

VOCES SOBRE LA VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN DEL ABORTO

Marbella Camacaro Cuevas¹

Universidad de Carabobo

bellacarla@cantv.net

RESUMEN

Esta investigación centró su objetivo en buscar en las voces de las y los estudiantes de Medicina de la Escuela «Witremundo Torrealba» de la Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua, Universidad de Carabobo, sus experiencias como pasantes de Obstetricia I, con relación a la atención al aborto, construyendo una matriz de análisis de lo subjetivo-construido por dichos estudiantes. El abordaje se realizó desde la investigación cualitativa, con la finalidad de aproximarnos a la realidad desde lo subjetivo y lo participativo. La representatividad del grupo sujeto participante se alcanzó, a través del Punto de Saturación del Conocimiento sugerido por Bertox. Se optó por entrevistas enfocadas. El análisis de discurso permitió ir construyendo los eventos críticos de lo vivido, quedando evidenciada una violencia médica en la atención a la salud reproductiva de la mujer, siendo más dramática la situación cuando la exigencia de atención es por circunstancias asociadas al aborto. Así mismo, se develó en médicas/os y enfermeras/os una actitud, frente al aborto, atravesada por ideas, prejuicios, carga valorativa, y miedos, lo cual privilegia la postura personal e ideológica sobre el aborto, en detrimento de una actitud ética y responsable como profesional, impidiendo que la mujeres tengan una atención idónea, adecuada y digna por parte del personal de salud.

Palabras Claves: *Violencia Médica, Violencia de Género, Violencia Institucional.*

1 Profesora Titular e Investigadora. Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua. Universidad de Carabobo. Coordinadora General de la Unidad de Investigación y Estudios de Género «Bellacarla Jirón Camacaro» del Departamento de Salud Pública (FCS-UC). Doctorante del Programa Doctoral en Ciencias Sociales. Mención Salud-Sociedad (FCS-UC)

ABSTRACT

This research focuses on the language of students (of both sexes) of Medicine in the School «Witremundo Torrealba», Faculty of Health Sciences, Aragua Section, Carabobo University. In this language we look for their experiences in the Assistantship of Obstetrics I, on abortion care. To this end we have built an analytical matrix about constructed subjectivity in these students. The approach was assumed from the qualitative standpoint, and the need is to look into the reality from the subjectivity and the participation. The representative degree of the group is measured with the Saturation Point of Knowledge according to Bertox. Focused interviews were used. The analysis of discourse permitted the gradual construction of the critical events lived on, appearing that a level of medical violence is applied to women in relation to care in reproductive health, been the situation even harder when the abortion is the point treated. Likewise, it has been discovered about abortion that many quack doctors and little-minded nurses have an attitude conditioned through a barrier of ideas, prejudices, valuations, and fears, which strains the personal and ideological standing in detriment for an ethic and responsible attitude as a professional about abortion, thus this personnel failing to set up a suitable, appropriate and decent medical care for women.

Key words: *Medical violence, Gender violence, Institutional violence.*

Una sociedad que no tiene condiciones objetivas para dar empleo, salud, vivienda y escuela es una sociedad abortiva. Una sociedad que obliga a las mujeres a escoger entre permanecer en el trabajo o interrumpir un embarazo, es una sociedad abortiva, una sociedad que continua permitiendo que se hagan pruebas de embarazo antes de admitir a la mujer a un empleo, es abortiva. Una sociedad que silencia la responsabilidad de los varones y solo culpabiliza a las mujeres, que no respeta sus cuerpos y su historia, es una sociedad excluyente, sexista y abortiva.

Ivonne Gebara, religiosa brasilera

El problema: El aborto históricamente ha constituido uno de los debates más cruciales de las sociedades, por eso ha sido el más soslayado y silenciado. Es un tópico que imbrica el binomio vida-muerte, además de poner en el tapete las más recias contradicciones entre lo legal y lo justo, lo religioso y lo científico, lo equitativo entre masculino-femenino, en fin, es una discusión que entraña las más controversiales posturas sociales.

La Organización Mundial de la Salud (2002, 4) señala que:

Aproximadamente el 50% de todos los embarazos no se han planificado y alrededor del 25% no son deseados. Cada día, alrededor de 150.000 embarazos no deseados terminan en un aborto provocado (lo que representa hasta 53 millones al año). La mortalidad por aborto representa aproximadamente el 20% de la maternidad materna que se registra anualmente en todo el mundo. La mayoría de esas defunciones se producen en los países en desarrollo, donde está prohibido el aborto o los servicios abortivos no están al alcance de toda la población. Otras muchas mujeres sufren problemas inmediatos o a largo plazo a causa de abortos en malas condiciones.

Las causas de muerte materna, desde lo epidemiológico, se clasifican en causas obstétricas directas e indirectas. Las directas son aquellas asociadas a complicaciones del embarazo, del parto, y del puerperio, que se producen por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o por eventos por estos ocasionados, por lo que se estiman que en su mayoría podrían ser controladas, y el aborto está entre una de las primeras causas directas de muertes maternas, lo que significa que pudieron ser prevenibles practicándolos en condiciones de seguridad, lo cual es muy difícil en nuestros países, donde la salud reproductiva de la mujer, es la mejor medida del atraso del desarrollo de nuestros pueblos. La muerte de una mujer por motivos asociados a la maternidad, debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan las mujeres en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada.

La morbi-mortalidad ocasionada por la intervención médica, es una referencia de interés para esta investigación, ya que centramos el objetivo precisamente en la atención, pautada en las salas de parto hospitalarias, que reciben las mujeres que demandan atención obstétrica por problemas reproductivos asociados al aborto. Al respecto (Camacaro, 2000, 111) acota que;

...los discursos oficiales no hacen énfasis de manera explícita sobre el riesgo que significa para la mujer la rutina médica a que son sometidas durante el parto, pos-parto u aborto, entendiendo como rutina médica, no solo los actos de marcada medicalización, sino también la actitud del personal frente a la embarazada,...los riesgos que señalan como causas de morbi-mortalidad materna, tales como: hemorragias, septicemias, toxemias, infecciones, son consecuencias, en muchos casos, del tipo de intervención y rutina obsté-

trica, más que del estado de salud individual de la madre...obviar esta realidad es soslayar la responsabilidad del tipo de intervención médica...por ejemplo el agotamiento materno durante el parto, desde la epidemiología oficial, es relacionado con estrés físico y psicológico de la madre, pero no se habla del agotamiento materno que causan las largas horas que pasan en las camas ginecológicas, las horas y días que pasan sin comer, ni beber agua, las horas acostadas con sueros oxitócicos en vena...

En América Latina la proporción de embarazos que terminan en abortos es mayor que en ninguna región del mundo, a pesar que el procedimiento es ilegal en todos los países menos Cuba y Uruguay, este último con excepciones para penalizarlo, podemos deducir el costo social que significa en la Región la práctica de abortos en la clandestinidad, en condiciones inadecuadas y con personas no capacitadas, obviamente cuando me refiero a costo social no solo hablo de recursos materiales y financieros, sino al impacto en la calidad de vida mental, física y social de las mujeres pertenecientes a un mayoritario sector deprimido de la población, quienes en última instancia son el blanco débil de la problemática, pues el aumento de la morbilidad-mortalidad materna e infantil castiga con fuerza en forma discriminatoria a este vulnerable grupo humano. Abortar no es en estos países un derecho o un bien social *per se*, sino un privilegio que compran las mujeres de reducidos sectores socio-económicos y que beneficia a un sector de médicos y clínicas privadas, aun cuando sean ilegales.

Punzar la discusión sobre el aborto, significa entre tantas tareas, disertar sobre los derechos de las mujeres, y en este caso concreto sobre los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género, para comenzar a develar la magnitud del problema, pues la violación de los derechos humanos, connota uno de los eventos sociales más enajenantes, y signan un imaginario social digno de reconstruir. Muchas investigaciones se han ocupado de asuntos como: el racismo, las violaciones durante la guerra, por nombrar las más tratadas, pero poco se ha generado sobre las huellas que los sucesos anteriores deja en las mujeres y mucho menos se ha hurgado, como preocupación colectiva, sobre cual será el imaginario social construido para que se haya consolidado tanta indiferencia social frente a lo que viven las mujeres en las salas de parto cuando demandan atención obstétrica, sea por aborto, parto o cualquier otra situación relacionada con la salud reproductiva, a pesar de ser un problema que menoscaba la vida y causa la muerte de un singular número de mujeres.

Objetivo: Reconstruir de manera inductiva y sistemática una matriz de análisis que permita develar las diferentes dimensiones de subjetivo-construido por los estudiantes de Medicina, a través de sus experiencias como pasantes de Obstetricia I, sobre la atención obstétrica en el aborto.

Lo Metodológico: *Tipo de investigación:* abordaje cualitativo, utilizando el Punto de Saturación del Conocimiento, sugerido por Bertox (Marinas y col; 1993, 27), el cual consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales.

Grupo humano participante del estudio: estudiantes de la Escuela de Medicina «Witremundo Torrealba» de la Facultad Ciencias de la Salud del Núcleo Aragua, Universidad de Carabobo, quienes hayan cumplido con la pasantía de Obstetricia I. El Punto de Saturación del Conocimiento de Bertox, utilizado para seleccionar la representatividad del grupo participante en la investigación, se alcanzó con 20 estudiantes.

Técnicas participativas: Se optó por las entrevistas enfocadas, las cuales son consideradas según Merton, R., como un tipo de entrevista en profundidad, lo que la diferencia es la concreción, trata de un foco de interés, una experiencia, una situación, va dirigida a personas concretas, caracterizadas, escogidas previamente por haber tomado parte en esas situaciones o haber vivido esas experiencias. (Citado en Ruiz y col., 1989, 153)

Construcción del análisis: El análisis tiene como finalidad, la comprensión del mundo tal y como la dimensiona el/la propio/a entrevistado/a. Su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del sujeto, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el investigador/a e investigado/a entran en un proceso deconstructivo-constructivo de la realidad social.

Momentos Metodológicos:

–Se señalan los conceptos-eventos nucleares-críticos de todo el relato.

–Se elaboran las categorías pertenecientes a/y comprensivas de estos núcleos, con lo que se procede a codificar todo el relato sobre la base de estas mismas categorías.

–Se inspecciona de nuevo el relato para detectar los clusters de conceptos (eventos) que pasan a constituir categorías sustantivas o variables densas, obtenidas a partir de los conceptos concretos del individuo.

–Se establecen las relaciones (conexión-oposición y jerarquización) existentes entre estas categorías, con lo que se puede diseñar una matriz conceptual del relato. –la matriz (relaciones, jerarquía, dirección) permite alcanzar una visión globalizadora a modo Gestalt, que ofrece tentativamente el construct individual.

–Se llega a un construct-modelo final, que puede ser sometido a control a colegas, testigos y al propio entrevistado para su confirmación.

–Se teoriza sobre este universal concreto y se elabora la definición de la situación y la visión particular del mundo que contiene.

Construcción de los resultados: El objetivo de esta investigación fue la deconstrucción-reconstrucción de la experiencia, profesional-personal, que experimentaron las/os estudiantes como pasantes de obstetricia, específicamente con relación a la atención del aborto. Sin embargo, la riqueza de la investigación cualitativa permitió que ellas/os, a través de sus relatos fueran construyendo sus propios eventos críticos, es decir, que sus inquietudes no solo fueron centradas en la asistencia obstétrica normada para la demanda por aborto, sino también evocaron como elemento crítico algunos aspectos de la dinámica que se establece como rutina en las salas de parto de los hospitales donde hacen sus pasantías.

Uno de los eventos críticos en que coincidían las/os entrevistas/os, era en la dinámica de trabajo que se impone en las salas de parto de la mayoría de los centros hospitalarios y en este caso concreto, en los hospitales donde realizaron las pasantías de obstetricia. Manifestaron que como pasantes deben enfrentarse a una demanda masiva de mujeres que conlleva a un trabajo agotador, estresante, repetitivo, donde el fin último es darle respuesta a la cantidad y no la calidad de la atención, las mujeres quienes deberían ser el centro de interés del trabajo obstétrico, vienen a convertirse en sujetas pasivas dentro de aquella sala médica.

Tomando distancia de la superficialidad, se debe acotar que lo antes planteado, va más allá de una postura consciente por parte de quienes hacen vida en el ámbito hospitalario, son consecuencias causales de lo que

históricamente ha sido la fundación del hospital como institución social, allí en esos lugares, como también en los manicomios y la cárcel, difícilmente pueden darse relaciones humanas horizontales, o que privilegien a quienes están allí ocupando el lugar más vulnerable.

Con relación a lo anterior (Sadaba, 1979, 28) comenta, en cuanto el Hospital definido como una institución, que:

...es un lugar de residencia y trabajo donde un número de individuos aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten una rutina diaria administrada formalmente. Y en su seno se establecen jerarquías y relaciones de autoridad entre los mismos...entre los médicos las jerarquías son marcadísimas. Pero mucho más entre éstos y los no médicos. Ahora bien, en todos los casos el que nunca tiene poder y ésta en todo momento sometido por todo el mundo es precisamente el enfermo.

Ilustrando los eventos críticos señalados por las/os estudiantes, referiré fragmentos de sus testimonios:

...las guardias pueden ser de 12 horas, o de 24 horas, se nos dificulta salir de allí,...los residentes se quedan aislados le llevan la comida les esta prohibido salir de la sala, lo que los pone muy estresados y tensos... (Entrevista 8).

...los residentes tienen la responsabilidad de atender muchas pacientes, están bajo mucha tensión teniendo que desarrollar un ritmo de trabajo parecido a una cadena de producción de una fábrica,...deben hacer el trabajo con cada paciente en el menor tiempo posible... (Entrevista 6).

...en una de mis primeras guardias el médico jefe se quería ir, eran las 7 p.m. y dijo: vamos a poner a parir a todo el mundo, efectivamente aceleraron los partos con oxitócicos, rompieron membranas, y bueno todas a parir... (Entrevista 14).

La dinámica de trabajo en la mayoría de las salas de parto de los hospitales va a depender de una serie de circunstancias, tales como: congestionamiento de la sala, turno de trabajo, características personales y relaciones de trabajo entre quienes conforman los grupos de trabajo, entre algunas, lo que sí pareciera ser una constante es que las mujeres que demandan atención, la mayoría de las veces, quedan relegadas de la toma de

decisiones sobre su cuerpo, son sometidas a una rutina médica que la margina de toda información sobre su propio proceso de salud-enfermedad.

Las/os pasantes en la reconstrucción de sus experiencias en el área obstétrica, evidenciaron que más allá del volumen de trabajo, el cual incide en un ambiente de trabajo violento, agotador, y despersonalizado, que se consume parte de la buena voluntad del personal de salud, la academia médica anida una lógica que obvia el sufrimiento humano, los sentimientos, lo subjetivo, como una causa que requiera prestarle asistencia. Lo que las mujeres dicen y hacen en aquellos espacios donde quedan recluidas por necesidad de atención obstétrica, tiene que ver más con la necesidad de ser oídas, queridas, acompañadas, que con un dolor físico y esa necesidad no está catalogada como de atención prioritaria por parte del médico/a, quien actúa como técnico/a de salud frente a cualquier demanda de asistencia médica, su atención se centra en el evento, y no en la mujer como persona, prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo psíquico, es asunto de sicólogos o siquiatras, dentro de la clasificación del saber médico, la dimensión subjetiva del sufrimiento se ignora frente a la dimensión objetiva del saber.

Apoyando esta acotación, cita Tuber (1991, 25):

En realidad, hay un único discurso sobre el sufrimiento, que es el de la persona que lo experimenta. La medicina no puede ni quiere, saber nada de ese sufrimiento: lo transforma en dolor, opresión, fiebre, etc. El sufrimiento existe para el médico sólo como síntoma, es decir, en tanto se puede formular con los significantes que constituyen un síndrome que tiene ya un lugar establecido en la nosología.

En esa deconstrucción de sus experiencias, a través de los relatos, surgían testimonios que daban cuenta de una actitud indolente del equipo de salud frente a las difíciles circunstancias que les tocaban vivir a las mujeres que asistían al servicio en busca de atención obstétrica, siendo peor para las mujeres que asisten por complicaciones por aborto. Citas testimoniales expresan lo antes mencionado:

...nos aconsejaban que no permitiéramos que las mujeres nos tocaran, nos dicen que ellas son muy impulsivas y pueden lastimarnos u obstaculizar las maniobras, se nos enseñaba a guardar distancia... (Entrevista 4).

...los residentes nos dicen que no debemos involucrarnos con ninguna paciente, tratar de hacer todo perfecto pero sin sentimentalismos, eso hace perder tiempo y hay muchas mujeres que atender... (Entrevista 1).

...ningún estudiante se atreve a tener una actitud humana, comprensiva con las pacientes por aborto, porque nos hacen sentir que estamos perdiendo el tiempo de trabajo y subliminalmente juzgados, como si siendo más humanos con ellas estemos aprobando el aborto...(Entrevista 19)

...en la sala de parto se habla lo necesario, se le pregunta a la paciente lo necesario, cuando es por aborto la actitud es peor de desconfianza y de intimidación a la paciente, hay demasiado trabajo por eso hay violencia, maltrato humano, cuando ellas se ponen nerviosas las agreden, he visto hasta que les dan nalgadas. Todo se centra en el trabajo, casi no se le dirige la palabra a la paciente... (Entrevista 5).

...en una de mis guardias llegó una señora no tenía control prenatal, era un ovito, un feto muerto,...ella no sabía nada de lo que estaba pasando, la enfermera tomo el niño lo peso como si fuera no sé que...la doctora le dijo a la enfermera muéstraselo para que agarre conciencia, la enfermera se lo mostró y le dijo esto es lo que tienes por tu irresponsabilidad,...fue muy traumático (Entrevista 17).

Frente a la problemática que viven las mujeres con relación a su salud reproductiva, la OPS (1997) en su Publicación Científica N° 553 que versa sobre «La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos», reconoce la necesidad de prestar atención a la totalidad de los derechos humanos, más allá de la provisión de servicios médicos, de enfermería y de otros servicios conexos, y contribuir de diferentes maneras y en distintos niveles a la consecución y conservación de la salud de la mujer. Inclusive ésta organización ha girado su interés hacia el enfoque de género, entendiendo el problema de la discriminación contra la mujer como un fenómeno socio-cultural que incide en el proceso salud-enfermedad, así como también se ha pronunciado en contra de la medicalización del embarazo y el parto. Pero no se puede dejar de decir que lo biológico-asistencialista ha marcado su impronta en la concepción de la salud reproductiva de la mujer, lo que conlleva a que la OPS no se pronuncie explícitamente sobre la violencia médica expresada en la indolencia humana del equipo de salud frente a las necesidades de apoyo emocional de las mujeres, como un factor fundamental a tomar en cuenta cuando se contemplan los aspectos que dificultan la consecución y conservación de la salud feme-

nina, no se puede seguir soslayando el hecho de que esta conducta médica debe ser materia de la discusión ética. Es necesaria e impostergable la tarea de abocarse a darle solidez a la discusión de la indolencia y la violencia médica como un problema ético que trasciende la atención y el ámbito técnico, pero que dificulta la consecución y prosecución de la salud de la mujer.

Es tan preocupante la situación de violencia que experimentan las mujeres en los centros de salud y áreas de atención obstétricas que la Asesora en Legislación de Salud de la Organización Mundial de la Salud, (Bolis, 1993, 261) señala:

La violencia contra la mujer adopta diversas formas. Las más notorias son la violencia doméstica o familiar, el abuso sexual y la prostitución, se agregan a éstas otras modalidades que en su mayoría, suelen pasar por inadvertidas, porque no son objeto de reconocimiento público o porque los daños que provocan no se manifiestan de manera inmediata. Entre estas formas de agresión, menciona lo que comienza a caracterizarse como la «violencia en la atención de salud» que abarca las situaciones derivadas de la atención del parto o relacionado con los derechos reproductivos...

La gestión médica queda atrapada en campañas de vacunación, en solucionar problemas de salud que se presentan coyunturalmente, como dengue, cólera, fiebre amarilla, entre algunas, y que contradictoriamente son problemas, que en muchos casos, devienen de circunstancias asociadas con la calidad de vida, modo y tipo de vida. La campaña que reducida a lo curativo, a lo operativo, quedando ocultas las raíces del problema que afecta la salud de la población.

La gente enferma y muere por consumo de tabaco, por contaminación ambiental, condiciones de trabajo inadecuadas, por alimentación con comida chatarra, por accidentes de tránsito, y el gremio médico no da contestación pública frente a esos problemas, porque como gremio quedan imbuidos dentro de los intereses del propio sistema que enferma la sociedad. La gestión médica, no debe reducirse al ejercicio profesional dentro de un centro de salud público o privado, sino además debería ser la educación y denuncia permanente en la sociedad. Si los encuentros entre profesionales de la salud organizados para actualización, confrontación de saberes, tales como: congresos, jornadas, talleres, son promovidos y financiados por grandes laboratorios médico-farmacéuticos, por grupos empresariales y en muchos casos por entes gubernamentales, es muy difícil, que de esos encuentros sal-

gan propuestas que no estén bajo de la sombra de los intereses de quienes financian, aun y cuando lo que representen esos financiadores, no sea sinónimo de salud y políticas a favor de la población. La salud reproductiva de la mujer es el más excelso ejemplo de enriquecimiento de esa industria médica y farmacéutica, los anticonceptivos, las terapias de reemplazo, las histerectomías, esterilizaciones, y todo ese arsenal del cual nos hacen dependiente, son fuente segura de enriquecimiento.

El tiempo transcurre y muy pocos son los cambios favorables que han ocurrido, la crisis en salud ha llevado a la gente a vivir situaciones que colindan con la indignidad; a las mujeres les ha tocado vivir una buena parte de esas difíciles experiencias, y su salud reproductiva es el blanco de esas inequidad social, siendo los lugares de atención obstétrica el más violento y estresante de los espacios hospitalarios.

Este enriquecedor ejercicio dialógico de ir deconstruyendo y construyendo la experiencia de su praxis obstétrica para ir infiriendo una matriz de análisis, produjo en las/os estudiantes un fuerte impacto, confesaban que a medida que realizábamos el trabajo iban evidenciando que la dinámica de trabajo las/os enrolaba en una rutina que no les permitía pensar, ni confrontar su propio trabajo. Esta situación fue muy descarnada cuando llegamos al punto de la atención que se presta a la demanda por aborto.

En primera instancia es importante acotar que a los hospitales y maternidades llega un significativo contingente de mujeres demandantes de asistencia médica por causas de aborto, quienes en su mayoría son jóvenes y con abortos provocados, de lo cual nadie habla, todo el mundo cierra los ojos, en virtud de su condición de clandestinidad. La penalización del aborto conlleva al subregistro, lo cual dificulta la posibilidad de establecer salidas epidemiológicamente adecuadas. De allí la importancia del trabajo cualitativo, porque la palabra registra la realidad de la situación.

A pesar de lo antes descrito, el aborto se estudia en las aulas académicas desde lo terapéutico, lo técnico, la discusión de por qué hoy es un problema de salud pública, de las implicaciones sociales que eso representa, y mucho menos, de lo que para la mujer implica un aborto clandestino y las razones por lo que se lo practiquen, a pesar de la prohibición legal, son asuntos ausentes del currículo universitario, solo se da dicha discusión por iniciativas de alguna unidad, grupo, o individualidades, pero no como una política académica.

Debo confesar que el proceso de deconstrucción sobre el aborto, fue para mí, como mujer e investigadora, muy impactante, lo vivido por ellas/os como pasantes es de un dramatismo impensado, pero lo más alarmante vino a ser que a través del trabajo que establecimos, fue que dichos estudiantes dimensionaron la gravedad de la situación, confesaban que durante las pasantías vivían y hacían esa rutina de trabajo como algo normal, reconocían que trabajaban con mucha tensión, pero se lo adjudicaban al volumen de trabajo, más que a una concientización de la violencia médica en la atención a la mujer.

...la demanda por abortos provocados es muy elevada, creo que el mayor porcentaje de legrados es por abortos provocados, y la mayoría de jóvenes, muchas de ellas adolescentes, los legrados se hacen en las mañanas, porque los anestesiólogos no quieren trabajar de tarde o de noche. El trato es humillante, es horrible, fíjese que pasan de cuatro en cuatro, las anestesian, les hacen legrado, y las despiertan bruscamente para que pasen otras... (Entrevista 15)

...nos damos cuenta cuando el aborto es provocado, el trato con ellas es muy precario, le ves a la cara, a los ojos, le hace 3 preguntas claves y ya sabemos...se tienen que atender porque son emergencias, pero independientemente de la hora en que hayan llegado, siempre tienen que esperar hasta la mañana, solo se atienden si es de muerte. Llegan desesperadas gritando que las atiendan, los residentes se sienten muy mal que les grite una paciente y más si viene con aborto. El trato hacia las mujeres que abortan es diferente porque hay pena legal, y un rechazo por la falta moral que están cometiendo... (Entrevista 20).

...el trato con las mujeres que llegan por aborto es peor, siempre existe la sospecha de que es provocado, eso hace que la mayoría del personal tenga una actitud inquisidora, hacen preguntas irónicas, ellas se sienten acusadas, tensas, ellas son las últimas en ser atendidas, muchas veces llegan al mediodía y son las 2 a.m. de la madrugada y no han sido atendidas, la prioridad es la que llega por parto... (Entrevista 3).

...hay demasiada demanda por aborto, es terrible, el trato cambia con ellas, el interrogatorio es sarcástico, porque en la mayoría de los casos son provocados, se crea una situación hostil las mujeres sienten que las tratan diferente, los legrados se hacen solo en las mañanas, así hayan llegado al mediodía se le deja para el día siguiente, las enfermeras: dicen cómo se va

a molestar un anesthesiólogo por un legrado. La mayoría son adolescentes tempranas, nunca se llega a saber como se provocaron el aborto, se preguntan cosas que indican que es provocado pero eso queda hasta allí, se procede a dejarlas para el legrado... (Entrevista 7).

...un experto obstetra sabe inmediatamente cuando un aborto es provocado, con solo 2 preguntas y solo mirarle a la cara y los ojos... (Entrevista 11)

Estos testimonios coinciden con otras investigaciones realizadas en otros países de América Latina, al respecto (Ramos y colaboradoras, 2001,29), dicen que:

La conducta de los médicos en los hospitales frente a las pacientes con complicaciones por aborto es de predisposición. Estas pacientes suelen ser tratadas con desconfianza y hostilidad por parte del personal de salud, lo usual es que se las presione y se les hostigue verbalmente para buscar confirmación sobre si se han sometido a maniobras abortivas. Cuando hay indicios de maniobras, y sin embargo la mujer lo niega, la situación es percibida como un desafío a la autoridad médica.

Podemos evidenciar en los testimonios juicios de valor frente al aborto, lo que incide en que se privilegie la postura personal e ideológica, más que el compromiso profesional frente al aborto. Esta evidencia sugiere la necesidad de ahondar en el imaginario colectivo construido por las/os profesionales de la salud con relación al aborto, para poder desenraizar los prejuicios, los temores, las dudas, y fortalecer la comprensión, la tolerancia, y fundamentalmente concienciar sobre su responsabilidad profesional frente a un problema de salud pública.

Hoy necesidades e intereses como la contracepción, el aborto, el parto, la esterilización, entre algunos, son temas de derechos humanos porque tienen que ver directamente con la vida y cuerpo de los seres humanos del sexo femenino.

Además, no podemos voltear la mirada sobre el hecho de que quienes más sufren son las mujeres pobres, porque, una vez decididas a abortar, no pueden acceder frecuentemente a un buen servicio, higiénico, y con personal capacitado, como en los servicios de los que sí se benefician las mujeres con recursos económicos para interrumpir su embarazo, quienes son atendidas por gente preparada y en buenas clínicas aún fuera de los límites de la ley.

No es posible cerrar los ojos frente al hecho que el embarazo se entaña, en el cuerpo de las mujeres, en su territorio corporal y en su espacio psíquico. Un embarazo no deseado, inoportuno, producto de circunstancias muchas veces ajenas a su determinación y voluntad, es una invasión inaceptable que debe poder ser interrumpida en condiciones seguras para su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Bolis, Mónica, (1993). *Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina*, Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541, Washington, D.C, OPS/OMS.
- Camacaro, Marbella, (2000). *La Experiencia del Parto. Proceso de la mujer o Acto Médico*, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad de Carabobo,, Maracay, Aragua, Venezuela. Impresos Rápidos, C.A.
- Marinas, J. y Santamaría, C. (1993). *La Historia Oral: Métodos y Experiencias.*, Madrid, Edit. Debate.
- Organización Panamericana de la Salud, (1996) *La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos*, Publicación Científica N° 553, Washington, D.C., OPS/OMS.
- _____,(2000). *Métodos Médicos de Interrupción del Embarazo*, Informe de un Grupo Científico de la OMS, Serie de Informes Técnicos N° 871, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, (1997). *Situación de Salud en Venezuela. Indicadores Básicos.*, Caracas.
- Ramos, Silvina; Gogna, Mónica; Petraacci, Mónica; Romero, Mariana, (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿una transición ideológica?*, CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Buenos Aires, Argentina.
- Ruiz, José; Ispizua, María Antonia, (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*, Universidad Deusto, Departamento de Publicaciones, Bilbao.

Sabada, Fernando, (1979). *La Mística de la Salud*, Rev. El Viejo Topo, N° 36, Iniciativas Editoriales, España.

Tubert, Silvia, (1991). *Mujeres sin Sombras: Maternidad y Tecnología*, Siglo XI de España Editores, Madrid.

