

La sala de legrados de una maternidad pública del país

María Rosa Cevallos
(ankashtamia@hotmail.com)

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

En esta ponencia pretendo explicar cómo el espacio médico de la sala de legrados de una maternidad pública del país se convierte en lugar en el que se expresan y se ejercen las estrategias de disciplinamiento sobre las mujeres que llegan con proceso de aborto en curso. La reflexión que haré a continuación es parte de una investigación que tiene como eje central el temor, como forma de control del cuerpo de las mujeres. Control, que ligado al biopoder se expresa en tres estrategias disciplinatorias: la maternización, entendida como la manera en el castigo y el disciplinamiento, se ejercen en los cuerpos de las mujeres a fin de conscientizarlas sobre “se deber ser” como madres.

La siguiente estrategia se basa en el silencio y el dolor y se expresa en la falta de información a la que están expuestas las mujeres que pasan por un proceso de aborto tanto en las clínicas clandestinas, como en

el servicio de salud al que llegan solamente a realizarse el legrado. El dolor, por otra parte, se refiere al dolor físico por el que pasan las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente un embarazo, dolor que está marcado por la clandestinidad, que a su vez implica la carencia de garantías sanitarias, pero además, y como se verá a lo largo de esta exposición, las mujeres que llegan con aborto en curso al servicio público no son consideradas pacientes prioritarias por lo que sus procedimientos siempre son los últimos (cuando ya no hay ningún parto, que sí vale la pena atender) y se considera que es bueno que sientan el dolor: “para que tomen conciencia”.

Finalmente todo esto termina en una especie de complicidad, ya que se realizan los legrados a la luz de la legalidad de la institución pública. Estas tres estrategias se suceden simultáneamente en este espacio, que es de por sí también un espacio de control y disciplina y atraviesan los cuerpos de aquellas mujeres que inician el proceso de aborto en la clandestinidad y lo terminan con un legrado totalmente legal. A continuación pretendo visibilizar cómo se expresan las mencionadas estrategias y como el personal del centro obstétrico ejerce el poder y el disciplinamiento sobre las mujeres, que nada más llegar con un aborto en curso pasan a convertirse en pacientes sospechosas.

Para iniciar haré una descripción del espacio en que se ubica la sala de legrados comúnmente llamada sala de abortos, y de cómo el mismo influye en los sentimientos y comportamientos de las mujeres que llegan ahí. Aquí la idea es visibilizar cómo la distribución de este espacio en el centro obstétrico se constituye en una estrategia que mediante el castigo disciplina a las mujeres de manera sutil. Es el centro obstétrico un espacio al que las mujeres llegan en busca de atención médica, cuando están con un proceso de aborto en curso, ya sea que este sea espontáneo o inducido voluntariamente.

La distribución de este espacio médico nos habla de una economía política del cuerpo, que refleja un sistema punitivo sutil, que se encarna directamente en quienes llegan a la sala de legrados, con un aborto en curso: “las relaciones de poder operan sobre él (el cuerpo), una presa

inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio...; lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (Foucault, 1976: 18). En este sitio el cuerpo de las mujeres es el centro de la atención y los eventos obstétricos son atendidos con una tecnología política del cuerpo, que castiga a las mujeres para disciplinarlas, tanto si éstas están en proceso de parto, como si están en proceso de aborto incompleto o diferido.

La distribución espacial

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

Mapa sala de legrados (documento adjunto)

En este pasillo “del llanto”, suelen estar acostadas en las camillas las mujeres que esperan a ser atendidas para un legrado y también aquellas que después del legrado se hallan en la duermevela del posanestésico, confundidas y mezcladas con mujeres que acaban de parir. Es decir, aquellas que por una u otra razón no continúan con los embarazos están en constante (y doloroso) contacto con aquellas que han parido y, más duro aún, pueden ver al personal médico corriendo permanentemente con los neonatos en brazos hacia la Sala de Neonatología, que queda solo unos pasos afuera del centro obstétrico. Probablemente el mantener juntas a mujeres en situaciones tan diferentes es una estrategia disciplinaria, que les recuerda a aquellas que han abortado que incumplieron su “deber” ser, como lo afirmaron dos internas:

Yo creo que no deberían estar juntas porque las emociones no son las mismas, así ellas se haya provocado yo creo que tiene un sentimiento de culpa. Mientras que la otra está feliz de que tiene un hijo, puede ser

séptimo, octavo pero está feliz. Entonces tener a una que dio a luz y a otra que abortó (juntas) no está bien, porque la que dio a luz le ve a la otra lo que hace y estamos en una sociedad que es de juzgamiento; entonces las pacientes entre ellas se conversan y le ven mal.

(Internas Rotativas, Entrevista, 2010)

La primera sala que se encuentra es la sala de legrados en la que las mujeres pasan el tiempo previo al proceso de curetaje tumbadas y en ayunas. Vale la pena señalar que es a partir del viernes en la noche, cuando más mujeres hay en esta sala, lo que responde al hecho, en la mayoría de casos, en que programan el proceso, a fin de que estén internadas únicamente el fin de semana y su ausencia no se note en sus espacios cotidianos.

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

En la recuperación que hacen en la misma sala de legrados, como dijo una interna, sólo deberían estar dos horas: “Sí, dos horas si la paciente está sangrando y si los signos vitales no son estables, dos horas más. Si no, a las dos horas salen”.

Sin embargo, esto pocas veces se cumple, las mujeres que están en proceso de aborto incompleto no son mujeres que reciben atención prioritaria, porque no son aquellas que están cumpliendo con su rol reproductivo y probablemente ese tiempo de espera y ansiedad es también una maniobra disciplinaria en que se considera que están los suficientemente expuestas a la maternidad, como para hacer de sus cuerpos espacios de sumisión y control, una tecnología política del

cuerpo: “es decir que puede existir un saber del cuerpo que no es exactamente la ciencia en su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas”. (Foucault, 1976: 18) que las disciplina y somete a tiempos innecesarios de ansiedad, impaciencia, observación y hambre.

Las estrategias de disciplinamiento funcionan también de formas más explícitas y violentas:

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

La mirada de quienes esperan por el legrado, inevitablemente se encuentra con los cuerpos de quienes viven el proceso, una estrategia de punición ejemplificadora, cuando se mira el proceso. Este cuadro sirve de escarmiento que tiene como objetivo hacer dóciles los cuerpos de las mujeres, “una política de coerciones (y de temores) que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de los elementos, de sus gestos y su comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo desarticula y lo recompone” (Foucault, 1976: 83).

Si bien la distribución del espacio es un tema que remite a la geografía y las capacidades de infraestructura de la maternidad, también hay un fuerte componente disciplinario en la manera en que se distribuye el espacio y a las pacientes dentro del mismo, siguiendo las ideas de Foucault (1976: 87): “El hospital, debe por lo tanto, curar, pero por ello ha de ser un filtro, un dispositivo que localice y seleccione; es preciso que garantice el dominio sobre toda movilidad y ese hormigueo, descomponiendo su confusión de la ilegalidad y el mal”.

Los discursos médicos

En este acápite intentaré visibilizar los diferentes discursos médicos que giran en torno al aborto en el espacio del centro obstétrico, tanto desde la perspectiva puramente clínica, como también desde las percepciones e imaginarios de las personas que pude entrevistar, y cómo estos se expresan en las estrategias disciplinadoras que antes fueron descritas.

Es necesario recalcar que en el centro obstétrico, el tiempo se divide en guardias o turnos. Cada guardia tiene un supervisor o supervisora, que es médico o médica tratante: en orden de jerarquía esta persona es quien más poder tiene, siguiéndole están los “R3”, residentes que están ya a punto de terminar su posgrado, a ellas y ellos les siguen los R2 y R1, también posgradistas pero que recién empiezan su proceso formativo. Luego están los internos rotativos, estudiantes de medicina que no necesariamente se especializarán en ginecología y, finalmente, estudiantes que van a recibir clase en el centro.

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

La intención, será entonces, evidenciar que no existe un discurso monolítico alrededor del tema, las diferentes voces y miradas se cruzan y se confunden. Desde percepciones puramente médicas, en las que el tema de aborto se concibe como un evento obstétrico al que hay que atender y no existe un punto de vista de juzgamiento, como dijo un interno rotativo: “Nosotros sólo damos atención médica, nos interesa atender el evento y es lo que hacemos, no importa que hay detrás de un aborto”.

Hasta discursos en que los juicios de valor se imprimen en la práctica médica, de manera silenciosa pero sancionadora, como me contó un médico, acerca de prácticas que él había podido observar: “si es la sospechosa (de aborto provocado) tampoco le van a dar analgésico porque es otra forma de castigo, que le duela, y que le duela físicamente para que luego le duela el alma y no lo vuelva hacer”.

Una médica ginecóloga frente a esta idea de sospecha puntualizó que en el discurso médico hay un aprendizaje de sospecha que discrimina a las mujeres:

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

Frente a este discurso discriminatorio que se aprende en las escuelas de formación, la definición técnica del aborto es:

La Organización Mundial de la Salud define y clasifica el aborto de la siguiente manera:

Aborto espontáneo: pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.

Aborto inducido: La interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o fetos de menos de 400 g.

Aborto recurrente espontáneo: pérdida de dos o más embarazos clínicos.

Aborto retenido: aborto clínico donde el embrión o feto es no viable y no es expulsado espontáneamente del útero” (F. Zegers-Hochschild, a G. D. Adamson, b J. de Mouzon, c O. Ishihara, d R. Mansour, e K. Nygren, f E. Sullivan, g and S. Vanderpoel, 2010: 4)

A esta sencilla definición un médico en una entrevista le agregó también la palabra pérdida, según él decía, para la mujeres esta palabra es más cercana, sin embargo, también está mucho más cargada de valores, porque una pérdida significa dejar de tener algo que se poseía...

El aborto por concepto es la pérdida de un embarazo, no hay realmente una diferencia entre aborto y pérdida es solo una manera de expresión, en el sentido de que muchas mujeres no saben siempre el significado de la palabra aborto pero saben que están perdiendo un bebe, saben que están perdiendo un hijo (Entrevista a profundidad).

Más allá de las cargas semánticas de las palabras, cada día, a decir del personal entrevistado, llegan a la Maternidad entre ocho y diez mujeres con abortos en curso, este mismo personal en varias ocasiones, e incluso en conversaciones informales, afirmó que de las mujeres que llegaban con abortos espontáneos, la gran mayoría eran abortos provocados.

Este tipo de discurso se confirmó en todo el personal que pude entrevistar, las mujeres que llegan con aborto en curso son sospechosas y se cree que hay varias formas de confirmar la sospecha; “por el olor, porque tienen las tabletas (CITOTEQ o MISOPROSTOL) aún en la vagina o porque han sido previamente manipuladas”. Este discurso de sospecha, implica además ciertas técnicas de interrogatorio basadas en el temor, como me explicó un residente: “Es fácil hacerles caer, les dices que sino te cuentan la verdad, se van a morir con sepsis, entonces te cuentan”. Este tipo de discurso se asienta en una idea de protegerles la vida, ya que sólo si se tiene claro lo que ha pasado se puede diagnosticar y prescribir correctamente.

También hay una capacidad de percibir que se desarrolla en el ejercicio médico y que tiene que ver, más que nada, con el comportamiento que las mujeres muestran al llegar a la maternidad y en este tipo de comportamientos aparece un nuevo tema que tiene que ver con que las mujeres en muchos casos están obligadas a causarse los abortos. En este tipo de discurso si bien se presenta una actitud menos persecutoria, la agencia personal de las mujeres se desvanece frente a otros, que les obligan a abortar.

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

Ante los interrogatorios, las mujeres que en un principio sólo decían que empezaron a sangrar, suelen contestar con respuestas ambiguas: “la mayoría dice sí, es que me puse unas pastillas, pero no dice me provoqué el aborto, o es que mi amiga la vecina o un conocido le dio las pastillas a tomar, entonces la mayoría si cuentan, no dicen qué es, qué se ponen o se toman” (internas rotativas). Según un grupo de enfermeras esto lo hacen porque “son bien fieles a quienes les hacen los abortos, no los delatan”.

Es decir, aparece una especie de complicidad entre las mujeres “sospechosas” y quienes les hacen los abortos ya sea recetándoles las pastillas o mediante procedimientos obstétricos y esta complicidad parece juzgarse; cuando seguido de este tipo de respuestas, se pueden oír frases como: “entonces que vayan a que esos mismos les terminen el aborto, aquí atendemos a las que quieren ser madres”. Cabe hacer una aclaración aquí, aunque estas frases se dicen en el marco de una entrevista o conversaciones personales, no se las dicen directamente a las mujeres.

Estos discursos de sospecha parecen coincidir en una idea general de que el aborto es un “fracaso obstétrico”: inclusive en un aborto espontáneo ese es un castigo para la mujer, ese es un fracaso reproductivo. Un fracaso en que las mujeres han sido incapaces de ser madres y de “proteger la vida”... y por tanto, implica un duelo.

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

Sin embargo, el mismo personal médico afirma que no existe un acuerdo claro sobre cuándo comienza la vida: “En la Declaración de Ginebra¹ prometemos defender la vida desde el punto de los grupos anti

- 1 En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen; EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente; VELAR ante todo por la salud de mi paciente; GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente; MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas; NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente; VELAR con el máximo respeto por la vida humana; NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza; HAGO ESTAS PROMESAS solemnemente y libremente, bajo mi palabra de honor. NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente; VELAR con el máximo respeto por la vida humana; NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas, incluso bajo amenaza; HAGO ESTAS PROMESAS solemnemente y libremente, bajo mi palabra de honor. (Declaración de Ginebra; 2006. http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_Ginebra)

derecho², pero obstétricamente nos guiamos por la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia”.

Algunas reflexiones finales

Como se puede ver, hasta aquí no existe un discurso monolítico acerca del aborto en el centro obstétrico, lo que sí aparece, como una cuestión generalizada, es que se atiende a todas las mujeres que llegan con aborto en curso, ya que ese es el deber médico. Sin embargo, en ese espacio, como se puede ver en líneas anteriores, en el discurso médico resuenan permanentemente diferentes posturas ético-morales, en las que se pueden visibilizar posiciones en que prevalece la idea de no juzgar, “no es nuestro rol, nadie sabe la historia de nadie”, como comentó un interno rotativo, hasta voces que consideran que a esas mujeres “hay que concientizarlas, deben ver lo fetos para que aprendan”, como comentaron dos residentes mujeres.

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

Como se puede ver a lo largo de estas líneas no existe un discurso único; sin embargo, la idea de la maternidad como un deber ser de las

2 Se refiere aquí a los grupos Provida o conservadores, que hablan de proteger la vida desde la concepción; sin embargo, como se puede ver en líneas anteriores, la Declaración de Ginebra solo habla de respetar la vida.

mujeres permea el Centro Obstétrico, de tal manera que la disciplina y el castigo se enfocan en mostrar a estas mujeres, el daño que hacen y que se hacen al no aceptar la maternidad.

Es importante recalcar que las estrategias de disciplinamiento son diversas y sutiles; sin embargo, y a pesar de los diversos discursos que se expresan en la sala de legrados, las estrategias disciplinatorias se expresan en los cuerpos de las mujeres, a quienes se considera que es necesario disciplinar. Si bien las sanciones legales no se aplican, existen, como se pudo ver, una serie de dispositivos de fuerte sanción social, que pretenden retornar a la “docilidad” a estas mujeres.

