociales más significativos y sus condiciones de vida más amplias.

Las entrevistas en profundidad que reconstruyeron la ruta crítica en el marco de los relatos de vida de las mujeres se complementaron con entrevistas en profundidad con personas allegadas a la mujer foco de cada caso (familiares, personal de salud, etc.) que la acompañaron en el proceso. Esta información funciona como complemento.

La narrativa de las mujeres sobre su experiencia vinculada al AT es el recurso empírico–teórico clave del que parte este estudio, ya que de manera explícita se busca colocar en el centro de la problemática el punto de vista de las mujeres (Harding, 2002). Para ello, se recoge las narrativas de cinco mujeres, se reconstruyen los procesos desde los aspectos que ellas consideran más relevantes y de las maneras que fueron experimentados por ellas. En ese sentido, cabe aclarar que aquí no se hizo un levantamiento de información de historias clínicas, ni se buscó total precisión en la descripción de aspectos biomédicos. Si bien, en algunos casos, se tiene como apoyo lo relatado por prestadores de salud (obstetra o psiquiatra), se trata de información de soporte en términos de la situación de la mujer y los pasos de la ruta, y no específicamente para la precisión de los procesos biomédicos.

El recojo de información se realizó entre junio y julio del 2018, en el marco de un estudio que fue patrocinado y contó con el acompañamiento técnico de INPPARES y donde colaboraron en el proceso de reclutamiento de participantes la abogada María Ysabel Cedano, del Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), y la obstetriz Naysha Becerra. De las cinco

3 Adaptado de: Protocolo de Investigación “La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.” Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C., 1998

mujeres que participaron de este estudio, cuatro vivieron el proceso en Lima (KL, E, G y M) y una en Lambayeque (R). Se trata de mujeres de condiciones socioeconómicas y edades diversas:

- KL tenía al momento de la entrevista treinta y cuatro años, pero intentó acceder al AT cuando tenía diecisiete. En aquel momento acababa de terminar la secundaria, vivía con su familia de origen (padre, madre y hermanos) en Lima y posteriormente viajó a España donde ha tenido acceso a educación superior y donde reside actualmente.
- M tenía veinticuatro años al momento de la entrevista y cuando intentó acceder al AT tenía diecinueve, tiene estudios superiores y trabaja en una empresa familiar de eventos, vive en Chosica con su madre, hermanas, tíos y primos.
- R tenía treinta y seis años al momento de la entrevista, el intento de acceso al AT fue el año anterior a la entrevista, ella ha estudiado hasta el tercer grado de secundaria, es ama de casa y tiene una bodega, vive en el caserío de San Isidro en el área rural de Lambayeque con su pareja y dos hijos.
- E tenía cuarenta y tres años al momento de la entrevista, el intento de acceso al AT fue pocos meses antes de la entrevista. Tiene estudios superiores y trabaja en un negocio familiar, vive en el distrito de Surco. Está casada y tiene dos hijos.
- G tenía veinticinco años al momento de la entrevista, realizó el AT tres años antes. Es obstetriz, trabaja en un consultorio privado y vive en San Juan de Miraflores con sus padres.

Para este estudio se utilizó el consentimiento previo, libre e informado que garantizó la voluntariedad de la participación, con conocimiento detallado de lo que implicaba, lo mismo que confidencialidad y privacidad sobre la información proveída. No existió presión de ningún tipo para la participación de las mujeres, quienes eran todas mayores de edad.

3. Hallazgos

En todos los casos estudiados el tema de un posible AT está vinculado con el diagnóstico de embarazo de un feto⁴ con problemas graves que hacen (al-

4 Una vez concluida la etapa embrionaria, luego de las 8 semanas de la fecundación, el producto del embarazo recibe el nombre de feto. Es en esta etapa que las dificultades son diagnosticadas y comienza la búsqueda

tamente) inviable su vida más allá del embarazo. Se trata de casos en que el acceso al AT estaría justificado por tratarse de embarazos que arriesgan a estas mujeres a sufrir graves daños en su salud mental. En el caso de R además se dieron graves daños a su salud física. En todos ellos, las mujeres pasaron por establecimientos de salud, públicos y/o privados. Los cuatro casos en Lima, incluyen en algún punto de su ruta a la maternidad de Lima, institución descrita como lugar de referencia central cuando se trata de embarazos de fetos con problemas. En todos los casos, las mujeres gestantes encuentran dificultades para un acceso oportuno y adecuado al AT. A continuación, damos cuenta de dichas dificultades y proponemos una interpretación socio antropológica de las lógicas que las sustentan.

3.1 Estrategias de resistencia: no informar, desinformar, alargar procesos burocráticos

Las estrategias de resistencia que presenta el sistema de salud para impedir a las mujeres el acceso al AT son diversas y se refieren en gran medida al manejo inadecuado de la información y la burocratización del proceso en un contexto en que la eficiencia a lo largo de la ruta es de la mayor importancia dado que las mujeres están contra el tiempo por el avance que cada día ocurre con el embarazo y los límites de tiempo existentes para que el procedimiento de AT pueda ser realizado (22 semanas).

Entre las participantes del estudio encontramos que una vez que el respectivo establecimiento de salud confirma los problemas de viabilidad de vida de los fetos, solo una de ellas (G) es informada de manera clara y oportuna sobre la posibilidad del AT. En el caso de E, por ejemplo, ella pasa por todo un proceso de diagnóstico y sucesivas consultas con su médico en una clínica privada transcurso en el que nunca se le informa sobre la posibilidad del AT. Solo luego de una búsqueda individual de información en internet por la cual llega a una plataforma de información sobre el tema⁵ es que termina visitando la maternidad de Lima, donde le informan de la alternativa de AT. Siendo consciente de su derecho de acceso al AT decide hacer todo lo que está en sus manos para que la clínica, en la que estaba asegurada, le brinde el servicio, asunto que describe como una lucha muy tenaz:

da del AT de modo que para la parte de hallazgos nos referiremos al producto del embarazo generalmente como feto.

5 “Decido yo” (INPPARES).

[...] uno va frágil emocionalmente, este, se va mal, y ellos realmente no hay esa ayuda, no hay, ellos tratan de botarte, tratan de ponerte a un costado para que uno se retire, entonces hay que luchar (E).

En el caso de R, en que además de la incompatibilidad con la vida del feto había un gran riesgo para su salud física, dado que toda la piel de su abdomen había perdido flexibilidad por una quemadura en la niñez y el avance del embarazo le ocasionaba fuertes dolores; no solo no se le informó del AT, sino que conversaciones con el personal de salud la persuaden de persistir con el embarazo.

Al principio, yo no quería [tenerlo] por, como le decía, por mi salud. Después ya la doctora me dijo que, ya con las charlas que me dieron la psicóloga, ya, y me preguntó pues, yo ya al último le digo, que sí lo quería tener porque era mi hijo pues, sea como sea que venía al mundo, ya tenía que criarlo (R).

Además de la falta de información oportuna sobre el procedimiento de AT o de la transmisión de información equivocada o de la persuasión para continuar con el embarazo, una modalidad presente para bloquear la posibilidad de acceso al AT que reportan las entrevistadas son las dilaciones en los procedimientos burocráticos. Luego de lo cual es posible que se llegue al límite de tiempo de embarazo en que es permitido o posible:

se alargaba porque todo esto no era en un solo día, era burocracia, era como de aquí, envías este escrito pues te responden en 15 días, venía, me volvían a responder que no, me decían que vuelva a hacer otro escrito y así. Y bueno pues cuando, en todo esto, yo ya tenía 3 meses y medio de embarazo, entonces no se me podía practicar el aborto, aunque me dijeran que sí ya no se podía, por ley (KL).

[...] lo que más demoró, fue la ecografía, no me aceptaban mis ecografías hechas en otro lado, tenía que hacerme una ecografía ahí, y para esa ecografía demoraban dos semanas más, entonces yo ya estaba en la semana 15 más o menos cuando me hicieron la primera ecografía, entonces, yo para la semana 14, 15 yo ya sentía mi barriga, ya había crecido, entonces cada día para mí era más, este, más deprimente, más o sea, era horrible cada día (E).

3.2 “Crimen” y castigo: episodios de violencia obstétrica

Además de una resistencia velada bajo el manto de la falta de claridad y el alargamiento de los procesos burocráticos, el testimonio de varias de las mu-

eres entrevistadas nos muestra una actitud abierta y directamente cruel y hostil a lo largo del proceso. Así, en el caso de E, además de dársele información equivocada sobre las posibilidades de acceso al aborto terapéutico en la clínica privada donde se atendía, se le vuelve a dar información equivocada en la maternidad de Lima pero además de una manera que constituiría un caso de violencia obstétrica por el abuso verbal implicado.

[...] de frente con una mirada y una actitud, así como gritándome me dice “¿sabe qué señora? Los abortos están prohibidos a no ser que la vida de la madre corra riesgo”. Me dijo una cosa que nunca me voy a olvidar, “así el bebé esté sin cabeza, ese bebé no se puede abortar, solo si la vida de la madre corre riesgo, usted lo sabe ¿no?” Sí le dije, doctor, y efectivamente le dije así, “prácticamente mi hijo está sin cabeza, porque su sistema nervio central no está conectado con el cerebro, y si el doctor Huamán a mí me hubiera dicho, señora sí hay posibilidades de operarlo a su hijo, yo no estaría acá con usted” (E).

La información es equivocada porque no solo el riesgo de vida de la madre es una justificación para el aborto terapéutico sino el daño grave a su salud y en estos casos existe un grave riesgo para la salud mental de las mujeres. Cabe mencionar que la salud mental de E ya era muy frágil en ese momento pues su hijo mayor había tenido recientemente un intento de suicidio y el escenario que se le planteaba: pasar por un embarazo para asistir a la muerte del feto en su vientre o del bebé ya nacido, era demasiado para ella.

[...] “doctor” le dije “este no es un problema genético, el bebito tiene ese problema y no hay pronóstico de vida”. “Ah, ya, entonces lo que hay que hacer es esperar que ovite, o si nace, esperar que nazca y ya está”. [...] Entonces yo le dije, “doctor entonces voy a tener que esperar, o sea ¿que el bebe ovite, que muera dentro de mí, o si no muere, que crezca y después que nazca y va a morir, yo voy a tener que esperar verlo morir y todo eso?” Entonces (llora) “sí” me dijo, “porque acá el aborto no está permitido, y cosas así” (E).

En el caso de KL, una forma de violencia obstétrica que es repetida una y otra vez en su narrativa es que a lo largo de todo el proceso que siguió en la maternidad de Lima ella sintió que la responsabilizaban y culpaban de todo lo que le estaba pasando. El sentimiento de culpa la acompañó hasta años después:

[...] yo cuando me fui del Perú, yo seguía pensando que era mi culpa, y he estado años, años pensando que era mi culpa y que todo lo que había pasado era, me lo merecía. Y he tardado muchos años en darme cuenta que no” (KL).

Por su parte G describe como la parte más crítica de su proceso con el AT la falta de privacidad, pues el procedimiento se hizo frente a otras pacientes. Adicionalmente, cuando se encontraba ya descansando, en la fase de recuperación una médica la culpabiliza de manera violenta banalizando su situación de salud mental y esto nuevamente frente a otras pacientes. Estos hechos parecen configurarse como medidas punitivas, como castigos ejemplares:

[...] esa doctora sí, asu, ella sí me hizo sentir pero mal, [...] Pasó por mi cama al hacer la visita médica, y cuando miró mi historia, yo estaba post operatorio [...] “¿Y esta señora porqué ha abortado? ¿Qué o sea qué, porque le da la depresión ahora abortan?” O sea, ya había pasado por todo ese proceso y ¿encima me echas la culpa de lo que ha pasado? Más culpable me hace sentir. [...] “¿Qué ahora porque les da depresión a las señoras abortan? Pobre criatura” [...] o sea tratándome mal, como que era la mala de la película, algo así (G).

Cabe mencionar que en el caso de G su permanencia en un lugar compartido con otras mujeres fue particularmente difícil para ella; porque había situaciones que la confrontaban con el tema de la maternidad lo que en ese momento ella evalúa como chocante: “[...] yo veía al frente a una señora que estaba con un embarazo general, al otro lado con su hijita, entonces a mí, era cosa muy, que te chocaba” (G).

En este contexto de vulnerabilidad emocional en que transcurre el proceso de AT, estos actos de violencia obstétrica son particularmente lesivos de la salud mental de las mujeres. G, por ejemplo, señala que a ella le tomó 3 años recuperarse de la depresión que se le desató luego del proceso.

[...] la psiquiatra me acuerdo que me dio anti depresivos, sí me dio, en el hospital y como yo había estado botando leche, me dieron pastillas para cortar la leche. Pero yo bueno, en mi cuarto, súper deprimida, lloraba todos los días (G).

Además, las prácticas culpabilizadoras y de punición de las mujeres en esta situación por parte del personal de salud, explican por qué para KL resultaba tan importante que como forma de reparación el Estado le pidiera disculpas públicas y con ello este asumiera la responsabilidad por todo el sufrimiento que tuvo que pasar y del que se la hizo responsable.

[...] ahora mismo yo soy la persona que soy por todo lo que me ha pasado, pero fueron muchos años o sea de dolor, de lucha conmigo misma, de yo darme cuenta de que todo esto no había sido mi culpa porque a mí, prácticamente me habían manipulado para que yo tenga esto en la cabeza de que la culpa era toda mía, el 100% es que además nadie culpaba a mi pareja, solo me culpaban a mí, yo había

“abierto las piernas”, de hecho una persona o sea que hoy en día ahora soy una persona con mucho carácter, en ese entonces era muy joven, pero no solo joven sino que no tenía nada de carácter, era diferente. Entonces yo ahora me hubiese gustado las disculpas públicas, que acepten que lo hicieron mal (KL)

Otra forma de violencia la constituyen la serie de negligencias a las que, por ejemplo, fue sometida R, quien no recibió la debida atención a pesar de los altos niveles de dolor que experimentaba y la gravedad de su caso. Un punto álgido de esta atención negligente fue cuando, estando ya en un estado bastante avanzado de gravidez (cinco meses) y con los riesgos y dolores exacerbados, los profesionales deciden practicarle el AT, pero luego de darle la pastilla de misoprostol el proceso es interrumpido por uno de los médicos, quien señala que continuar sería de alto riesgo por la posibilidad de hemorragia en un establecimiento que no contaba con banco de sangre. En esta circunstancia donde lo que correspondía era derivarla a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, la devuelven a su casa. Asunto que la obstetra del puesto de salud de su localidad describe de la siguiente manera:

Han debido derivarla a un hospital de mayor capacidad resolutive, el más grande de Chiclayo, así es el protocolo si el establecimiento no puede resolver tiene que derivar a uno de mayor complejidad. Puede llegar hasta Lima y no debieron mandarla de vuelta a su casa y que se aguante. Ella siempre me decía “me han dicho que tengo que aguantar por mi bebito”. La lógica fue “me lavo las manos” [...] Yo creo que lo que ha faltado es humanidad en el trato, han tenido una actitud bien conservadora, “súfralo sola, cuando venga el parto ahí la ayudamos” (obstetra PS).

Una vez en casa R tuvo que regresar en sucesivas oportunidades al servicio de salud a causa de las crisis de dolor, asunto que resultó no solo un gran sufrimiento para ella sino también para sus familiares, en particular para su pareja.

[...] se ponía bien mal, bien mal se ponía, como le digo le ponían ampollas, suero, así tranquilizaba, se recuperaba, dos tres días estaba, claro ya no muy exigente el dolor, de ahí le volvía y había que llevarla al hospital de nuevo. Hasta que los días han ido pasando, meses, meses, y acá lo tuve como 8 días lo tuve acá, pero así, hasta que ya llegó que el doctor dijo ya, ya llega el parto, y la llevé a Motupe nomás acá a la posta, y el doctor dijo que lo lleve al hospital (esposo de R).

[...] no deseo que alguien pueda pasarle esas cosas, nadie, nadie, ya me estoy olvidando ya un poco, me estoy olvidando lo que pasó, el dolor que sentí en carne propia, que no le deseo a nadie es muy triste ese caso, para mí es triste, bien doloroso es (esposo de R).

3.3 Maternidad y duelo

Dada la falta de acceso oportuno al AT, con el pasar del tiempo y el desarrollo del embarazo, empieza a generarse un vínculo afectivo entre la mujer y el feto a quien, en menor o mayor medida, la gestante comienza a singularizar (Boltanski, 2004) es decir a dar el estatuto de ser humano. Lo que añade grandes dosis de sufrimiento a este ya penoso proceso.

[...] aun sabiendo todo el problema [...] yo me cegaba, yo hacía a un lado lo que realmente estaba pasando y era más la pena pues ¿no? [...] Me daba pena, o sea, es como que ya, pasaba el tiempo y tú te encariñas, con algo, o sea, esté bien o esté mal, tú tienes algo adentro y te encariñas (M).

Esto va ocurriendo a medida que se dan procesos propios del avance del embarazo como los movimientos del feto y la producción de leche, los que son experimentados y adquieren sentido desde los significados que ellas les otorgan en relación con los mandatos y concepciones asociados a la maternidad. El caso de KL es extremo en este sentido ya que ella tuvo que completar el embarazo y la bebé vivió por tres días, tiempo en el cual KL incluso le dio de lactar, lo que pudo ser evitado dándole a la bebé alimentación especial los días que lo requirió. Adicionalmente, luego de la muerte tuvo que retirar el cuerpo de la morgue, vestirla y organizarle el funeral (Demus, 2016)

[...] a mí todos me decían, todos, los doctores, la psicóloga, la psiquiatra me decían lo que iba a pasar al final, el bebé iba a morir nada más al nacer y ya, al dar a luz, yo pregunté por él, era una niña, y vivió 3 días más, claro, esos 3 días, pues aún pensaba yo que todos se habían equivocado y que iba a seguir viviendo, porque en principio tenía que haber, haber nacido ya y morir en pocas horas y no pasó así, fueron 3 días. ¿Tú la viste, tuviste contacto? Sí, sí, yo la vi. Yo la vi llorar, le di de lactar, fue muy duro (KL).

Vale la pena resaltar que, cuando tenía 6 meses de embarazo, en la maternidad de Lima a KL le hicieron acudir a clases de parto y maternidad

Llegó a un salón lleno de mujeres de 15, 16 o 17 años –como ella– algunas acompañadas por sus parejas o por sus madres; otras solas. Aprender a ser mamá, darle la bienvenida al bebé, consejos para cuidar al recién nacido ¿Qué hago yo aquí? Pensó (Demus, 2016).

En el caso de E, hacia la semana 17 de embarazo, cuando finalmente la junta médica aprueba el AT, ella había pasado por una lucha tan larga y desgastante con la clínica que se encontraba sumamente afectada en su salud mental, tomando pastillas para la depresión. A la vez comenzaba a sentir los movimientos del feto cada vez más constantes lo que le generó dudas sobre si debía someterse al AT o no. La semana 20, que es cuando dicho procedimiento debía tener lugar, E ya había desarrollado una resistencia hacia el mismo. Finalmente, es por el apoyo activo del esposo que accede a realizárselo.

4. Discusión y conclusiones

En este estudio hemos querido problematizar las prácticas de los y las profesionales de la salud, como parte del funcionamiento del sistema de salud, en confrontación permanente con los deseos y sentimientos de las mujeres en búsqueda de acceso al AT. Una primera constatación es el poco aprecio por la sensibilidad y el bienestar de las mujeres al dificultárseles el acceso al AT. Esto afirma lo que varias investigadoras y académicas feministas han venido advirtiendo (Rostagnol, 2016) en relación a la resistencia y baja empatía de servidores y servidoras de salud para con mujeres en esta situación.

El estudio muestra también que las mujeres que optan por el AT se encuentran en un estado de profundo temor y vulnerabilidad, no es una solución fácil y clara para ellas, de no ser inviables los fetos la mayoría de ellas hubiera preferido proseguir con el embarazo; además, en medio del proceso y conforme va pasando el tiempo incluso surgen momentos ambiguos en que se esperan y quieren creer que tal vez los problemas médicos pueden ser solucionados. Es decir enfrentan complejos procesos emocionales y también éticos y morales que los y las propios profesionales de la salud deberían ayudar a disipar, y no, como hemos visto que ocurre, contribuir a agravar incrementando la culpa y generando o agravando las afectaciones a la salud mental de las mujeres que en esta situación se ve seriamente comprometida.

El aborto terapéutico debería ser tratado como un procedimiento de salud pública y también ser considerado como un derecho reproductivo, de allí la importancia del acompañamiento profesional. Sin embargo, como lo demuestra lo aquí presentado, son muy frecuentes los casos violatorios de los derechos humanos de las mujeres, que les generan riesgos a su salud física y mental. Es importante señalar que de entre las participantes quien mostró mayores dificultades en cuanto al acceso adecuado a servicios de salud a lo largo de su proceso fue R, el único caso fuera de Lima y además correspondiente a un poblado rural, lo que nos habla de la mayor vulnerabilidad que enfrentan las mujeres en dicho contexto.

No existe en estos momentos, pese a los cambios que se han venido dando en relación al AT en el Perú, un reconocimiento de la autonomía de las mujeres; ya que cuando se plantea la posibilidad de un AT, inmediatamente la maquinaria de control médico, como parte del sistema patriarcal, se pone en funcionamiento para actuar como freno del mismo. En los casos de embarazos de fetos con problemas de gravedad e incompatibles con la vida el objetivo de control patriarcal se desnuda por completo ya que no existe probabilidad de sobrevivencia del producto luego del parto. Lo que se hace particularmente evidente en escenas concretas de trato insensible alrededor del producto del embarazo. En uno de los casos el recién nacido es tomado por el médico “*como si fuera un tamal*” (esposo de R). En otro caso (E), luego del procedimiento los profesionales de salud no respetan el deseo de la mujer de saber, por ejemplo, el sexo, e ignoran cualquier otra pregunta que ella quiera hacer sobre el producto del embarazo.

La fuerte resistencia a dar acceso al AT por parte de establecimientos de salud, públicos y privados, que muestran los casos aquí tratados, más que una preocupación por la salud de las mujeres o por el producto del embarazo, parecen demostrar una férrea lealtad al mandato patriarcal de control sobre los cuerpos de las mujeres. Asunto que se despliega forzando el mandato de maternidad de formas violentas como: el abuso verbal culpabilizante y con visos de castigo ejemplar; y también a través de procesos burocráticos y de desinformación que alargan tanto el tiempo para la realización del AT que se generan condiciones para que las mujeres creen vínculos con el producto, luego de lo cual la inevitable muerte las confronta con dolorosos procesos de duelo. Nos encontramos ante el despliegue de una pedagogía de la maternidad altamente cruel, una suerte de sado-maternismo, que desde el sistema de salud se pone al servicio del control del cuerpo de las mujeres.

Bibliografía

- Aspilcueta-Gho, D. y Ramos Chávez, I. (2015). Proceso de aprobación e implementación de la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal”. Para atender casos de aborto por causal salud o terapéutico en el Perú. *An Fac med.* 2015;76(4):397-406 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11410>
- Boltanski, L. (2004). *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y del aborto*. Madrid: Akal
- Cabrera, S., Gutiérrez, M., Mascaro, P. y Silva, C. (2008). *Aborto Terapéutico desde los Servicios de Salud*. Lima: PROMSEX. <https://promsex.org/publicaciones/aborto-terapeutico-desde-los-servicios-de-salud/>
- Carreón, S. (2014). *El protocolo de Aborto Terapéutico como Reivindicación de la Ciudadanía Sexual de las Mujeres en el Perú*. Buenos Aires: PRIGEPP-FLACSO. https://www.academia.edu/14259102/Aborto_Terap%C3%A9utico_y_Ciudadan%C3%ADa_Sexual_en_Per%C3%BA
- CLACAI (s/f). *El aborto en el Perú*.
- De Mattos, M. F. (2008). Sonoro Silencio: Por Uma História Etnográfica do Aborto. *Estudos Feministas, Florianópolis, 16(2)*, 440. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200024.
- DEMUS (2016). *Mi cuerpo es mío*. Lima: DEMUS
- ForoSalud (2017). *Informe de Vigilancia Ciudadana sobre la implementación del Protocolo del Aborto Terapéutico en 10 regiones del país*. Lima: FOROSALUD. Documento inédito.
- González, P. (2011). Obstáculos al aborto no punible. Análisis de casos en Argentina desde una lectura feminista. En: Peña, MA y Vaggione JM (2011). *Actores y discursos Conservadores en los debates contemporáneos sobre sexualidad y Reproducción*. Córdoba -Argentina: Católicas por el Derecho a Decidir. Disponible en: <https://programadssrr.files.wordpress.com/2014/11/actores-y-discursos-conservadores-en-los-debates-sobre-sexualidad-y-reproduccion3b3n-en-argentina.pdf>
- Harding, S. (2002). ¿Existe un método feminista? En Bartra, E. (Comp.). *Debates en torno a una metodología feminista*. México D.F.: PUEG. Recuperado de <http://cuentaconmigo.org.mx/articulos/harding.pdf>

- Irrazábal, M. G. (2015). La religión en las decisiones sobre aborto no punible en la Argentina. *Estudios Feministas, Florianópolis*, 23(3): 406, setembro-dezembro/2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p735>.
- Luna, N. (2009). Fetus anencefálicos e embriões para pesquisa: sujeitos de direitos?. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 17(2): 344, maio-agosto/. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000200002
- MINSA (2016). Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal
- Morán, F., Monte, M. E., Sánchez, L. J. y Drovetta, R. I. (2011). La inevitable maternidad: Actores y argumentos conservadores en casos de aborto no punible en la Argentina. En: Peña, MA y Vaggione JM (2011). Actores y discursos Conservadores en los debates contemporáneos sobre sexualidad y Reproducción. Córdoba -Argentina: Católicas por el Derecho a Decidir. Disponible en: <https://programadssr.files.wordpress.com/2014/11/actores-y-discursos-conservadores-en-los-debates-sobre-sexualidad-y-reproduccion-en-argentina.pdf>
- OMS (2006) Documentos básicos, suplemento de la 45 edición de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Piekarewicz Sigal, M. (2015). Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, (33), 3-13. Disponible en: <http://revistas.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14712>
- Ramón, M. A. y Cavallo, M. (2018). El principio de legalidad y las regulaciones de aborto basadas en los médicos. En: Bergallo, Paola; Jaramillo Sierra, Isabel Cristina; Vaggione, Juan Marco (Compiladores) (2018). El aborto en América Latina Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. México: Siglo XXI, pp. 31-56. Disponible en: https://www.academia.edu/37140835/El_principio_de_legalidad_y_las_regulaciones_de_aborto_basadas_en_los_m%C3%A9dicos
- Rostagnol, S. (2008) El conflicto mujer-embrión en debate parlamentario sobre el aborto. *Revista Estudios Feministas* vol.16 no.2 Florianópolis. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200022
- Rostagnol, S. (2016). Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción. Universidad de la República del Uruguay y CSIC. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1248>

- Sandoval M, A., y Laguna T. J. (2018). Caso Esperancita: hacia un estándar legal mínimo de aborto terapéutico en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 127-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200010
- Silva, M. (2014). Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Montevideo:Médicos del Mundo. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/536>