

La mala paciente

The bad patient

Ana Paola Machinandiarena

Fecha de presentación: 30/04/20
Fecha de aceptación: 01/07/20

Resumen

Entre diciembre de 2019 y enero de 2020, intervine en una situación que movilizó aspectos ligados a la ética, a lo personal, a las posibilidades y limitaciones del sistema de salud cordobés (Argentina), al movimiento de mujeres, y a colegas y compañeras de trabajo. Una mujer solicitó la interrupción legal de su embarazo por causal salud, luego de una cirugía de extirpación de trompas, y ya avanzado el segundo trimestre de la gestación.

En este trabajo, intento plasmar la complejidad del proceso, las violencias atravesadas, la valentía de esta “mala paciente” para el sistema de salud, las dudas que aparecieron mientras el tiempo avanzaba, el rol del trabajo social y del equipo de salud territorial.

Palabras clave

Interrupción legal de embarazo, sistema de salud, paciente, dominaciones interseccionales, aprendizajes

Abstract

Between December 2019 and January 2020, I intervened in a situation that mobilized ethical and personal issues, the Cordoba's health system and its possibilities and limitations, the women's movement, and colleagues and work mates. A woman asked for a legal interruption of her pregnancy because of health issues. This request had the antecedent of a surgery of tubal ligation. She was well in the second trimester of pregnancy.

In this paper, I intent to show the complexity of this process, the various types of violence she had to overdue, her courage as she was called a “bad patient” for the health system, the doubts that emerge as the time went by, the Social Work and the primary-health team role.

Keywords

Legal Pregnancy Interruption, health system, patient, intersectional dominations, learnings

Soy feliz, con mi propia locura.

Vanessa, protagonista de esta historia.

El trabajo social desarrolla su labor con sujetos a quienes el sistema capitalista, colonial, patriarcal y extractivista, coloca en y expulsa hacia los márgenes y más allá de los mismos.
(Peralta 2020: 135)

Conociendo a La Mala Paciente

Corre diciembre de 2019, más precisamente 10 de diciembre. Día de los Derechos Humanos en la Argentina, y también día de la trabajadora y el trabajador Social. Diciembre de un año complejo, en mi condición de mamá primeriza, con un nuevo cargo en la Universidad, y retomando mis funciones en el centro de salud de un barrio periférico de la ciudad de Córdoba, con sus numerosos y complejos desafíos.

Crisis social, inflación aplastante, merenderos barriales que se multiplican, personas preguntando cómo conseguir comida en el centro de salud. Muchas mujeres relatando situaciones de violencia por parte de sus parejas, si es que pudieran ser considerados de esa manera. Al mismo tiempo, la belleza del trabajo con jóvenes en espacios colectivos de participación ciudadana, un trabajo que renueva las ganas y la decisión de enfrentar los desafíos. En lo personal, era un tiempo de balance, de evaluación y proyección, de listar de puño y letra el año siguiente

Corre la mañana del 10 de diciembre de 2019, y estoy respondiendo las múltiples salutations por el día de mi profesión, elegida hace ya más de la mitad de mi vida. Soy mala en eso (¿En la profesión? ¿En responder mensajes? ¿En enviar mensajes? Es parte del balance).

Avanza la mañana del 10 de diciembre, y una de mis compañeras médicas del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) me pide que la acompañe al consultorio porque una paciente quiere interrumpir su embarazo. Algo ha pasado este año y las mujeres se están animando a plantear sus miedos, sus deseos, las violencias que atraviesan, el inicio de embarazos no esperados... yo tengo algunas pistas al respecto. ¿Cuáles? La Marea Verde¹ y el debate parlamentario de 2018² llevaron a la mesa familiar discusiones sobre reivindicaciones colectivas con más de 30 años de acciones de incidencia pública, pero que hasta ese momento quedaban

¹ Se denomina Marea Verde a "las inmensas movilizaciones, pañuelazos, festivales y debates en universidades, escuelas, hospitales, sindicatos, organizaciones barriales, plazas e instituciones judiciales, [que] instalaron la discusión por el derecho al aborto en diversos espacios –a veces impensados- y generaciones" (Acevedo y Bosio, 2019: 11).

² Durante el año 2018, se inicia el debate sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (ILE) en el Congreso de la Nación. "Las vigiliadas y movilizaciones que se dieron en Argentina durante el 13 de junio y el 8 de agosto -fechas en que se debatió el Proyecto (...) en la Cámara de Diputadas/os y Senadoras/es- se constituyen en hitos donde la presencia del movimiento feminista en espacios públicos cobra visibilidad y masividad, interpelando a la sociedad, al Estado y sus agentes por el reconocimiento de derechos" (Acevedo y Bosio, 2019: 11).

en lo más íntimo de los secretos de las mujeres en los barrios populares –aunque en el barrio donde trabajo es un secreto a voces los lugares donde se realizan abortos inseguros, así como el pozo donde se arrojan los restos productos de esa práctica—. En segundo lugar, mi posicionamiento en favor de la legalización del aborto es público –y publicado en todas las redes sociales de las que hago uso (lo que me valió varios insultos a lo largo del proceso—. En tercer lugar, este CAPS, hacía un año que ya no contaba con servicio de ginecología. A pesar de los reclamos, desde su inauguración en octubre de 2006, el servicio de ginecología es intermitente y frecuentemente interrumpido. De ahí que la médica clínica, decidió retomar el programa de Salud Sexual y (no)Reproductiva (SSy(no)R) y las consultas de ginecología y obstetricia. Y les pregunta a las mujeres qué quieren hacer cuando se enteran que están embarazadas –y, por ende, habilita a la palabra antes silenciada—. Y por último, el boca en boca –que en los barrios funciona de manera efectiva como sistema de circulación de información—.

La muchacha en el consultorio fue clara desde el primer momento, “no quiero esto”, “no puedo estar embarazada”, “yo me ligué las trompas en agosto, ¡y ahora me pasa esto!”. En la habitación también se encontraba su madre, una mujer un par de años mayor que yo, pero ya abuela de varias/os nietas/os (desde que soy madre, no puedo evitar estas comparaciones). Vanesa³ tenía 21 años, una cardiopatía congénita grave que la había obligado a pasar largos períodos de su vida entre hospitales, medicaciones, cirugías, la posibilidad cercana de la muerte, de manera más consciente que el común de las personas). “No quiero morir... tengo miedo de morir y dejar a mi hijo solo, ¿quién lo va a cuidar si no estoy?”.

Volvamos un poco el tiempo atrás. Cuando Vanesa tenía 15 años solicitó (acompañada por su madre) la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU). En aquella oportunidad, y a solicitud de equipo de atención primaria de la salud, se recibió una nota de su cardióloga de cabecera, en la que aparecía esta referencia: “la opción más aceptable es el DIU y nunca la intervención hormonal. Por lo tanto, la mayor intervención sería el diálogo fluido y permanente porque en este caso el embarazo sería muy complicado y de decidirlo en un futuro, debe ser muy controlado”. Vanesa fue una de las poquísimas adolescentes a las que se les colocó DIU en el centro de salud, e indudablemente tuvo que ver con su situación clínica. Si bien en nuestra legislación nacional está previsto que las personas accedan a métodos anticonceptivos de su preferencia desde los 14 años de edad⁴ (y, más recientemente, desde los 13 años de edad según el nuevo Código Civil y

³ Vanesa es su nombre ficticio a fin de proteger su identidad.

⁴ La ley Nacional 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), en su reglamentación, refiere en su ARTICULO 4 que, a los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considérese al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION

Comercial Argentino⁵), el DIU no es un método promocionado ni elegido por adolescentes que aún no han atravesado ninguna gestación. El DIU no previene enfermedades de transmisión sexual, igual que el implante subdérmico (con el cual no se contaba en aquellos años en el Programa de SSyR), o los anticonceptivos hormonales más utilizados –como pastillas e inyectables en sus diferentes versiones—. También es cierto que junto con el implante subdérmico son los métodos reversibles de mayor duración incluidos en el listado de anticonceptivos gratuitos del Ministerio de Salud de la Nación, pero que –al mismo tiempo– goza de buena salud en cuanto a prejuicios – o no tan prejuicios: que las/os bebés nacen con el DIU en la frente, que duele en la colocación, que pincha el pene del compañero sexual, que los hilos se notan, que duelen las menstruaciones posteriores o que son muy abundantes, que hay que haber tenido hijas/os antes, que produce infertilidad, entre muchos otros. Estos y algunos otros son comentarios de mujeres que han concurrido al centro de salud en busca de Métodos Anticonceptivos a lo largo de los 14 años en los que desarrollamos tareas en este territorio.

Vanesa sí eligió ese método... o así se lo aconsejó su médica cardióloga de cabecera, y en su historia clínica se encuentra adjunto su consentimiento informado firmado y la reseña de la colocación allá por el año 2013. Desde entonces y hasta el año 2016, no hay nuevas consultas ginecológicas para Vanesa. Si realizó o no los controles que se suelen indicar luego de la colocación del DIU – o si efectivamente le indicaron los controles recomendados por la OMS, es imposible de saber a través del documento personal y legal de Historia Clínica.

Corría el año 2016, y la muchacha se acercó pidiendo un test de embarazo. En esta instancia, el registro escrito indica que Vanesa informó que en algún momento del año anterior había sufrido un aborto espontáneo, donde también había despedido el DIU que tenía colocado. El año siguiente, nació su hijo, de un embarazo de alto riesgo que implicó, según su relato personal, al menos una internación prolongada y el monitoreo constante del proceso.

Desde aquel momento, y hasta mayo de 2019, las consultas resultaron esporádicas, concentradas principalmente en Clínica Médica ante situaciones de malestares físicos transitorios. En una de estas consultas, Vanesa relató que había estado privada de su libertad por un año y medio en una causa relacionada al narcomenudeo. En mayo, solicita asesoramiento en métodos anticonceptivos, y en esa misma instancia, en comunicación telefónica con su médica cardióloga de cabecera, se le sugieren nuevamente las posibilidades de DIU o Implante Subdérmico. Unos meses más tarde, corría septiembre, cuando Vanesa consultó por anemia a la

NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

⁵ El ARTÍCULO 26 del Nuevo Código Civil y Comercial Argentino refiere: *“La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. (...) Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.*

médica ginecóloga. En esta consulta, relató que hacía un mes, a fines de agosto, había sido intervenida quirúrgicamente de urgencia por un embarazo ectópico en un hospital de la ciudad de Córdoba. En esa cirugía, se realizó Salpinguectomía Bilateral⁶. En su Historia Clínica del CAPS, se consigna su angustia y la frase “No me siento mujer. Me dijeron en el hospital que como ya no voy a poder tener hijos, soy poca mujer”. Su siguiente consulta en el CAPS sería el 10 de diciembre de 2019, cursando un embarazo de 20 semanas (segundo trimestre) y solicitando Interrupción Voluntaria del Embarazo (ILE) causal salud⁷.

Construyendo a La Mala Paciente

La construcción de la/el paciente, de la mujer paciente, de la mujer paciente pobre, de la mujer paciente pobre en el hospital público, requiere profundizar en sentidos teóricos y epistemológicos. El diccionario de la Real Academia Española (23.3 edición) explica que el término *paciente* se deriva del latín *patiens*, esto es 'padecer, sufrir', 'tolerar, aguantar'. En la definición actual, se destacan las siguientes acepciones: “1. (adjetivo) que tiene paciencia, 3. (adjetivo) que recibe o padece la acción del agente y 4. (sustantivo) persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica”. La/el paciente, por su condición, y mientras esa sea su adjetivación, *recibe o padece* las intervenciones del saber médico-hegémico (y las diversas disciplinas que constituimos los equipos de salud) y pierde su autonomía frente al sistema de salud, lo que implica también que hay una/o otra/o que tiene un saber legitimado, científico, euro-hetero-cis-adultocentrado frente a las dificultades que afectan su proceso de salud individual y colectiva.

Entonces, es el sistema de salud (y las/os sujetos/as que lo integramos) quienes definimos y construimos a las/os *buenas/os* y *malas/os* pacientes de acuerdo a su disposición de *recibir o padecer* las intervenciones de este saber legitimado y hegemónico. Cuando Vanesa solicitó la Interrupción Legal de su Embarazo, la respuesta del equipo hospitalario fue la siguiente: “Paciente de 21 años con Cardiopatía Congénita (...) Paciente de difícil control. Mal seguimiento. No concurriendo [SIC] a las citas médicas” (informe de junta médica de justificación del rechazo de ILE). Paciente que no se permite *recibir o padecer* las intervenciones, el seguimiento de la medicina. Paciente que, como decide (o no puede, o no desea, o no comprende, o mil razones más) no concurrir a las citas médicas, es construida como una mala paciente.

Lo que no está dicho en este informe es que el hecho de vivir con una patología congénita implicó para ella atravesar intervenciones invasivas en su cuerpo desde muy corta edad,

⁶ Vanesa había solicitado ligadura de trompas en esa instancia. Como la cirugía era de urgencia, fue denegada. Sin embargo, por complicaciones propias de la intervención quirúrgica, se realizó la salpinguectomía bilateral (extirpación quirúrgica de ambas trompas de Falopio debido a una hemorragia).

⁷ En Argentina, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a acceder a una interrupción legal del embarazo que cursa, según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando: • el embarazo representa un peligro para la vida de la persona gestante; • el embarazo representa un peligro para la salud de la persona gestante; • el embarazo proviene de una violación (se trate o no de una persona con discapacidad intelectual o psicosocial)” (Protocolo ILE, 2019: 12).

medicación crónica, restricciones en la alimentación y los consumos, aún a pesar de sus preferencias o elecciones. El informe continúa: “En el mes de mayo se comunica para solicitar métodos anticonceptivos. Se sugiere comenzar con pastillas anticonceptivas y colocación de Implante Subdérmico, no acudiendo para realizar dicha asistencia”. Otra vez, la responsabilización sobre la mujer. La indicación sobre el cuerpo de una otra pasiva; la resistencia que la confirma como “mala paciente”. El informe es claro al respecto: Vanesa ella solicita, la/el médica/o sugiere... ¿hay pregunta sobre sus deseos y posibilidades en relación al cuidado personal y el uso de métodos? Y la mujer que no acude. Ella no cuida su cuerpo. ¿Es su cuerpo? ¿O es un cuerpo público? Judith Butler (2006), nos ayuda a reflexionar sobre los sentidos de nuestros cuerpos privados y públicos:

“El cuerpo supone mortalidad, vulnerabilidad, praxis: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros, pero también al contacto y a la violencia, y también son cuerpos los que nos ponen en peligro de convertirnos en agentes e instrumento de todo esto. Aunque luchemos por los derechos sobre nuestros propios cuerpos, los cuerpos por los que luchamos nunca son lo suficientemente nuestros. El cuerpo tiene una dimensión invariablemente pública. Constituido en la esfera pública como un fenómeno social, mi cuerpo es y no es mío. Entregado desde el comienzo al mundo de los otros, el cuerpo lleva sus huellas, está formado en el crisol de la vida social (...); si construí una noción de "autonomía" sobre la base de la negación de esta esfera de proximidad física original e involuntaria, ¿estoy negando entonces las condiciones sociales de mi cuerpo en nombre de la autonomía?” (p. 52).

Nuestra legislación argentina prevé, desde el año 2009, los derechos de las/os pacientes (nombrándoles de esa manera, *pacientes*). Así, la ley 26529 sostiene en su Artículo 2, que las y los pacientes tienen derecho a la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, a la información sanitaria y a la interconsulta médica. Aun así, la interseccionalidad de vulneraciones profundas que atraviesan la vida cotidiana y el cuerpo de Vanesa por el hecho de ser mujer pobre joven (violencias de género e institucionales, escasa escolaridad, consumos problemáticos, intervenciones estatales punitivas, entre muchas otras) obstaculiza sostenidamente el acceso a estos derechos.

Cuando Vanesa concurrió al CAPS ese 10 de diciembre, con un posible (evidente) embarazo luego de su cirugía de extirpación de Trompas de Falopio, su angustia era evidente: “a mí me explicaron que no iba a tener más hijos en el hospital. Tengo miedo de lo que me pueda pasar a mí; en el embarazo de M estuve un mes y medio internada en terapia intensiva; la médica cardióloga me había dicho que no podía quedar más embarazada. Pedí la ligadura tubaria porque no puedo tener más hijos y me hacen esto. ¿Quién va a cuidar a M.? [su hijo de 2 años, que padece una discapacidad motriz]. Yo no tengo plata, mi marido está en la cárcel. Esta situación no la esperaba, no puedo. Me cuesta respirar también, con esto no voy a poder”. Sus argumentos nos movilizaron profundamente.

Si sus Trompas de Falopio habían sido extirpadas, ¿qué falló?⁸ Si el diagnóstico por el cual fue intervenida en agosto era *Embarazo Ectópico*, ¿por qué en diciembre estaba cursando un embarazo de más de 20 semanas? No hay explicación alguna en los documentos y entrevistas a los que he tenido acceso hasta el momento... sólo sucedió.

Su solicitud, terminante: *"No quiero esto. No puedo continuar con esto. No me quiero morir"*, fue escuchada en este CAPS. Sin embargo, la imposibilidad de realizarlo de manera ambulatoria fue determinante en su derivación a centros de mayor complejidad. Estas derivaciones intentaron ser lo más cuidadosas posible, con profesionales conocidas/os por su trayectoria en acompañamiento de ILEs.

Entonces, comenzó su derrotero de mala paciente por hospitales públicos de la Ciudad de Córdoba. Cito, a continuación, frases de las entrevistas con Vanesa y con profesionales de entidades hospitalarias en referencia a las intervenciones hospitalarias a partir de su solicitud.

Hospital 1: *"lo vas a tener que tener... después lo podés dar en adopción"* (relato de Vanesa).

Hospital 2: *"está de 20.5 semanas, no podemos hacer nada acá, no tenemos la complejidad suficiente... y si me preguntás personalmente, con esa cantidad de semanas, yo no lo haría"* (profesional médico).

Hospital 3: *"me internaron para hacerme junta médica... me hicieron una eco, me dijeron que estoy de 23 semanas. Vino la doctora jefa y me dijo que era algo así como 'conciencia' [SIC], no me acuerdo bien la palabra, y me dieron el turno para Embarazo de Alto Riesgo"* (relato de Vanesa).

El Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la ILE (en adelante, Protocolo), en su versión actualizada a diciembre de 2019, destaca que *"los equipos de salud son los primeros responsables en garantizar el acceso a ILE (...) y de prevenir y/o evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud"* (Protocolo, 2019:10). Sin embargo, en el caso de Vanesa, y desde los niveles de alta complejidad, ésta no fue la respuesta, sino todo lo contrario: un turno en Consultorio de Embarazos de Alto Riesgo, y la promesa de *"casa nueva, ropa para el bebé y \$100,00 para volver a su barrio"* (relato de Vanesa).

Vanesa también avanzó consultando a la línea telefónica de Socorristas en Red, aunque *"no me animé"* a concurrir a la cita.

La causal salud, en el Protocolo (2019), no deja lugar a dudas en relación a la atención de ILEs:

⁸ Debo decir que no me sorprendió esta situación. Algunos años atrás, acompañando a una mujer víctima de violencia de género grave, y luego de un proceso largo que involucró a muchas/os actores, ella logró que se respetara su derecho, y su deseo a la Ligadura de Trompas. Cinco meses después, concurrió al Centro de Salud con un embarazo avanzado. Ante esta situación, la profesional que había llevado adelante la cirugía nos explicó que ambas Trompas habían sido extirpadas y derivadas a Anatomía Patológica de la institución, que evidentemente había un embarazo previo pero que el mismo no había sido detectado en las instancias previas a la cirugía. La niña nació a término, por parto normal, sin secuela alguna.

“causal salud puede definirse por el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social y entenderse que la interrupción del embarazo basada en esta causal es legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo. Es decir, que se debe concebir la salud desde una perspectiva integral.

Desde este enfoque, el derecho a la salud es interdependiente con los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad y el derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes” (p. 15).

El lugar de escucha empática continuó siendo el CAPS. Ella venía, o nosotras concurríamos a su domicilio, donde sosteníamos largas conversaciones sobre su situación, su pareja privada de la libertad, su hijo, su vida cotidiana. De estas conversaciones, y luego de esa vuelta infructuosa por los hospitales, decidimos recurrir al Ministerio de Salud de la Nación (la Línea 0800 del Programa de Salud Sexual y Reproductiva) y a una abogada ligada al Movimiento de Mujeres y a la Campaña por el Derecho a Decidir Córdoba.

La rebelión de La Mala Paciente... el Sistema de Salud se las cobra

Ese mismo fin de semana, 2 ó 3 días después de la demanda realizada al Ministerio de Salud de la Nación, recibí la llamada de altos funcionarios del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. La cita ahora era con el máximo funcionario de esta cartera: “Que venga solo Vanesa. La cita es solo con ella” fueron las indicaciones desde la cartera. Con Vanesa y la abogada entendimos que esta cita estaba relacionada con las condiciones de posibilidad de la realización o no de la práctica de interrupción de embarazo. Ya habían pasado 3 semanas desde la demanda inicial, por lo que la práctica era cada vez más riesgosa, el embarazo entraba en condiciones de viabilidad para la vida extrauterina, todos los profesionales que habían tenido contacto con ella en los hospitales plantearon Objeción de Conciencia o, al menos, desacuerdo con la intervención. En el Protocolo (2019), aparece claramente que

“La objeción de conciencia no puede traducirse en un incumplimiento de los deberes profesionales, ni dañar derechos de las pacientes (CSJN, 2012, Considerando 29). El objetivo de la objeción de conciencia es resguardar las íntimas convicciones morales de la persona que objeta, no impedir el ejercicio de derechos por parte de las pacientes” (p. 26).

La Objeción de Conciencia es uno de los puntos más debatidos en cuanto a la despenalización y legalización del Aborto en Argentina. Diversos estudios y relevamientos (Deza, 2015, Puga y Vaggione, 2013, Morán Faúndes, 2011, Serna Botero, Cárdenas y Zamberlin, 2019, entre muchos otros aportes) muestran que las/os objetores de conciencia suelen traer como

consecuencia el retardo de la práctica, el impulso a situaciones de abortos inseguros con el riesgo de la morbi mortalidad de personas gestantes, y la imposición embarazos forzados.

“La objeción de conciencia frente al aborto forma parte de una biopolítica que administra la maternidad, regula la soberanía reproductiva y estructura un campo asimétrico donde confluyen las disputas sobre el cuerpo de las mujeres: el de una relación médico-paciente donde el costo de la indemnidad de conciencia de los profesionales de la salud, está cargado a la cuenta de la usuaria” (Deza, s/f).

A esto se suma que, por recomendación de la OMS, *“en la interrupción del 2do trimestre, debe mantenerse la internación hasta que se haya completado la expulsión de feto y placenta (OMS, 2014)”* (Protocolo 2019: 44).

“Independientemente de la edad gestacional, se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas personas que presenten comorbilidades como enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, neuropatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial descompensada o cualquier situación de salud descompensada o que pueda descompensarse”. (Protocolo 2019: 46).

Entonces, el rol del equipo de salud territorial era el de acompañar, sostener, explicitar y explicar derechos, cogestionar recursos, en un marco de empatía y escucha atenta. Por esta razón, cuando la convocatoria a la cita llegó, nuestra intervención se centró en conversar sobre sus deseos, posibilidades, derechos, marco legal, la posibilidad de la intervención judicial en caso de tener que sostener un embarazo forzado.

En la cartera de salud, la entrevista fue conducida por el Ministro de Salud, cuatro funcionarias y un abogado. *“me dijeron que contara la verdad (...) estaban enojados con el Hospital... [aquel que en junta médica le negaron la interrupción] Ellos me dijeron que me dan la opción de interrumpir el embarazo ahora, que les tengo que dar una respuesta mañana. Me estarían internando el jueves... que van a hacer lo posible para que salga todo bien. Y que... el bebé va a nacer vivo, pero si yo quería darlo en adopción lo daba, o si quería tener me lo daban igual. No me trataron mal... Se pusieron en mi lugar... me dijeron que, si no me quería atender en ese hospital por todos los sufrimientos que me habían dado, me iban a encontrar otra solución”* (relato de Vanesa en entrevista).

Efectivamente ese fin de semana, Vanesa se comunicó conmigo a mi celular y me dijo: *“a mí me gustaría internarme lo antes posible, antes de que pase más tiempo... la doctora me dijo que te avise a vos, así el jueves ya me estarían internando”* “gracias por entenderme” (relato de entrevista).

Desde la cartera de salud, se gestionó la cama, el quirófano, la intervención de salud mental y de médico gineco-obstetra (director de la institución donde se llevó adelante la práctica de interrupción). Se solicitó al equipo de salud del CAPS, informe social donde se consignara la causal salud (desde una perspectiva integral, y sostenida en la salud social, económica y

emocional). Ese informe fue supervisado por compañeras/os del equipo y firmado sólo por mí, en mi condición de trabajadora social, enviado por mail y entregado en mano a Vanesa para que lo llevara al hospital, con la consigna de que nada de lo que estaba escrito allí la *“obligaba a nada. Si tomás otra decisión, se descarta y no hay ningún problema, te vamos a seguir acompañando, no importa la decisión que tomés”* (extraído de mi registro de campo).

El Protocolo (2019), destaca que

“En las interrupciones del segundo trimestre pueden combinarse, si fuera necesario, los tratamientos medicamentoso e instrumental. La OMS señala que “no se justifica hacer un raspado de útero de rutina” (OMS, 2014). Asimismo, indica que la evacuación uterina (para lo que recomienda la AMEU como primera opción) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas (OMS, 2014)”. (p.44).

Sin embargo, el 5 de enero de 2020, casi un mes después de la primera consulta, el acto médico que se llevó adelante fue una *“microcesárea”*⁹. El feto nació vivo y fue trasladado al área de Neonatología (donde sobrevivió 9 días). Vanesa fue retirada del quirófano y trasladada en el mismo acto a otro hospital cercano para su recuperación. Las compañeras de la Campaña por el Derecho a Decidir son muy claras en esto: *“El tema es que ella haya sabido bien lo que iba a suceder. Que ella haya podido decidir. Ella tiene que saber lo que va a suceder... sea la semana que sea”* (registro de conversación telefónica).

En relación al producto de ese embarazo, tanto Vanesa como su madre refirieron que no tenían ninguna novedad del mismo, y que era el equipo de salud el que había tomado la decisión de no brindar esta información: *“Del bebé no sé nada. El médico dijo, vos sabés que... ni yo ni ella van a tener información del bebé. Que eso pasaba al SeNAF¹⁰, que nosotros ya no teníamos que preguntar... que lo dábamos en adopción”* (relato de entrevista con la madre de Vanesa).

Varios días después, pude tener contacto con Vanesa, y el relato de su cirugía –y de las violencias que la atravesaron–, es fundante para pensarnos en la relación con las mujeres y personas gestantes que atraviesan la compleja decisión de interrumpir sus embarazos: *“Entré a la cirugía con un miedazón [SIC] La psicóloga me había dicho que lo pensara bien, que me apoyaban, pero que no había vuelta atrás... también vinieron dos enfermeras que me dijeron ‘¿qué te pensás? ¿qué tenés todo servido?’ Me quisieron convencer de tenerlo. El Director del hospital me hizo la cirugía. Estaba nervioso porque hacía mucho que no operaba. Cuando lo sacaron, él se fue... al ratito volvió y ya me estaban cosiendo. Él preguntó: ‘¿le revisaron las trompas?’ Entonces me tuvieron que descoser para revisarlas. Cuando me estaban haciendo eso, se me pasó la anestesia y empecé a sentir todo,*

⁹ Microcesárea es una cirugía por la cual se aborda el contenido uterino haciendo una incisión en el útero a través de la pared abdominal (García Gallego y otras, 2019).

¹⁰ Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Gobierno de la provincia de Córdoba.

empecé a gritar porque sentía todo, me dieron ganas de vomitar. Pensé que me iba a morir. El anestesista se enojó y me puso una inyección. Me dijo que grité de más. Cuando terminaron, me subieron a una ambulancia y me llevaron a otro hospital. Ahí dijeron que había sido una cesárea y que se me había muerto el bebé adentro”.

El subtítulo de este apartado tiene que ver con eso. Vanesa logró que se respetara su derecho a la ILE causal salud, pero el sistema de salud encuentra espacios subrepticios para sostener su poder sobre nuestros cuerpos.

Vanesa, ya en su domicilio, me dijo: *“Me siento bien. Ahora estoy más a favor de la mujer. Y hoy me llamaron para un trabajo”.* Su madre, que la acompañó durante todo el proceso, también comentó lo siguiente: *“Hiciste mucho por mi hija... no hay palabras para agradecerte por lo que hiciste”.*

Un párrafo aparte merece la intervención en relación al feto que nació de 25 semanas, con 570 gramos, y que sobrevivió 9 días en el Servicio de Neonatología del hospital. Desde el Ministerio de Salud, se le aseguró a Vanesa que ella podría decidir si quería verlo/a y, en el caso de sobrevida, podría decidir tener vínculo o no con ese bebé. Sin embargo, tanto ella como su madre relatan que desde el hospital se les negó esta información. Ellas no supieron cuál fue el desenlace de la historia en relación a esta/e neonata/o. Yo decidí preguntarle qué sabía sobre ella/el, y Vanesa me respondió: *“para mí sigue vivo”.* *“En el hospital me dijeron que no iba a poder verlo, ni saber nada de él. La mandé a mi vieja para saber qué había pasado, pero ella se enojó conmigo. Me dijo que yo había tomado esa decisión y que nos iban a sacar corriendo. Yo los escuché decir cuando me estaban operando, que estaba vivo, y me quedó la duda. Pero me dijeron que no tengo derecho a saber”.* Todas las dudas en mi cabeza. ¿Qué es lo que corresponde decir en estas situaciones? A veces, siento que no habría que preguntar cuando no sé qué hacer con las respuestas. Finalmente, mi intervención fue la de reflexionar con ella en relación a su derecho a saber, a conocer la situación de vida o muerte de esa/e neonata/o de altísimo riesgo, que eso no la obligaba a buscar respuestas, pero que nadie podía negárselas. Desde los equipos de salud, no podemos sancionar leyes, ni juzgar a las/os sujetas/os por sus decisiones, solo podemos acompañar respetuosamente en el marco de las posibilidades que ofrecen las mejores tecnologías a las que accede un país, científicamente fundadas y socialmente aceptables (Ley 26.529 de Derechos de los y las Pacientes).

Aprendizajes junto a La Mala Paciente

Que son múltiples los obstáculos y las violencias que deben atravesar las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos no es algo extraño para quienes militamos en diversos espacios ligados a los feminismos. Que se culpabiliza a las mujeres por las relaciones sexuales (y sus posibles consecuencias) tampoco es raro. Que este proceso de intervención y la relación con Vanesa, la “mala paciente”, me movilizó mis entrañas más profundas, y se llevó más de una lágrima bajo la ducha, de eso no tengan dudas.

Escribo estas líneas para permitirme comprender y analizar este proceso y las decisiones que tomamos en el camino. Escribo estas líneas porque la empatía a veces resulta muy cara para quienes tomamos la decisión de construir la profesión abrazadas a los derechos humanos como bandera. María Inés Peralta (2020), trabajadora social, magister y decana de la Facultad de Ciencias Sociales en la UNC, destaca:

“En primer lugar, nuestra práctica se ubica en los márgenes y en posiciones conflictivas de lucha, como surge de diversos aspectos de nuestra identidad e historia profesional. (...) el trabajo social se ubica en los márgenes de las instituciones y de las comunidades, podría decirse de las prácticas instituidas e instituyentes. (...) En segundo lugar y por lo que venimos diciendo, nuestra práctica es incómoda. Se trata de una incomodidad que moviliza a la reflexión y revisión permanente: de lo que decimos, de lo que hacemos, de las instituciones en las que nos insertamos y de aquellas que creamos” (p.135).

El cuerpo de Vanesa viene siendo intervenido desde muy niña (mucho más que la mayoría de los cuerpos), pero esta última intervención implicó aprendizajes y decisiones que pusieron en tensión al Estado provincial en sus distintos estamentos de salud. “*Lo personal es político*” (Millett, 1995 [1970]) se hizo carne en Vanesa y su firme decisión de interrumpir un embarazo por la causal salud hacia el final del segundo trimestre. Y esta tensión impactó en las acciones del Estado sobre el cuerpo de Vanesa. Intuyo que la intervención de “*me tuvieron que descoser para revisarlas [a las Trompas de Falopio]*” tuvo una profunda relación con la biopolítica del poder sobre los cuerpos individuales de las y los sujetos/as. Dice la Butler (2006):

“De algún modo, todos vivimos con esta particular vulnerabilidad, una vulnerabilidad ante el otro que es parte de la vida corporal, una vulnerabilidad ante esos súbitos accesos venidos de otra parte que no podemos prevenir. Sin embargo, esta vulnerabilidad se exagera bajo ciertas condiciones sociales y políticas, especialmente cuando la violencia es una forma de vida y los medios de autodefensa son limitados” (p.56).

Por último, aunque no me es posible dar cierre a este texto porque lo sigo dando vueltas en mi almohada, vuelvo a recuperar una frase Peralta (2020), que resuena en las conversaciones con colegas cuando nos pensamentamos en la intervención profesional:

“nuestra ubicación en los márgenes es valorada positivamente, implica un buen lugar para ejercer la crítica, para producir pensamientos críticos, para diseñar y gestionar procesos instituyentes, para resistir y luchar, para producir y coproducir experiencias cotidianas e históricas capaces de habilitar nuevas relaciones sociales” (Peralta, 2020: 136).

Espero que las líneas bocetadas en estas páginas sean un pequeño aporte a la pregunta que apareció en una de las múltiples conversaciones que tuvimos con la abogada feminista que acompañó este proceso: ¿quiénes cuidan a las que cuidan?

Referencias bibliográficas

Acevedo, Patricia y Bosio, María Teresa (2019): La participación de las Jóvenes en la Marea Verde. *Revista ConCiencia Social* Vol. 3 Núm. 5. Facultad de Ciencias Sociales, UNC, Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26118> Fecha de Consulta: 28 de abril de 2020.

Butler, Judith (2006): *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Paidós. Buenos Aires.

Deza, Soledad (s/f): Objeción de conciencia al aborto: de la defensa a la agresión. New York City, EEUU: Hemispheric Institute. Recuperado de <https://hemisphericinstitute.net/pt/emisferica/emisferica-122/4533-objecion-de-conciencia-al-aborto-de-la-defensa-a-la-agresion-pt.html> Fecha de consulta: 10 de abril de 2020.

----- (2015): Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Revista Perspectivas Bioéticas* N° 37/38: 76-99. Recuperado de: <http://mujeresxmujeres.org.ar/recursos/objecion-de-conciencia/> Fecha de consulta: 28 de abril de 2020.

----- (2015): Información Sanitaria y Objeción de Conciencia frente al Aborto. *Revista Pensamiento Penal*. Recuperado de: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/40706-informacion-sanitaria-y-objecion-conciencia-frente-al-aborto> Fecha de consulta: 30 de abril de 2020.

García Gallego Francisca, Rodríguez Armario Eva, Stolzenburg Ramos Alberto (2019): Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. España. Recuperado de <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf> Fecha de consulta: 9 de abril de 2020.

Millett, Kate (1995 [1970]): *Política Sexual* (Traducido por Bravo García Ana María). Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer. Valencia.

Morán Faúndes, Jose Manuel (2011): "La inevitable maternidad. Actores y argumentos conservadores en casos de aborto no punible en la Argentina". Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina. *Católicas por el Derecho a Decidir*. Córdoba.

Peralta, María Inés (2020): Teoría crítica y trabajo social crítico. Interpelaciones a la intervención y a la formación profesional. *Revista ConCiencia Social* Vol. 3 Núm. 6. Facultad de Ciencias Sociales, UNC, Córdoba, Argentina. Recuperada de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/issue/archive> Fecha de consulta: 29 de abril de 2020.

Puga, Mariela y Vagionne, Juan Marco (2013): La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos. En Marta Vasallo (comp.). *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto*. Colección Religión, Género y Sexualidad. Católicas por el Derecho a Decidir. Córdoba, Argentina.

Serna Botero Sonia, Cárdenas Roosbelinda, Zamberlin Nina (2019): ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Revista Latinoamericana* N° 33 - diciembre. 137-157. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/42172/31747> Fecha de consulta: 30 de abril de 2020.

Documentos consultados

Ley Nacional 25.673 de *Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Sancionada en octubre de 2002. Promulgada mediante el decreto nacional 1282/2003.

Ley Nacional 26.529 de *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Sancionada el 21 de octubre de 2009 y promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> Fecha de consulta: 29 de abril de 2020.

Ley Nacional 26.994 de *Código Civil y Comercial de la Nación*, sancionada en agosto de 2015. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm> Fecha de consulta: 29 de abril de 2020.

Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Integral del Embarazo (2019). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001792cnt-protocolo-ILE-2019-2edicion.pdf> Fecha de consulta: 25 de abril de 2020.

RAE (Real Academia Española) Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <https://dle.rae.es> Fecha de la consulta: 03 de mayo 2020.

Otras fuentes consultadas

Historia Clínica de Vanesa en el CAPS. Se reserva la identidad de la persona por cuestiones éticas.

Informe de Junta Médica (se reserva Hospital para cuidar la identidad de la persona) en el que se deniega la Interrupción Legal de Embarazo.

Registros propios de entrevistas en consultorio y en domicilio de Vanesa.

Registros propios de entrevistas con la madre de Vanesa.

Registros propios de conversaciones con actores estatales y de la sociedad civil que intervinieron en este proceso (Ministerio de Salud, Servicios Sociales hospitalarios, equipo de salud del CAPS,

Campaña por el Derecho a Decidir, docentes feministas de la Facultad de Ciencias Sociales, entre otros).

Cita recomendada

Machinandiarena, A. P. (2020). La mala paciente. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 150-164. Recuperado de:

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30753> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Ana Paola Machinandiarena

Argentina. Licenciada en Trabajo Social y Maestranda en Antropología por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Profesora Adjunta, Extensionista e Investigadora en la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC y Trabajadora Social en Centro de Atención Primaria de la Salud (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba). Correo electrónico: ani_pao_machi@yahoo.com.ar