



Violencia (s),
derechos
y salud

....



Sociología de la práctica médica autoritaria

Violencia obstétrica,
anticoncepción inducida
y derechos reproductivos

Roberto Castro
Joaquina Erviti

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Eduardo Bárzana García
Secretario General

Dra. Estela Morales Campos
Coordinadora de Humanidades

Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez
Directora del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)

COMITÉ EDITORIAL
CRIM

Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez
PRESIDENTA

Lic. Mercedes Gallardo Gutiérrez
Secretaria Técnica del CRIM
SECRETARIA

Dra. Adriana Ortiz Ortega
Profesora de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM

Dra. Elaine Levine Leiter
Investigadora del Centro de Investigaciones sobre América del Norte, UNAM

Dra. Elsa María Cross y Anzaldúa
Profesora de la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM

Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas
*Profesor e investigador del Centro de Estudios Demográficos,
Urbanos y Ambientales, El Colegio de México*

Dra. Maribel Ríos Everardo
Secretaria Académica del CRIM

INVITADA PERMANENTE

Mtra. Yuriria Sánchez Castañeda
Jefa del Departamento de Publicaciones del CRIM

INVITADA PERMANENTE

Sociología de la práctica médica autoritaria

Violencia obstétrica,
anticoncepción inducida
y derechos reproductivos



CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS

Sociología
de la práctica
médica
autoritaria
Violencia obstétrica,
anticoncepción inducida
y derechos reproductivos

Roberto Castro
Joaquina Erviti



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Cuernavaca, 2015

Castro, Roberto (Castro Pérez), autor.

Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos / Roberto Castro, Joaquina Erviti. Primera edición 320 páginas.

ISBN: 978-607-02-7098-7

1. Mujeres embarazadas, Abuso de -- Prevención. 2. Mujeres maltratadas -- Atención médica. 3. Derechos reproductivos. 4. Salud reproductiva. I. Erviti, Joaquina, autor.

II. Título

RA1122.C37 2015

LIBRUNAM 1775380

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos externos al CRIM, de acuerdo con las normas establecidas en los Lineamientos Generales de Política Editorial del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México

Diseño de forros: Carlos E. F. Suárez/Add_FACES

Primera edición: 24 de agosto de 2015

D.R. © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, delegación Coyoacán, 04510, México, D.F.

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Av. Universidad s/n, Circuito 2, colonia Chamilpa
62210, Cuernavaca, Morelos
www.crim.unam.mx

ISBN: 978-607-02-7098-7

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Impreso y hecho en México

Contenido

Agradecimientos	13
Introducción	17

CAPÍTULO I **ELEMENTOS PARA CONSTRUIR EL *CAMPO*** **Y EL *HABITUS* MÉDICO**

Introducción	35
Derechos reproductivos y derechos en salud	38
<i>Campo</i> médico	42
<i>Habitus</i> médico	49
La producción del <i>habitus</i> médico en la escuela de medicina	51
Las dimensiones del <i>habitus</i> durante los años de formación universitaria	55
Conclusión	76

CAPÍTULO II **EL *HABITUS* EN ACCIÓN: LA ATENCIÓN AUTORITARIA** **DEL PARTO EN LOS HOSPITALES**

Introducción	81
Mecanismos	92

Mecanismos de control operados por el personal de salud	92
<i>Promoción de la “conformidad” y la “obediencia” como conductas que se premian</i>	92
<i>Descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres</i>	94
<i>Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren</i>	95
<i>Relativización del papel de las mujeres</i>	96
<i>Amenazas y castigos físicos concretos</i>	97
<i>Mecanismos de obtención del consentimiento bajo presión</i>	99
Violencia simbólica: mecanismos de sustentación operados por las propias mujeres	101
<i>Naturalización de los atropellos</i>	102
<i>Socialización e internalización de “normas”, “juicios” y “permisos”</i>	103
Mecanismos institucionales de reproducción	104
Patrones de interacción	105
Interacciones entre el personal de salud	106
Interacciones entre médicos y mujeres	108
Interacciones en el equipo médico entre sí y con las mujeres	113
Sobre la construcción de las mujeres como sujetos que cooperan o no	119
Conclusión	131

CAPÍTULO III

LAS LUCHAS CLASIFICATORIAS EN TORNO DEL ABORTO: EL CASO DE LOS MÉDICOS

Introducción	137
El campo médico y su relación con el aborto	140
Género y práctica médica	140

Práctica médica y aborto en México y América Latina	143
Visión y división del mundo de los médicos	145
Los estereotipos y las normas de género predominantes	147
Los aprendizajes durante la formación escolar	152
Las luchas clasificatorias en la práctica médica	158
Conclusión	169

CAPÍTULO IV

LA RESISTENCIA DE LAS MUJERES: ESTRATEGIAS DE MANEJO ANTE UN ABORTO “ESPONTÁNEO”

Introducción	175
El aborto en México	179
Hallazgos	183
El contexto social de las mujeres: cautiverio y aislamiento	183
Estrategias de supervivencia moral ante un aborto	186
<i>Aceptación de las normas sociales: los cuidados del embarazo</i>	186
<i>Desconocimiento o ambigüedad en el embarazo</i>	187
<i>“Aceptación” del embarazo</i>	190
<i>Accidentes o acciones no intencionales</i>	192
Conclusión	194

CAPÍTULO V

EL ORIGEN SOCIAL DE LOS PATRONES (AUTORITARIOS) DE PRESCRIPCIÓN ANTICONCEPTIVA DE LOS MÉDICOS

Introducción	201
Reproducción, género y derechos	203
Anticoncepción, género y campo médico	205

El contexto del estudio	208
El carácter autoritario de la consejería anticonceptiva que se ofrece a las mujeres	210
La dual organización de los servicios de salud reproductiva y su efecto en la perpetuación de las desigualdades	214
La incipiente noción del papel de los varones	216
Formación profesional, prestigio y riesgo: el orden masculino de la ciencia	218
Conclusión	223

CAPÍTULO VI

EL *HABITUS* MÉDICO AUTORITARIO ANTE LAS RECOMENDACIONES DE LAS COMISIONES DE DERECHOS HUMANOS EN EL CAMPO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Introducción	227
De nueva cuenta: campo médico y <i>habitus</i> médico	230
Donde lo profesional se confunde con lo autoritario	235
Donde lo autoritario se confunde con lo ético	240
La colonización médica del pensamiento jurídico	243
La violación de derechos como herramienta de castigo	246
Conclusión	251
EPÍLOGO	255
FUENTES CONSULTADAS	259
ANEXO METODOLÓGICO	285
Proyecto: Aborto y redes sociales	285
Perfil de las mujeres participantes	287

Proyecto: La atención institucional del parto/cesárea y la violación de los derechos reproductivos de las mujeres: un análisis en profundidad de testimonios y propuestas de intervención	288
Guía de observación de la atención institucional del trabajo de parto y parto	289
Instrucciones para el llenado del diagrama de sala de labor	293
Instrucciones para el llenado de registros a lo largo del trabajo de parto y parto	294
Proyecto: Significados de la reproducción y el aborto en hombres	296
Perfil de los participantes	298
Guía de entrevista a médicos	299
Proyecto: <i>Habitus</i> profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México	304
Aspectos generales	306
Variables del cuestionario individual para los médicos	306
Guía de entrevista para los grupos focales	307
ÍNDICE DE AUTORES	311
ÍNDICE DE MATERIAS	315

Agradecimientos

Los autores desean agradecer, en primer lugar, a las personas que han participado en los diferentes estudios que dan sustento a este libro: a las mujeres que entrevistamos en los hospitales a donde acudían en busca de ayuda por un aborto en curso, o bien, para recibir atención por su trabajo de parto y parto (o cesárea). Al personal de salud, médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, paramédicos y trabajadoras sociales, así como a los médicos en diversas etapas de su formación profesional (estudiantes de medicina, pasantes, internos, residentes y médicos especialistas) que amablemente aceptaron contestar a nuestras preguntas. A las autoridades de las instituciones y hospitales donde hicimos el trabajo de campo, tanto de la Secretaría de Salud como del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a los Comités de Ética y de Investigación de esas instituciones, que autorizaron nuestros estudios y nuestro ingreso a las áreas de atención de las mujeres.

Agradecemos también a nuestras asistentes de investigación: a Itzel Sosa, colaboradora en el proyecto de entrevistas a varones; a Patricia Camino, Beda Mota y Citlalli Reyes, antropólogas comprometidas y llenas de entusiasmo que realizaron estupendas observaciones en campo; así como a Lucía Cristina Ortiz, Tania Rocha, Benelli Velázquez y

Tamara Jaramillo, que realizaron un excelente trabajo de acopio, sistematización y procesamiento de información documental.

Los resultados que presentamos en este libro derivan de varios proyectos de investigación que recibieron financiamiento de diversas fuentes: Fundación Carnagie, la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur; el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) mediante los proyectos 41057- S y 83466-S; la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), de El Colegio de México.

Finalmente, una parte importante del contenido de este libro apareció publicada en años anteriores en diversas revistas científicas y capítulos de libros, si bien tales contenidos han sido editados y reordenados para facilitar la coherencia y el rigor metodológicos que requiere un libro como éste. Agradecemos su autorización para reproducir tales contenidos y citamos aquí las fuentes originales, en orden cronológico ascendente:

Castro, R. y J. Erviti (2003), “Violation of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico”, *Health and Human Rights*, noviembre, vol. 7, núm. 1, pp. 90-110.

Erviti, J., R. Castro y A. Collado (2004), “Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal with Miscarriage and ‘Spontaneous’ Abortion”, *Qualitative Health Research*, vol. 14, núm. 8, pp. 1058-1076.

Erviti, J., R. Castro e I. Sosa (2006), “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, *Estudios Sociológicos* XXIV, núm. 72, pp. 637-665.

- Erviti, J., I. Sosa y R. Castro (2010), "Social Origin of Contraceptive Counselling Practices by Male Doctors in Mexico", *Qualitative Health Research*, vol. 20, núm. 6, pp. 778-787.
- Castro, R. (2010), "*Habitus* profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México", en Castro, R. y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo y Cuernavaca, UdelaR y CRIM/UNAM, pp. 49-72.
- Castro, R. (2013), "Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva", en Agoff, M. C., I. Casique y R. Castro (coords.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, México: Miguel Ángel Porrúa y CRIM/UNAM, pp. 145-165.
- Castro, R. y J. Erviti (2014), "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México", *Revista CONAMED*, vol. 19, núm. 1, pp. 37-42.
- Castro, R. (2014), "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- Castro, R. (2014), "Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica", *Salud Colectiva*, vol. 10, núm. 3, pp. 339-351.

Introducción

La conducta profesional de los médicos ha sido objeto de interés sociológico desde hace varias décadas.¹ Sorprende, por ello, que las herramientas de esta disciplina no se hayan enfocado hacia uno de los problemas más álgidos que forman parte de la agenda ciudadana en nuestros días: la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud. Se trata de un problema social que diversas organizaciones de la sociedad civil, así como instituciones académicas y de gobierno han comenzado a visibilizar dada la magnitud que ha alcanzado en México y otros países y del que las ciencias sociales no han tomado carta en profundidad.

En efecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, basándose en el alto número de quejas que ha recibido sobre cuestiones de salud,² ha emitido ya dos *Recomendaciones Generales* al respecto. En la

¹ Son parte del canon de la sociología médica los estudios sobre los procesos sociales que subyacen a la formación del profesional médico (Merton, Reader y Kendall, 1957; Becker, Geer, Hughes y Strauss, 1961); el estudio clásico de Freidson (1982) sobre la profesión médica; así como un sinfín de estudios sobre la relación médico-paciente (Todd y Fisher, 1993; Stoeckle, 1987).

² De acuerdo con un rastreo hecho por los autores, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como las comisiones estatales de Derechos Humanos, han emitido más de 170 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la

primera, se señala la existencia de “prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas”; se registra la queja de diversos ciudadanos en el sentido de que “los servidores públicos de las clínicas rurales de las instituciones de salud pública, tanto estatales como federales, pretenden imponerles métodos de planificación familiar sin su consentimiento”, se señala explícitamente que tales servidores públicos “*tienden a dirigir autoritariamente* la interacción con los y las usuarias” (cursivas añadidas); y se insta a diversas autoridades a tomar las providencias necesarias para que cese la violación de derechos humanos de los habitantes de las comunidades indígenas respecto del consentimiento informado en planificación familiar (Recomendación General No. 4: CNDH, 2002). Y en la segunda, basándose en 11,854 quejas recibidas en el periodo entre 2000 y 2009, confirma la existencia de

diversas irregularidades en la prestación de la atención médica, como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes; la falta de atención en las unidades de urgencias; la atención de manera irregular; *el maltrato a los pacientes*; las intervenciones quirúrgicas negligentes; la inadecuada prestación del servicio médico, y la *deficiente atención materno-infantil durante el embarazo o el puerperio* (cursivas añadidas).

Con base en ello, se emiten recomendaciones para que se fortalezcan las condiciones que posibiliten el ejercicio de los derechos ciudadanos en

salud reproductiva en los últimos 14 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios.

salud y se eviten los frecuentes abusos que se reportan en esta materia (Recomendación General No. 15: CNDH, 2009). Por otra parte, las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)³ confirman que la especialidad médica con más quejas es la ginecología (Fajardo-Dolci, Hernández-Torres, Santacruz-Varela y otros, 2009).⁴

Durante los últimos 25 años se han venido acumulando evidencias en varios países de América Latina que demuestran que los servicios de salud —en particular los de salud reproductiva— constituyen otro⁵ espacio donde se ejerce violencia contra las mujeres. En el ámbito internacional, se han realizado estudios que recogen el testimonio de las mujeres sobre su experiencia en los servicios de salud durante el parto, y donde queda claro que muchas de ellas fueron maltratadas, humilladas, intimidadas o sufrieron abusos (Asowa-Omorodion, 1997; Grossmann-Kendall, Filippi, de Koninck y Kanhonou, 2001).

En América Latina, estas formas de abuso y maltrato han adoptado varias modalidades: se ha documentado el estilo coercitivo que asumieron los programas de planificación familiar en la década de los ochenta (Bronfman y Castro, 1989), la existencia de diversas formas de violencia

³ Institución pública creada en junio de 1996, con el propósito de “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios” (Secretaría de Gobernación, 1996).

⁴ Hemos verificado directamente las estadísticas de la Conamed y hemos confirmado que de 2000 a 2012 esta institución recibió 20,740 quejas, de las cuales 2,877 (14%) correspondieron al área de ginecología, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas.

⁵ La violencia contra las mujeres posee un carácter sistémico: se presenta en las relaciones afectivas (noviazgo, pareja y familias), en las instituciones educativas, en el ambiente laboral, en los espacios públicos, y en instituciones de diverso tipo como las de impartición de justicia y de gobierno. Por ello hablamos aquí de las instituciones de salud como uno más de los espacios donde existe este problema.

contra las mujeres en los servicios públicos de Perú (Cladem, 1998), así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de esa población (Cladem, 1999). En Costa Rica, la ginecoobstetricia era una de las especialidades que más acusaciones de mala práctica médica enfrentaban al principio de la década pasada (Chaves, Madrigal y Ugalde, 2001), al tiempo que desde Brasil, ya en esos años, se identificaban cuatro formas de abuso de las mujeres por parte de los médicos y el personal de enfermería: desatención o abandono, abuso verbal, abuso físico y abuso sexual (D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002). Más recientemente, una investigación testimonial en Argentina detalló los “tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres en servicios de salud reproductiva” (Insgenar, 2006), mientras que otras investigaciones han identificado el “encarnizamiento terapéutico”, concepto por demás revelador que se refiere al uso innecesario de procedimientos médicos y quirúrgicos que se efectúan básicamente porque se tiene el poder para hacerlo (Pérez y Gervas, 1999; Diniz y Chacham, 2004).

En el caso de México, existen diversos estudios que han abordado este problema, pero por lo general desde un enfoque de salud pública, o bien, en forma meramente testimonial. En el primer caso, los análisis se basan en una perspectiva gerencial que aborda estas cuestiones básicamente como un problema de “calidad” de los servicios (Valdez, 2013; Jiménez-Corona, Ponce de León, Rangel-Frausto y Mohar-Betancourt, 2006; Peña, Rodríguez y López, 2004; Valdés, Molina y Solís, 2001); en el segundo caso, se trata de testimonios o denuncias individuales, ricas en detalles acerca de las modalidades del abuso que se sufrió a manos del personal médico (Cruz, 2003), o bien, de noticias que publica la

prensa normalmente porque se trata de demandas que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres.⁶

Un ejemplo ilustrativo de ello lo constituye un artículo publicado en la revista *Salud Pública de México*, que da cuenta en términos estadísticos de las quejas médicas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) en el periodo 1996-2007 (Fajardo-Dolci, Hernández-Torres, Santacruz-Varela y otros, 2009). El artículo reporta que durante estos años la Conamed recibió 18,443 quejas, de las cuales, la más alta concentración (15%) corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. El artículo, asimismo, consigna la extrañeza de los autores respecto del hecho de que sólo 5% de las quejas proviene de usuarios de la Secretaría de Salud, siendo que esta institución atiende a un tercio de la población general, la de más bajos recursos de este país. Para explicar esta “baja demanda” de quejas de la población que acude a los centros de salud de esta institución, los autores hacen referencia vagamente a “factores de tipo sociocultural *ya analizados en México*” (p. 124, cursivas nuestras). Para sustentar esta última afirmación, los autores refieren a otro trabajo donde se afirma que el escaso número de quejas de la población puede deberse a “la pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos” (Valdés, Molina y Solís, 2001, p. 453).

Tenemos así, expresado con suprema claridad en un párrafo, todo un *punto de vista*, cuyo contenido está directamente vinculado a la *posición* que ocupan sus autores dentro de esa estructura de poder que llamamos *campo médico*, que a la vez constituye la arena donde debemos buscar

⁶ Un rastreo por internet en tres periódicos nacionales (*El Universal*, *Milenio* y *La Jornada*) nos llevó a identificar 115 notas periodísticas sobre este tipo de abusos, entre 2000 y 2010.

la génesis tanto de tales abusos como de las condiciones que inhiben la voluntad de la población para denunciarlos. En otras palabras, construidas adecuadamente como objeto sociológico, es posible estudiar y explicar bajo una misma matriz conceptual tanto las diversas formas de abuso y maltrato que los prestadores de servicios de salud ejercen sobre las usuarias, la reducida proporción de quejas efectivamente presentadas por ellas, así como la explicación que de unas y otras dan los académicos del campo médico.⁷ En efecto, la investigación sanitaria (por desgracia, con frecuencia alejada de las herramientas teórico-conceptuales de las ciencias sociales), como la citada con anterioridad, se limita a constatar las estadísticas que dan cuenta de la existencia de un grave problema médico-social y de derechos, pero no logra sino quedarse a la orilla de una intuición más bien vaga y desinformada que anticipa la importancia de los llamados “factores socioculturales”. Es un recurso común, en investigaciones de ese tipo, atribuir a “razones culturales” lo que no se puede explicar dentro del estrecho enfoque técnico adoptado. Y por ello mismo, escapa a la posibilidad de sus autores cuestionar si realmente es un problema de “pobreza de cultura” lo que explica que la población maltratada no denuncie estos agravios, e imaginar hipótesis alternas que los lleven a *des-cubrir* las estructuras de dominación que subyacen a la práctica médica y que explican tanto la conducta del personal de salud como de las usuarias de los servicios, así como la de ellos mismos en tanto autores.

⁷ Gramsci (1975) formuló el concepto de “intelectuales orgánicos” para referirse a aquellos académicos, investigadores e intelectuales propiamente dichos que, aun creyéndose plenamente autónomos, cumplen una función adecuada a los fines de perpetuación del campo de poder al que pertenecen, por cuanto están estructuralmente vinculados a él. Este sería exactamente el caso, en relación con autores como los señalados previamente.

Prácticamente en la totalidad de los estudios citados se describe el problema de la violación de derechos de las mujeres en el espacio de la salud como una cuestión atribuible a las difíciles condiciones de trabajo del personal que labora en las instituciones (caracterizadas por un muy elevado número de pacientes que deben atender en pocas horas), o como un problema de falta de formación ética del personal médico. De igual manera, en la mayor parte de ellos se tiende a postular que la cuestión estriba en “humanizar” a los médicos y la atención que brindan (García, Guillén y Acevedo, 2010; Haque y Waytz, 2012; Lammers y Stapel, 2011), o en atender la “crisis de valores que enfrenta la medicina actual” (Collado, 2010), o bien, en “suprimir las condiciones que toleran y justifican el maltrato a las mujeres”, pero sin identificar dichas condiciones ni sugerir una posible vía para ello (Villanueva-Egan, 2010). Es decir, a juzgar por las descripciones que se ofrecen del problema, así como por las alternativas de solución que se sugieren en la mayoría de los estudios, la cuestión de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto es concebida como un problema ético o psicológico de los profesionales; es decir, se le concibe como un problema básicamente individual (de algunos médicos con problemas de formación), o cuando mucho como un problema atribuible a la necesidad de reorganización de los servicios, pero no como un problema sociológico del sistema de salud y sus principales actores.

Sólo unos cuantos estudios han tratado de enfocar sociológicamente el problema. Algunos autores han orientado la cuestión bajo un enfoque feminista, en el que la medicina moderna es caracterizada como una institución patriarcal que reproduce y naturaliza la dominación sobre las mujeres por la vía de la medicalización de sus cuerpos (Camacaro, 2009; Villegas, 2009); en otros casos, se postula que la violencia que

sufren las mujeres en los servicios de salud es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Magnone, 2011). En esta línea, destaca la contribución de Castro-Vásquez (2008), quien realizó una investigación sociológica sobre la calidad de la atención en el marco de los derechos y la ciudadanía en salud, para el caso de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama; y en otros más, con buena intuición sociológica (pero aún a la espera de los conceptos más adecuados), se señala la necesidad de “rastrear en las mentalidades de obstetras, residentes y pasantes, lo subjetivo/subyacente sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, construido a través de la praxis obstétrica” (Camacaro, 2010, p. 38).

Pero lo que ha faltado hasta ahora es construir y explorar el problema en clave sociológica.⁸ Ése es el objetivo de este libro. Presentamos aquí los principales resultados que hemos alcanzado en la construcción sociológica de la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud. Esta perspectiva nos permite rastrear en el encuentro entre la estructura del *campo médico* y el *habitus* de los profesionales de la salud, el origen social del autoritarismo que lleva a los prestadores de servicios de salud a violar los derechos de las mujeres, particularmente en los servicios de salud reproductiva.

El primer paso en nuestra indagación debe ser la definición del objeto que nos proponemos estudiar. Nos interesa indagar sociológicamente la práctica médica autoritaria en los servicios de salud reproductiva en México. Sin embargo, el concepto de “práctica médica autoritaria”

⁸ Consejo y Viesca (2008) reflexionan sobre la importancia de usar conceptos sociológicos para mirar la vinculación entre la formación de los médicos y su actuación profesional, pero su trabajo carece de la prueba empírica indispensable en toda investigación sociológica.

resulta un tanto abstracto, por lo que se requiere buscar su operacionalización mediante indicadores específicos. En este sentido, la noción de violencia obstétrica, recientemente importada desde el campo jurídico a los incipientes estudios en esta materia en ciencias sociales, puede tener un valor heurístico para nuestros fines. Arguedas la define como el “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto” (Arguedas, 2014, p. 157). Desde la perspectiva de género que suscribimos en este libro, la violencia obstétrica debe ser entendida como una expresión del poder obstétrico, que a la vez constituye una forma de poder disciplinario (en términos de Foucault, como veremos con más detalle en el capítulo siguiente), “que produce cuerpos sexuales y dóciles” (Arguedas, 2014, p. 157).

La definición que acabamos de mencionar se asemeja, pero no es igual, a la contenida en las leyes. En efecto, en el Artículo 7 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz, se reconoce como uno de los tipos de violencia a la violencia obstétrica, y se la define como la:

apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño

o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Secretaría de Gobierno de Veracruz, 2008, p. 4).⁹

Y por otra parte, el Artículo 363 del Código Penal del mismo estado contempla una extensa y más detallada definición de este delito.¹⁰

⁹ La “violencia obstétrica se tipificó por primera vez en Venezuela, en 2007 (Pérez D’Gregorio, 2010). Al momento de publicar este libro, varios estados de la República mexicana también la han incluido en sus leyes: Veracruz (2008), Chiapas (2009), Guanajuato (2010), Durango (2011), Oaxaca (2011) y Puebla (2012) (GIRE, 2013). Sólo Veracruz contempla esta figura en su Código Penal, en tanto que en los demás estados se encuentra sólo en sus respectivas leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, o sus equivalentes.

¹⁰ Veracruz es el único estado de la República mexicana que contempla a la violencia obstétrica como un delito. Ahí se define así: “Artículo 363.- comete este delito el personal de salud que: i. no atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; ii. altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; iii. no obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; iv. acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; v. sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarlo o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y vi. aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y

Si bien las definiciones legales son un referente útil por cuanto, como en este caso, abundan en indicadores específicos, a los efectos de nuestro estudio debemos cuidarnos de importar acríticamente definiciones de otros campos, ya que su construcción obedece a una lógica por completo diferente de la que prevalece en la investigación social.

Para lograr nuestro cometido de construir sociológicamente nuestro objeto, hemos explorado qué *esquemas de percepción y apreciación* ponen en juego los prestadores de servicios de salud en sus encuentros con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios (pasantes, médicos de primer y segundo niveles; médicos generales y médicos especialistas; enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros); qué *patrones de interacción*, y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de realidad; qué *lógicas-prácticas* funcionan en la cotidianidad de los servicios que, al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario), desempeñan un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en ese fenómeno social que llamamos *violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud*. Y de igual manera, hemos explorado la experiencia subjetiva de mujeres que presentaban un aborto en curso y que fueron atendidas en el área de urgencias hospitalarias, así como la atención recibida (o *negociada*,

tradiciones obstétricas. A quien realice las conductas señaladas en las fracciones i, ii, iii y iv, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones iv y v será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos” (Congreso del Estado de Veracruz, 2010).

como veremos) en el hospital, en un contexto donde el aborto es ilegal y se encuentra altamente estigmatizado.

La hipótesis más general es que la violación de derechos reproductivos, bien durante la atención del parto, bien en el marco de los servicios de salud reproductiva en general (con el concomitante problema de “calidad de la atención” que se le asocia, pero que no es lo mismo) es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del *campo médico* y de la *lógica-práctica* que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios, así como de la manera en que dicho *habitus* profesional se articula con el *habitus* de las usuarias. La cuestión, desde luego, es dilucidar sistemáticamente el vínculo entre este campo y estos *habitus*.

Por la complejidad del objeto de estudio, ésta es una investigación basada en el paradigma indiciario, en cuyo impulso la propia medicina ha ejercido un papel central (Ginzburg, 2008). En efecto, esta disciplina ha desarrollado la mirada clínica, que puede observar síntomas y signos y descubrir tras ellos la existencia de fenómenos ocultos pero reales: la enfermedad. Una lógica similar asiste a la investigación sociológica cuando tratamos con un fenómeno —el *habitus* médico— que no posee propiedades tangibles, pero cuya existencia se puede detectar mediante procedimientos de observación y entrevista específicos, a través de indicios como los que mostraremos a lo largo de este libro.

A partir de la orientación conceptual previamente esbozada, hemos investigado el problema del origen social de la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud desde 1998 cuando, con el apoyo de la Fundación MacArthur, iniciamos nuestras observaciones en salas de labor y parto, y comenzamos a realizar entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras. A lo largo de estos años, y con el apoyo también de la Fundación MacArthur, del Consejo Nacional de Ciencia

y Tecnología (Conacyt),¹¹ del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y de la Carnegie Foundation, esta vigorosa y sostenida línea de investigación sobre violencia obstétrica ha incluido:¹²

- a) Un total de 256 horas de observación directa en las salas de labor y parto en varios hospitales públicos de México, tanto de la Secretaría de Salud (SSA) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizadas a lo largo de tres meses. Para ello, se capacitó a tres estudiantes de antropología como observadoras, que debían registrar manualmente y con el mayor detalle posible las interacciones que observaban y los diálogos que escuchaban. Se observó un total aproximado de 130 partos y cesáreas.
- b) 34 entrevistas a mujeres que ingresaban por complicaciones de un aborto a la sala de emergencias de un hospital público del estado de Morelos. El objetivo era reconstruir el proceso material y subjetivo seguido por las mujeres durante el desarrollo del aborto, previo a su ingreso al hospital y durante su estancia hospitalaria, así como analizar su interpretación de su propia experiencia y de su interacción con el personal de salud.
- c) Entrevistas en profundidad a 31 médicos varones vinculados con la atención de procesos reproductivos, mediante las cuales se indagó en torno de sus percepciones y prácticas respecto del aborto y de las mujeres que demandan atención en los servicios de salud por complicaciones de un aborto.

¹¹ Proyectos número 41057-S y 83466-S.

¹² En todos los casos se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética de las instituciones participantes.

- d) Un total de 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos, residentes¹³ y gineco-obstetras, en cuatro estados de México, prácticamente la totalidad de ellos formados en universidades públicas. La finalidad era recoger sus propios testimonios acerca de la agenda no formal que constituye su formación como médicos, y de las prácticas cotidianas que, en el aula o en el hospital, estructuran su acción profesional.
- e) Una revisión exhaustiva de las más de 170 recomendaciones (generales y particulares) de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y de las comisiones estatales de Derechos Humanos (CEDH) a las instituciones de salud, del año 1990 a la fecha, en virtud de quejas por abuso y violaciones de derechos presentadas por las y los usuarios de dichos servicios.
- f) Un seguimiento de las notas de prensa sobre estas materias aparecidas en los periódicos *El Universal*, *La Jornada* y *Milenio Diario* a partir del año 2000, así como una revisión de las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), y de las conciliaciones formuladas por esta institución a las que nos ha sido posible acceder vía internet.

Para lograr una construcción gradual y sistemática de nuestro objeto de estudio, dividimos este libro en seis capítulos. En el primero de ellos expondremos los conceptos nodales que le dan soporte a toda esta investigación: derechos reproductivos y derechos en salud, campo médico

¹³ Los médicos residentes son los que están haciendo una especialidad médica en un hospital de enseñanza. Se jerarquizan en función de los años que llevan en la residencia. El R1 es el recién ingresado y el de menor rango, el R2 lleva dos años, el R3 y el R4 usualmente están por terminar y tienen mayor rango.

y *habitus* médico. Y mostraremos ahí cómo el *habitus* médico se gesta desde los años de formación en las escuelas y facultades de medicina, sobre todo a partir del *curriculum* oculto, *habitus* que después será una de las claves del autoritarismo al que estos profesionales propenden durante su práctica profesional. En el capítulo II analizaremos las evidencias recogidas en salas de labor y parto de hospitales públicos que revelan justamente la predisposición que muestran, o el alto riesgo que corren los médicos (de ambos sexos, como veremos) de violar los derechos de las mujeres mientras las asisten durante su trabajo de parto. Diferenciaremos ahí entre “mecanismos” y “patrones de interacción” para clasificar mejor, desde una perspectiva sociológica, lo que la observación participante en los hospitales reveló sobre la dinámica de la violación de los derechos de las mujeres en esos espacios. El capítulo III muestra un análisis detallado de las luchas clasificatorias que se desarrollan en el área de urgencias de un hospital público, a donde llegan mujeres con un aborto en curso. Como veremos, la clasificación de cada caso de aborto en “espontáneo” o “inducido” es un acto mucho más basado en variables sociológicas que en datos clínicos, y con consecuencias, según sea el diagnóstico final, sobre la calidad de la atención que se brinda a las mujeres. El capítulo IV es complementario del anterior: ahí analizaremos las estrategias de manejo y de presentación de sí mismas a las que recurren las mujeres que llegan al área de urgencias con un aborto en curso. Esta actuación estratégica de las mujeres se despliega con el fin de evitar ser clasificadas como mujeres que provocaron el aborto dado que ello se traduce en consecuencias negativas para ellas en un contexto represivo, como era el caso donde hicimos nuestra investigación. En el capítulo V analizaremos los criterios que los médicos utilizan para brindar consejería de planificación familiar tanto a las mujeres como a los

hombres. Como se verá, en su actuación profesional en torno de la anti-concepción, los médicos dan por sentada la desigualdad de género para valorar cada caso que se les presenta, y al mismo tiempo contribuyen a su reproducción mediante las prescripciones que brindan a quienes les consultan. Por último, el capítulo VI presenta un análisis de una serie de recomendaciones formuladas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos o por las respectivas comisiones estatales en la materia, en relación con quejas recibidas en el rubro de violación de derechos en el espacio de la salud reproductiva. Veremos que también ahí, tanto en los elementos que integran la queja propiamente dicha como en la defensa que esgrimen las instituciones de salud, es posible apreciar el *habitus* médico autoritario y mostraremos cómo incluso el lenguaje de estas instituciones está colonizado por la manera médica de ver las cosas.

Al final del libro se incluye un anexo metodológico en el que brindamos detalles acerca de los proyectos de investigación que, a lo largo de estos años, nos permitieron recabar y sistematizar las evidencias que aquí presentamos, en particular las guías de entrevista y observación que utilizamos.

Por último, los resultados de estas investigaciones se han hecho del conocimiento público en diversos eventos, a veces de corte académico, a veces de corte masivo y con gran cobertura mediática, como la presentación, en septiembre de 2003, del libro *Género y Política en Salud* (López, Rico, Langer y Espinoza, 2003), que encabezó el propio Secretario de Salud de entonces, el Dr. Julio Frenk Mora, y uno de cuyos capítulos está dedicado a este problema. O bien, presentaciones en congresos nacionales, o la mesa sobre el conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos que organizaron los autores en el marco del *XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Estudios*

Latinoamericanos, celebrada en junio de 2009 en Río de Janeiro; o bien, en las conferencias que dictaron el autor (Castro) bajo el título de “Violencia obstétrica como violencia de género”, en la *III Conferencia Mundial sobre Humanización del Parto y el Nacimiento* celebrada en Brasilia, en noviembre de 2010, o la autora (Erviti), bajo el título “Formas diferenciadas de afectación a las mujeres de la criminalización a los derechos sexuales y reproductivos” en el *III Congreso Latinoamericano Jurídico sobre Derechos Reproductivos* en Cuernavaca, en octubre de 2013. Todo ello, amén de las múltiples presentaciones de los avances del proyecto realizadas en la Academia Nacional de Medicina, en diferentes universidades públicas y en diversas entidades federativas, como Campeche, Chiapas, el Distrito Federal, Morelos y Yucatán. En la mayoría de los casos hemos encontrado una gran receptividad a nuestros hallazgos por parte de las y los profesionales de la salud. Estamos convencidos de que ello se debe a que se trata de resultados que tanto médicos como enfermeras y trabajadoras sociales *re-conocen*, en ambos sentidos de la palabra: en tanto que identifican un conocimiento que poseen por experiencia, y en tanto que admiten que, por desgracia, muchas veces las cosas son así, como se describen en este libro. En esa toma de conciencia, en ese acto de *reconocimiento* en su doble acepción, radica uno de los fundamentos para la transformación efectiva de las condiciones que posibilitan la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud. El otro estriba en la ciudadanización de la salud, esto es, en la subjetivación (apropiación, ejercicio y defensa) de los derechos, por parte de las mujeres que acuden a los servicios de salud, y en la necesaria creación de las condiciones materiales para que ello sea posible.

Capítulo I

Elementos para construir el *campo* y el *habitus* médico

Introducción

Para *des-cubrir* problemas ahí donde una mirada desprevenida cree observar la realidad como inmediatamente dada a nuestra percepción y como si se nos mostrara en toda su “transparencia”, la sociología debe explorar críticamente lo que de entrada se nos ofrece como simple y carente de complicaciones. Ello nos permite advertir la existencia de profundas estructuras sociales subyacentes a los objetos de nuestro interés, que los constituyen, determinan y reproducen. Sin embargo, cuando se trata de estudiar sociológicamente los aspectos problemáticos de la vida, esto es, cuando se trata de *desencantar* el mundo y de mostrar los mecanismos sociales ocultos que explican su origen y funcionamiento, es común enfrentar resistencias socialmente construidas frente a estos esfuerzos de conocimiento, que se manifiestan bajo diversas formas de deslegitimación del saber científico, bien por la vía de la reducción a lo trivial de cualquier esfuerzo en ese orden, o bien, por la vía de la exclusión del objeto de interés fuera del campo de estudio a través de su clasificación en el terreno de lo *impensable* o como competencia de otras disciplinas diferentes a la sociología.

Tal es el caso del problema de la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud, y que el campo médico tiende a reducir a un mero problema de *calidad de la atención* y de condiciones de trabajo. A primera vista, se trata de un asunto que compete al orden médico y que se refiere, sobre todo, a una cuestión de monitoreo de sus prácticas y a la identificación de aquellos aspectos nodales donde es posible mejorar el servicio. ¿No había ya dicho lo esencial al respecto Avedis Donabedian, al proponer un modelo que diferencia *estructura, proceso y resultado*? ¿No es entonces cuestión sólo de desarrollar los indicadores pertinentes para cada uno de estos tres aspectos, y de implementar las mediciones que permitan identificar los puntos críticos de un sistema que, en principio, si cuenta con recursos suficientes y con el saber técnico adecuado, debería brindar resultados de excelencia? ¿No lo presupuso así la propia Secretaría de Salud en los años 2001-2006, al impulsar la Cruzada Nacional por la Calidad, basada en unos cuantos indicadores numéricos que daban cuenta de los tiempos de espera, del trato digno, de la satisfacción de los usuarios? ¿No es cuestión, nada más, de desahogar los servicios de salud de manera que los médicos puedan trabajar en condiciones de menor saturación laboral, como lo presuponen muchos profesionales que esgrimen este argumento como primera línea de defensa para explicar (o justificar) las evidencias de la práctica médica autoritaria?

Tal visión corresponde a la mirada que deriva de la estructura de poder vigente dentro del campo médico. Se trata de una perspectiva que reduce el problema del autoritarismo médico y de la violación de derechos de las mujeres a un problema de calidad, y éste a cuestiones meramente gerenciales y de administración de los servicios de salud, y que se ajusta a esa delimitación que la propia profesión médica hace del

campo de su competencia: esencialmente lo que se transmite con esta perspectiva es la noción de que los problemas de calidad de la atención son un asunto del que también los propios médicos pueden y deben hacerse cargo, en tanto que detentan el saber exclusivo y altamente calificado —al que se accede sólo mediante un largo periodo de capacitación y entrenamiento— que así se los permite. La composición y funcionamiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y de las comisiones equivalentes a nivel estatal, así como de los comités médicos al interior de los hospitales, así lo demuestra. Lo mismo cabe decir de la instauración de diversos “comités de aval ciudadano”, en realidad controlados por el aparato médico.

Lejos de esa posición, sostenemos que la vía adecuada para hacer materia de estudio sociológico el maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y los atropellos que ellas con frecuencia sufren en ese espacio, consiste en problematizar el objeto desde la perspectiva de los derechos en salud. Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como *pacientes*, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como recipiendarias *pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos activamente (si bien, casi nunca de manera consciente) en el sostenimiento del orden médico, el cual, a la vez, desempeña un papel fundamental en la construcción y reproducción de un orden social

que es percibido como “natural”. Dicho orden se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que victimiza en primer lugar a los propios médicos —como veremos, los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello— y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de *derechos*.

Derechos reproductivos y derechos en salud

A partir de la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación con los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora que formula de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los *derechos humanos*. Así, el concepto de *salud reproductiva* incluye el derecho a la salud sexual, que al mismo tiempo incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado sobre la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a *acceder a servicios de salud adecuados* que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Cook, Dickens y Fathalla, 2003).

Desde la perspectiva de los *derechos humanos*, la aplicación operativa de la definición de salud reproductiva exige cambios en la concepción y

planeación de los servicios de salud, en la promoción de modos de vida sanos y en las respuestas a las exigencias para mejorarla (Langer, 1999). Además, requiere que los servicios de salud consideren la *calidad de la atención* que prestan como uno de los elementos principales, así como la adopción de un enfoque integral en la prestación de los servicios de salud reproductiva (OPS, 1998). Pero sobre todo, requiere de investigación que permita conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la *práctica* profesional de los prestadores de servicios en materias como la sexualidad, la salud y los derechos reproductivos, la maternidad y el proceso obstétrico, particularmente en condiciones críticas como las urgencias obstétricas. Sostenemos que un conocimiento de esta naturaleza es indispensable para identificar mejor los principales determinantes del maltrato y de la violación de derechos de las mujeres que se registran en este contexto, así como las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

El concepto de *ciudadanía* puede ser útil para realizar investigación sociológica en torno de derechos en salud. Se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen (Hindes, 2002). El concepto deriva de Marshall (1950), que propuso distinguir tres dimensiones: la civil, la política y la social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de salud y de ser atendido en ellos con plena autonomía y dignidad.¹⁴

¹⁴ Siguiendo la tipología de Turner (1990), cabría diferenciar dos tipos de ciudadanía, según su origen: la *pasiva*, que es básicamente otorgada por el Estado, esto es,

La investigación sobre ciudadanía debe diferenciar entre las cuestiones normativas (esto es, *lo que deben ser* los ciudadanos, lo que se postula desde los documentos oficiales y regulatorios) y las descriptivas (esto es, *lo que en realidad son* a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia). Debe también distinguir las variaciones en la *apropiación subjetiva de los derechos* y de la posibilidad de hacerlos valer, pues tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, por mencionar sólo algunas (Stasiulis y Bakan, 1997; Harrison, 1991).

No escapa a nuestra atención el importante debate que ha seguido a partir de la formulación de Marshall, y la muy probable refutación de su concepto de ciudadanía, por cuanto no diferencia lo que Ferrajoli (2009) denomina “derechos fundamentales”, que se poseen por el sólo hecho de ser personas. Sin embargo, a los efectos de esta investigación, que busca dilucidar mecanismos profundos de dominación en el espacio de las instituciones de la salud, mantendremos con cautela el concepto para referirnos a la capacidad de subjetivar los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente, de ejercerlos y, en su caso, de defenderlos y exigirlos. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la *ciudadanía reproductiva* se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de

que va de arriba (los poderes del Estado) hacia abajo (los integrantes de la sociedad); y la *activa*, que es básicamente conquistada por los individuos, esto es, que va de abajo hacia arriba.

autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

En países como México, de más está insistir, amplias capas de la población permanecen alejadas de un auténtico desarrollo de la ciudadanía en tanto condición subjetiva, personal, esto es, en tanto capacidad efectiva de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos.¹⁵ Al mismo tiempo, sin embargo, los documentos de la Organización Mundial de la Salud que postulan a la salud reproductiva como un derecho implican un tipo de ciudadanía universal y homogénea. Si bien se reconoce la existencia de países con muy diversos grados de desarrollo económico y social, la apuesta en estos documentos es incentivar al conjunto de las naciones a avanzar hacia un estándar universal de derechos (OMS, 2002). Existen numerosas recomendaciones acerca de las leyes que deben impulsarse y la normatividad que debe adoptarse para avanzar hacia esa meta.

Al lado de estos principios, que países como México han suscrito, tenemos una realidad como la descrita en la introducción, caracterizada por un elevado número de violaciones de derechos de las mujeres en los servicios de salud. No existen aún investigaciones que indaguen sobre las *condiciones de posibilidad* del autoritarismo médico. Una muy

¹⁵ Las teorías de Marshall, Harrison, Turner y otros suponen un ciudadano universal, indiferenciado por género, que en realidad no existe. Las mujeres han sido excluidas de los procesos de ciudadanía, y ahí donde han alcanzado un estatus sólido de ciudadanas lo han hecho más tarde que los hombres y sólo después de largas luchas políticas (movimiento de mujeres). El acceso a la ciudadanía es un proceso altamente estructurado por género y etnicidad, además de clase social. Por tanto, el desarrollo de la ciudadanía social implica una honda transformación tanto de las relaciones de género como de las relaciones de clase y etnia (Walby, 1994).

importante raíz de esta carencia es que el campo médico se ha apropiado de este problema y ha logrado imponer los términos en que se le estudia predominantemente. Bien se trate de formas *menores* de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un problema de “calidad de la atención”, en una de sus variantes (Castro-Vázquez, 2004). Pero sería ingenuo, a los efectos de esta investigación, adoptar esa *perspectiva gerencial* e imaginar que sus soluciones se refieren solamente a cuestiones técnicas y de suficiencia de recursos. Por el contrario, la vía adecuada para hacer materia de estudio sociológico el maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y los atropellos que ellas sufren con frecuencia en ese espacio, consiste en sustraerse de los esquemas de percepción y apreciación dominantes en el campo médico, y adoptar los de una sociología crítica que nos permita *desencantar* ese mundo y cuestionarlo radicalmente.

Campo médico

Las principales instituciones de la modernidad cumplen primordialmente una función de control y vigilancia y, en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean. Las instituciones carcelarias, psiquiátricas y médicas (Foucault, 1981, 1983), entre otras, se fincan en la activa construcción de relaciones de poder que traducen *tecnologías del yo*, es decir, formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de

ciertas habilidades que se asocian, a la vez, con determinadas actitudes (Foucault, 1995). Desde esta perspectiva, el poder no es sólo, ni principalmente, la fuerza represiva que emana del Estado y que le permite a éste preservar el *statu quo*; sino que es ante todo una fuerza creativa presente en todas las esferas de la vida social, más allá de los aparatos del Estado, que “produce cosas, induce placer, forma conocimiento, produce discursos; y es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1979, p. 182).¹⁶

En otras palabras, al nivel de las interacciones micro-sociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que ocupan en la producción y reproducción de las relaciones de dominación. Goffman (1989) mostró que la interacción social constituye sujetos y que el “sí mismo” o *self* de los individuos emerge de la interacción de unos con otros, y no es, como se podría suponer, el reflejo de alguna esencia psicológica, asocial o ahistórica.¹⁷ La interacción social,

¹⁶ “Entre cada punto del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumno, entre el que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos; son más bien el suelo movedizo y concreto sobre el que ese poder se incardina, las condiciones de posibilidad de su funcionamiento” (Foucault, 1979, p. 157).

¹⁷ “Una escena correctamente montada y representada conduce al auditorio a atribuir un “sí mismo” [*self*] al personaje representado, pero esta atribución —este “sí mismo”— es un *producto* de la escena representada y no una *causa* de ella. Por tanto, el “sí mismo”, como personaje representado, no es algo orgánico que tenga una ubicación específica y cuyo destino fundamental sea nacer, madurar y morir; es un efecto dramático que surge difusamente en la escena representada, y el problema característico, la preocupación decisiva es saber si se le dará crédito o no” (Goffman, 1989, p. 269, cursivas en el original): genial anticipación que prefigura

sus regularidades y sus rupturas, las complicidades con las que se realiza, sus sobresaltos y sus traiciones, sigue patrones específicos discernibles sociológicamente, que varían en función de las características de las instituciones y de los contextos donde se lleva a cabo, así como de los fines que persiguen los actores. Estamos ante descubrimientos de amplísimo alcance que permiten poner en contexto el carácter emergente del “sí mismo” en función de la interacción social; y el carácter emergente de esta última en función del contexto donde se presenta. De tal manera que, pese a su aparente diametral oposición, ambos autores (Foucault y Goffman) y ambos enfoques, son complementarios (Hacking, 2004).

Para establecer una adecuada vinculación entre ellos, las categorías de campo y *habitus* de Bourdieu (2000) son de extrema utilidad. En términos sociológicos, un *campo* “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 150). Tales posiciones pueden identificarse materialmente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí (de dominación, subordinación, homología, por ejemplo). Al mismo tiempo, es posible rastrear las determinaciones que las posiciones imponen a los actores o agentes que forman dicho campo.

El *campo médico* abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las

la tesis de Bourdieu de que el *principio de la acción* estriba en la complicidad entre dos estados de lo social: la historia hecha cuerpo y la historia hecha instituciones, estructuras y mecanismos del campo (Bourdieu, 1999a).

materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así entendido, el *campo médico* está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquéllas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico) del campo; por los representantes de las medicinas subalternas (desde la homeopatía hasta las diversas modalidades de medicina tradicional); por las diversas industrias (de aparatos, farmacéutica, de seguros), y finalmente por los y las usuarias y las y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo, actores con menos poder para influir en la estructura del campo, pero no por ello exentos, como veremos en otros capítulos, de cierto margen para actuar estratégicamente en función de sus propios intereses.

El *campo médico* presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un *espacio de ejercicio de la ciudadanía*, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellos funciona una estructura *disciplinaria* diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la *obediencia* y la *conformidad* de las usuarias con los dictados del poder médico. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios

de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racional.¹⁸ Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir, o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con las necesidades de atención y seguridad que requieren (Stevenson, 2004; Campero, Díaz, Ortiz y otros, 1998; Galante, 1996). A los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas,¹⁹ porque es su derecho. La atención que ahí reciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes, y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (*i. e.*, trato de ciudadana, y no de paciente) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Se trata entonces de *dos lógicas-prácticas diferentes*:²⁰ la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva, y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en *prácticas* específicas cuya problemática coexistencia²¹ se sitúa en el

¹⁸ No debemos confundir racional con *razonable*. Que la lógica médico-administrativa sea racional significa únicamente que sus procedimientos están pensados con miras a alcanzar un cierto tipo de eficiencia y eficacia, donde los medios son de alguna manera coherentes con los fines.

¹⁹ Si bien no sabemos con qué grado de asunción real de sus derechos acuden a los servicios. También podría ocurrir que acudan a los servicios no porque sepan que es su derecho, sino pensando que es una dádiva que les dispensa el Estado.

²⁰ Bourdieu advierte sobre la necesidad de guardarse de buscar en las producciones del *habitus* más lógica de la que hay en él: “la lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico” (Bourdieu, 1996, p. 86).

²¹ Ya sea que coincidan (como en el caso de pacientes que se someten plenamente al personal de salud) o que colisionen (como en el caso de pacientes “difíciles” que quieren ver sus opiniones tomadas en cuenta).

origen de la producción y reproducción de muchas formas de maltrato y abuso que el campo médico suele etiquetar como *problemas de calidad*, pero que desde nuestra perspectiva denominamos *violaciones de derechos* sexuales, reproductivos y de salud de las usuarias, producto de una práctica médica autoritaria. Lo que queremos decir es que la “mala calidad” de la atención que el establishment médico ve en los casos de abuso y maltrato, ciertamente puede estar vinculada de origen a deficiencias en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero no se agota en ello.

En efecto, lo que está en juego en el campo médico²² es el predominio de un grupo —la profesión médica— sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas “legítimos” de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación, acreditación y evaluación de los diversos actores del campo. Hace varias décadas Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir, la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención (Freidson, 1982). Al poseer el control sobre su propia materia de conocimiento²³ —en permanente expansión—, el campo médico ha dictado también los términos en que

²² Por definición, al trabajar con el concepto de *campo* debemos identificar qué está en juego en éste, y cuáles son sus principales actores o contendientes.

²³ Aunque no necesariamente tenga el control sobre sus *condiciones* de trabajo. A este respecto, es muy ilustrativo el largo debate de las décadas pasadas y ésta, sostenido por autores como Coburn, Johnson y el propio Freidson, entre otros muchos, sobre la ruta que ha seguido la profesión médica, y el esfuerzo por dilucidar si lo que ha enfrentado es ante todo un proceso de *desprofesionalización* o de *proletarianización*.

cabe estudiar los problemas de la “calidad de la atención”. Es decir, la manera en que se ha definido el estudio de los problemas de calidad de la atención es un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. De ahí el silencio que se ha guardado desde esta perspectiva sobre la cuestión de los derechos en salud y sobre la violación de éstos en las instituciones. Así se explica que casi la totalidad de la investigación sobre este problema sea de carácter médico-gerencial o de salud pública; que se haya centrado ante todo en los aspectos meramente interaccionales entre médicos y pacientes, en las cuestiones de saturación de los servicios y sobrecarga de trabajo del personal médico, y en los problemas de abasto de recursos y de medicamentos; y que se haya excluido de la mirada al menos cuatro cuestiones centrales desde la perspectiva de la sociología, estrechamente entrelazadas entre sí:

- a) la manera en que se forma a los médicos en las universidades y en los hospitales de enseñanza,
- b) la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico,
- c) las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud, particularmente las condiciones de desgaste o *burnout* a que está sometido el personal médico, y
- d) el impacto de estas cuestiones en el desarrollo del *habitus* médico.

Este conveniente silencio ha permitido reducir el problema de la violación de derechos en el espacio de la salud a un mero problema de *calidad de la atención*, por ende, monitoreable a través de indicadores simples —de *estructura, proceso y resultado*, según enseñó Donabedian (1988)— y con “soluciones” basadas ante todo en la ética, la buena voluntad y la cooperación de los médicos; en el incremento de los

recursos y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios (tal como se propuso la Cruzada por la Calidad, impulsada por la Secretaría de Salud hace pocos años). No sorprende, por tanto, el reiterado fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se evidencia en las numerosas demandas penales y quejas por mala práctica médica, así como en diversos estudios sobre esta materia.

***Habitus* médico**

El campo médico produce (y es simultáneamente el producto de) una serie de subjetividades, entre las que nos interesa destacar el *habitus médico*. Éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. La coincidencia entre el campo médico y el *habitus médico* da lugar a un *sentido práctico* propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo.

El *habitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas (Bourdieu, 1991). El principio de la acción social, dice Bourdieu (1999a), estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *habitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. En consecuencia, para explorar las vastas implicaciones de esta formulación debemos preguntarnos: para los prestadores de servicios de salud,

- que han incorporado en forma de *habitus* las relaciones de poder del campo médico;
- cuya “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl (1988), es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo; y,
- que enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos,

¿en qué medida es posible para ellos establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas, en el trato no jerarquizado?

Es éste un cuestionamiento que no ha sido formulado así por los estudios convencionales de “calidad de la atención” —salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud— porque la investigación en esta materia

está atrapada por —es producto de— la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo *objetivando* a la violación de derechos de las usuarias de servicios de salud reproductiva como un problema cuya génesis debe buscarse fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a estos “problemas de calidad” como un *epifenómeno* del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *habitus* de los médicos y de las usuarias de los servicios, sólo en esa medida es posible hacer una investigación auténticamente científica, desde la perspectiva de la sociología, en esta materia.

La producción del *habitus* médico en la escuela de medicina

Se impone entonces una descripción de los hallazgos que hemos obtenido al explorar la génesis social del *habitus* médico en los años de formación universitaria y hospitalaria. Buscamos identificar en el *currículum oculto* (que se aprende en forma paralela al currículum oficial), el conjunto de reglas, conminaciones, valores entendidos, estrategias de adaptación, interiorizaciones y prácticas, que dan lugar a la suma de predisposiciones autoritarias que, como médicos, aprenderán eventualmente a desplegar para imponerse sobre las usuarias de los servicios, y que, ya en funcionamiento, se reflejará como una predisposición que, al entrar en contacto con la estructura propicia del campo médico, redundará en una mayor probabilidad o riesgo de vulnerar los derechos de las mujeres. Retomando a Bourdieu, sostenemos que un análisis sociológico de la educación que reciben los médicos nos lleva, de hecho,

a la comprensión de los “mecanismos” responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, por estar genética y estructuralmente ligadas a aquellas estructuras objetivas, favorecen el *desconocimiento* de su verdad y, por tanto, el reconocimiento de su legitimidad (Bourdieu, 2013, p. 19, cursivas añadidas).

A partir de estas consideraciones, podemos documentar la solución de continuidad que existe entre el *habitus médico* que se comienza a gestar durante la formación universitaria en las facultades de medicina y que se consolida durante los años de especialización en los hospitales, y la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con las mujeres durante la atención del parto y, en general, en los servicios de salud reproductiva. Es decir, postulamos que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (profesionales, de clase, de etnia y de género), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el *habitus médico*. Se trata, en términos de Foucault, de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce.

La socialización²⁴ de los estudiantes de medicina surgió al final de la década de los cincuenta del siglo pasado como objeto de estudio dentro de la sociología médica norteamericana. La escuela de Columbia

²⁴ “Procesos a través de los cuales los individuos adquieren los valores y actitudes, los intereses, las habilidades y el conocimiento —en una palabra, la cultura— vi-

(Merton, Reader y Kendall, 1957) y la escuela de Chicago (Becker, Geer, Hughes y Strauss, 1961) lideraron la investigación en esta materia. Desde entonces, varios tipos de aprendizajes fueron identificados como cruciales para los estudiantes en su proceso de formación. Destacan entre ellos el entrenamiento para la “incertidumbre” (donde el estudiante debe acostumbrarse a la dificultad de diferenciar entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales), el entrenamiento para la “atención distante” (donde el estudiante debe aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes), y el entrenamiento para el “manejo de los errores y fracasos” en su práctica (Fox, 1957). Común a estos aprendizajes es el desarrollo de cierto cinismo que los estudiantes y los médicos desarrollan con respecto de su trabajo, y en relación con otros colegas y con los pacientes (Wear, Aultman, Zarconi, 2009).

En años recientes comenzaron a sobresalir las investigaciones referidas al maltrato que sufren los estudiantes de medicina, y a las agotadoras jornadas que deben cubrir los residentes, así como a los efectos que tales aspectos tienen sobre su formación y su práctica (por ejemplo, Baldwin y Daugherty, 1997; Silver y Glicker, 1990; Rautio, Sunnari, Nuutinen y Laitala, 2005). Se postula incluso que existe una “cultura” del abuso de los estudiantes en las escuelas de Medicina que está vinculada a una sistemática “violación de la dignidad” en los servicios de salud (Uhary, 1994; Kassebaum y Cutler, 1998; Jacobson, 2009). También en México y América Latina diversos estudios describen el abuso como algo constitutivo del “*currículum* no formal” con posibles vinculaciones con el tipo de práctica que se ejerce, así como con el tipo

gentes en el grupo del cual son, o buscan llegar a ser, miembros” (Merton, Reader y Kendall, 1957, p. 287).

de relaciones que se pueden llegar a desarrollar con los propios colegas (Loría, Soria y Márquez, 2010; Cortés, 2010; Fernández, 2007).

Pero de nueva cuenta, poca de esta investigación puede reputarse como genuinamente sociológica. Echando mano de la investigación en educación, proponemos adoptar la definición de “agenda o *currículum* oculto” como el conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera de, o están incorporadas al, *currículum* formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados” (Cribb y Bignold, 1999, p. 197). Un atributo primordial de dicho *currículum* oculto es la centralidad de las jerarquías y las concomitantes relaciones de poder que se le asocian (Lempp y Seale, 2004; Eckenfels, Duaugherty y Baldwin, 1997).

De más está señalar la importancia del enfoque de *género* en esta investigación. Por una parte, los estudios feministas han documentado el histórico desplazamiento hacia la subordinación que sufrieron el saber y la práctica de las mujeres en materia de salud (en particular de las cuestiones reproductivas), en virtud de la consolidación de la medicina médica moderna (Ehrenreich y English, 1990; Oakley, 1985). Por ello, esta investigación no hace mayor diferencia que se trate de médicos o de médicas. No es el sexo de los profesionales lo que determina el maltrato de género que se ejerce sobre las mujeres. Es su pertenencia a esa profesión, la medicina moderna, que se funda, entre otras raíces, en la desigualdad de género. Por otra parte, en el problema que nos ocupa, las mujeres son el actor social fundamental, en tanto que sobre ellas se ejerce la violación de derechos cuyo origen estamos buscando explicar sociológicamente. Como veremos, una de las principales jerarquías que opera en la relación que los médicos establecen con las usuarias de los servicios, además de la profesional y la de clase, es justamente la de género.

Las dimensiones del *habitus* durante los años de formación universitaria

El examen detallado del currículum oculto de la formación médica universitaria requiere de un análisis muy extensivo. Las preguntas abordadas en la discusión en los grupos focales mencionados en la introducción abarcan un amplio espectro de temas, que van desde los motivos para haber estudiado medicina (cuyo análisis permite discernir la naturaleza social de la *vocación*) hasta las características de la práctica profesional cotidiana.²⁵ Para empezar, centrémonos en los hallazgos relativos a los años de formación.

Al respecto, cabe señalar cuatro dimensiones en las que, por la consistencia de los testimonios a lo largo de los grupos, se puede identificar la existencia de un programa paralelo de aprendizaje, de un currículum oculto, no menos importante que el currículum propiamente académico

²⁵ Los grupos focales que realizamos con médicos exploraron temas como sus experiencias en los años de formación en la facultad y como especialistas; su exposición al currículum no oficial de la carrera de medicina; los aprendizajes en torno de los valores entendidos, las jerarquías, los secretos profesionales dentro de la profesión; sus años como residentes y su elaboración acerca de las experiencias duras que debieron vivir en el contexto hospitalario a manos de otros colegas o de sus superiores; su historia laboral como prestadores de servicios de salud; su experiencia como gineco-obstetras; y sus percepciones sobre diversos temas como las mujeres que atienden: su origen, su condición social, sus embarazos y partos; “el deber ser” de las mujeres durante el embarazo (en particular durante el embarazo de alto riesgo), en salas de parto y durante el puerperio: lo que es “bueno” y “conveniente” para ellas; sobre las condiciones materiales y organizativas de su trabajo hospitalario; sus percepciones y experiencias sobre su interacción con los diferentes niveles de la jerarquía médica; sobre sus derechos y condiciones laborales; sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y sobre la posibilidad de cambiar o mejorar la práctica diaria.

u oficial que deben cubrir los estudiantes de medicina. La primera se refiere a los aprendizajes sobre la *imagen* personal que el estudiante debe proyectar sobre los demás. Desde los comienzos en la facultad, los futuros médicos aprenden que es esencial vestir siempre de blanco, impecablemente, sin ninguna mancha evidente, pues esto último es fácilmente motivo de censura por parte de los profesores. Deben asimismo usar ropa bien planchada, pues las arrugas del vestuario serán también motivo de regaños y castigos. Se trata de un trabajo institucional de construcción de una nueva identidad, la del médico, que comienza desde el primer semestre de la carrera bajo el deber de *aparentar* que se es médico.²⁶ Los largos años de formación permitirán hacer la transición de la apariencia a la plena asunción de la identidad, pero es preciso comenzar con lo primero tempranamente. La admonición de un profesor, tal como la recordó uno de los participantes, resume cabalmente el mandato contenido en estas reglas: “De aquí en adelante ustedes ya son distintos. Ya no eres cualquier cosa, ya deberías comportarte distinto porque traes el uniforme blanco y eso te diferencia de la gente” (Grupo focal 11).

La construcción de la nueva identidad se finca lo mismo en procesos de *diferenciación* que de *identificación* social. Ejemplo de lo primero es el hecho de que los alumnos varones aprenden que no está permitido el uso de aretes ni el pelo largo, pues tales rasgos “relajan la disciplina del grupo”. Ejemplo de lo segundo es la frecuencia con que, desde los inicios de la carrera, los alumnos reciben trato de “doctor” o “doctora” por parte de sus profesores. Se trata de prácticas constituyentes de

²⁶ Los interaccionistas simbólicos mostraron la importancia de trabajar sobre las apariencias externas como un recurso que ayuda a transformar la identidad en la dirección deseada. Véase, por ejemplo, Goffman (1989).

una identidad que trabaja activamente para refrendar esa imagen que exalta la ideología médica de un profesional claramente identificado con cierto tipo de masculinidad o feminidad, que a la vez son íconos de un conjunto de valores tradicionales que hacen “respetable” a quien los exhibe y le confieren autoridad. Y se trata también de *trabajo sobre el cuerpo* de los médicos, que tiene como finalidad no sólo —como ellos creen— aprender a dar una buena impresión, aprender a parecer médicos, sino sobre todo transformar su percepción de sí mismos, su identidad, hasta hacerla coincidir con aquella imagen. El siguiente diálogo con estudiantes de medicina es ilustrativo:

Roberto Castro: *¿Por qué se tienen que cortar el pelo?*

Manuel: Es que es una imagen de médico, es que, vaya, vas a hacer un servicio público, tienes que dar una buena imagen a la persona, es como si fuera un tipo de respeto.

Juan: Tienes que inspirarle confianza al paciente.

Isabel: Sí, porque es real que un paciente no se va a acercar a un doctor que trae el pelo largo, que vea que no se baña.

Itzel: Tatuajes.

Isabel: Que tenga tatuajes.

Juan: La gente es muy dada a “como te ven, te tratan”.

Isabel: Exacto.

Juan: Y si yo veo a un doctor que trae lentes, bien peinadito, bien formalito, aseado, bañado, la verdad de ése a uno que ande desarreglado, yo me voy con el otro.

Roberto Castro: *¿Y no pueden traer bigote, barba?*

Manuel: Sí, pero bien rasurado.

Arturo: Pero bien aseado, bien arreglado.

Isabel: Yo, por ejemplo: él, que anda formal, sí puede presentarse... pero yo así como ando, no iría con un paciente porque sé que no me va a ver igual que si me voy totalmente formal, y aparte no me siento segura ante el paciente, también es una cosa de cómo te sientes tú ante el paciente.

Arturo: Simplemente el andar arreglado y traer una bata, como que te da cierta seguridad, y ¿por qué?, porque la bata tiene cierto poder ante el paciente, como que lo vuelve sumiso, bueno, no sumiso, como que...

Itzel: Impones respeto.

Arturo: Impones respeto, esa es la palabra, impones respeto.

Roberto Castro: Pero parecería, por lo que dices, que la bata tiene cierto poder ante ustedes mismos, porque te la pones con toda la vestimenta y te sientes diferente.

Juan: Se siente como orgullo, pero hay gente que se va con la bata puesta hasta su casa.

Isabel: Es mucha responsabilidad traer una bata puesta.

Roberto Castro: ¿Qué nos quieres decir con que se va con la bata puesta? ¿De lo bien que se siente?

Juan: Sí, sí.

Claudia: Realmente eso pasa en los primeros años.

Isabel: Yo he visto gente, gente de los primeros años en el Soriana, con la bata.

Manuel: Con el esteto...

Arturo: En Galerías, en el cine, dentro de la función con la bata (risas). Se siente bonito traer la bata, pero los primeros años no sabes qué onda bien, porque una bata yo la puedo traer en una empresa (Grupo focal 14).

Pero la promesa de autoridad contenida en esa imagen idealizada se cumplirá sólo al cabo de un largo proceso de formación. Para ello, es preciso sobrevivir a una segunda dimensión importante de aprendizaje, que se refiere al papel de *los castigos y el disciplinamiento corporal* en la formación del médico. Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina perciben la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma. En particular, es en los años del internado y la residencia que el castigo es usado como un vehículo para la transmisión de conocimientos. Hay un sinnúmero de faltas, omisiones, carencias técnicas y equivocaciones, normales en la práctica de un aprendiz, que los superiores detectan en los internos y residentes, que éstos no necesariamente estaban en condiciones de evitar (pues no habían recibido la instrucción correspondiente y no se suponía que conocieran el correcto proceder) y que son corregidas a través de castigos. No es que los castigos se apliquen únicamente ante la reiteración de una falla: se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión del conocimiento. Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso para disciplinar y para afianzar una jerarquía. Mediante los grupos focales hemos recolectado decenas de descripciones de situaciones en las que los participantes recibieron un castigo. Veamos un ejemplo típico:

Al entrar al internado, estaba yo en quirófano... con el doctor tal, el cirujano de tórax. En la UNAM nos enseñaban a lavar (el equipo)... nos trataban con mucha dureza, pero aprendíamos muy bien. Entonces yo llegué y lo hice muy bien, entonces cuando ya íbamos a vestir a la paciente... que me agarra el doctor, y le da un jalón a la sábana y dice: "Señorita, cambie de bulto, el doctor ya nos hizo favor de contaminar", entonces yo llegando, era mi primer día y haciendo, pues según yo todo bien, y él

delante de todos: “¡El doctor ya nos hizo favor de contaminar!, ¿de dónde viene, doctor?”, “De la UNAM”, “No, hombre, qué bárbaro ”. Me humilló allí pues totalmente y ya me quedo callado con la cola entre las piernas, ayudé como pude, yo hasta temblaba y sí fue una situación muy difícil, sin embargo... *a lo mejor de momento sí como que sí se siente uno mal, pero después, es parte de la formación, es parte de esa etapa...* (Grupo focal 1).

Los diversos testimonios recolectados revelan una constante: los castigos sirven no sólo para actualizar un conocimiento o corregir una equivocación, sino también, con el mismo grado de importancia, para *conformar* emociones (en los dos sentidos: darles forma y obtener aceptación) de acuerdo con las “exigencias” del campo. Tales exigencias apuntan en dos sentidos: formar profesionales técnicamente competentes, y formar agentes adaptados a la lógica y la estructura del campo médico:

Pues yo, en mi caso, cuando llegaba a hacer algo mal, mi residente que en ese momento estaba conmigo, me regañaba y me daban tantas ganas de llorar, al principio chillaba, ya después poco a poco te vas adaptando, obviamente eso te ayuda a formarte un carácter fuerte, o sea, a no doblegarte, y te ayuda a superarte, o sea, a ser mejor. Dices: bueno, me regañaron, ya no quiero que me vuelvan a regañar, y bueno, estudias, te aprendes y tratas de evitar eso (Grupo focal 7).

Lo más revelador es que en varias ocasiones los participantes señalaron que no había habido ninguna falta, por mínima que fuera, que pudiera explicar el origen del castigo. ¿Por qué se les castigaba entonces? La respuesta de uno de los participantes lo resume con claridad:

“era marca personal, porque el otro quería marcar su jerarquía. Y sin derecho a réplica porque te duplican el castigo” (Grupo focal 7).

Los castigos más típicos, ya en los años del internado y la residencia, son la prolongación de las guardias, que últimamente, ante la prohibición de imponer guardias de castigo, se llaman eufemísticamente “guardias complementarias”. Son jornadas de trabajo extenuantes que se extienden por varios días, que se traducen en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados. Otras sanciones frecuentes son la obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y presentar un artículo al respecto en un breve lapso (sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes, y muchas otras más.

A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende, por una parte, que hay jerarquías y superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición como tales. Y por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato, que se ha sufrido en carne propia, sobre los residentes que están a cargo de uno. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen por qué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. Como señaló uno de los participantes: “yo criticaba a los R3²⁷ y ahora estoy haciendo lo mismo... esas son cosas que

²⁷ Médicos residentes de tercer año.

pasan por alguna razón, y a lo mejor lo estamos haciendo por inercia o de manera inconsciente...” (Grupo focal 12).

Asociado al tema precedente, una tercera dimensión del *currículum* oculto se refiere al orden de las *jerarquías* dentro de la profesión. El campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente *rango*. La centralidad de tales jerarquías se aprende no sólo mediante la dinámica de los castigos antes descrita, sino también a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad. Junto al cúmulo de testimonios de agradecimiento que los participantes expresan hacia muchos de sus mentores, también abundan los testimonios acerca de maestros en la universidad que sistemáticamente humillaban o descalificaban a los estudiantes en clase (“Los mismos que te van formando te empiezan a desalentar en los primeros semestres”).

La cuestión es aún mucho más evidente durante los años de la residencia médica. Con frecuencia, los médicos en formación aprenden que un residente del primer año (R1) sólo está autorizado a hablar con su inmediato superior, el residente de segundo año (R2), pero de ninguna manera con un R3 o R4 (aun cuando se trate también de médicos en formación casi de la misma edad). El R1 se dirige al R2 como “doctor”, lo mismo que el R2 al R3. Pero este último debe dirigirse al R4 y a los superiores de éste como “maestro”. Y, naturalmente, el trato hacia los superiores es siempre hablando de usted, jamás tuteándolos. Y aprenden también que el orden jerárquico suele integrar, entre sus elementos, un claro componente de arbitrariedad:

Dr. Julián: Por ejemplo, ya retomando esto, ya viendo las experiencias, definitivamente la jerarquía y así como dice el doctor: tipo

militar, yo creo que debería de seguir existiendo. Yo prácticamente viví las dos situaciones, como residente de primer año, R1, llegué a hacer una residencia de 3 años, donde tuve mis jefas de residentes, que eran dos mujeres de La Paz, malas, terriblemente malas.

Roberto Castro: ¿Malas técnicamente o malas como personas?

Dr. Julián: No, malas como personas y muy guapas, demasiado guapas, de Ensenada, Baja California, demasiado guapas y eso como que te hacía inhibirte un poquito y ellas crecerse un poco. Entonces siempre se decían entre ellas: “¿Qué se te antoja a ti?”, “Pues una paleta de fresas con crema”. Y me ordenaban: “doctor, vete por unas paletas, mira, te vas —en México— a la calle fulana de tal, tomas un taxi, te bajas, caminas 3 cuadras y está la paletería fulana, y a mí me tienes que comprar una paleta, si no hay, a ver cómo le haces y dónde la consigues, hay otras dos sucursales, pero tú me tienes que traer mi paleta”. Y entonces ahí iba yo. Entonces empiezas a entender que sí es un poquito fuerte la disciplina y muy terribles. O decían: “¿Qué pasó en la guardia?”, “El R1 no pasó visita, el R1 no hizo esto”, “Pues sí lo hice, faltó una nota”, “Oye, pero...”, o cosas que les tocaban a ellas, “No te preocupes, no pasó, doctor, te quedas el fin de semana y no digas nada”. *Entonces aprendes que la disciplina te va formando también y que es parte de ti y que la debes de entender y la debes de aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco, a veces se caía en abuso, pero esto te da la jerarquía y entonces vas entendiendo*, por ejemplo, y ya de hecho la residente de R3 que te dice: “Oye, espérate, conmigo ni siquiera vas a hablar, ¿eh?, ni siquiera te dirijas conmigo, tienes tu R2, cualquier problema que tengas con el R2 y el R2 me dirá y yo diré si bajo a ver y si es necesario que el adscrito vaya y revise a la paciente”; pero el R1

siempre estuvo en admisión en urgencias viendo las pacientes de primera vez, y ¿qué le hago?, pues el R2 y tu confidente y tu cuate y todo es el R2, pero el R3 no tienes contacto y eso te forma y eso te da una valoración de lo que es el respeto, lo que es la lealtad y muchas otras cosas más (Grupo focal 2).

Por otro lado, es bien conocida la formación que deben adoptar los médicos cuando se pasa la visita a los pacientes: “Primero va el maestro, luego el doctor, después los residentes 4, 3, 2 y 1, y al último el interno y detrás el estudiante”. Lo que indica que el orden de las jerarquías se despliega incluso visualmente, y que su importancia en el campo médico se internaliza de forma gradual, día tras día, a fuerza de socializar dentro de la estructura hospitalaria, bajo las reglas de comportamiento y de etiqueta que ahí operan. Un ejemplo paradigmático del valor simbólico de esta jerarquización del campo, y de sus efectos, se resume en la siguiente descripción contada por uno de los participantes en un grupo focal: “Un estudiante llega temprano a clase... se llena el salón. Al final llega un R3: paran al estudiante” (para que le ceda su asiento al R3). No sorprende, entonces, que al referirse al duro trabajo que deben realizar los internos y los residentes del primer año, varios residentes de segundo y tercer año hayan explicado las cosas con una simple sentencia: “En el hospital hay roles. Hay peones”.

Estas dos dimensiones, la del disciplinamiento sistemático y la de las jerarquías, adquieren una realidad particularmente acuciante cuando se les mira desde una perspectiva de género. El *disciplinamiento de género* constituye la cuarta dimensión del *currículum* oculto que hay que destacar y en la que debemos detenernos en mayor detalle. Desde los

primeros años en la facultad suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que éstas deben superar si de verdad aspiran a convertirse en médicas. Hay varios testimonios que describen los reiterados mensajes de desaliento —a veces de forma muy sutil, a veces de manera franca— que se reciben de parte de parientes, amigos de la familia, o directamente de los propios padres. Por ejemplo, una estudiante narra que un amigo respetado por su familia le aconsejó elegir una carrera en la que no tuviera que recibir un salario: “Métete a lo que tú quieras hacer sin que te paguen”:

Roberto: Pero ¿por qué te dijo eso?

Fernanda: Pues supongo que como la mujer es la que lleva y cuida los hijos en el hogar, o sea, a veces todavía en México está muy, está mucho la idea del machismo de que el hombre es el que lleva el dinero a la casa; entonces, pues no importa que la mujer tenga un trabajo donde gane mucho dinero mientras ella todavía pueda seguir ocupándose del hogar (Grupo focal 13).

La noción de que estudiar una carrera es finalmente irrelevante en tanto que el cometido fundamental de las mujeres es desempeñarse como amas de casa, esposas y madres de familia, aparece de diversas formas en el material recolectado. Dos testimonios más al respecto son muy ilustrativos. En el primero, una estudiante relata lo que le respondió una amiga de la familia, médica, ya mayor, cuando ella le consultó su opinión acerca de su interés por estudiar medicina: “Me decía, ‘piénsalo muy bien, te vas a topar con insultos, te vas a topar con muchas groserías, con mucha gente mala, tus mismos compañeros, el ambiente no es lo que tú estás acostumbrada’”... (Grupo focal 13).

En el segundo testimonio, otra estudiante relata que recibe apoyo de sus papás cuando le va mal en algún examen, pero dicho apoyo suele venir montado en un sutil mensaje de desaliento, en una constante invitación a que deje esa carrera y estudie algo que le permita, eventualmente, conciliar la vida familiar con el trabajo (con este último siempre subordinado a aquélla):

Pero yo creo que el que nos digan “ya salte de ahí” nos pasa a la mayoría. A mí, en mi caso, mi papá es un hombre muy machista, muy cuadrado en sus ideas y yo no sé si a alguna de ustedes les pasó que llegabas de un examen de “fisio”, de “farma” y de lo que ustedes quieran, y llegabas llorando a tu casa porque te la pasaste estudiando dos semanas o no dormiste tres días, y sabes que te fue mal, y mi papá llega y dice: “Es que para qué te saliste de mecatrónica”... o llegar con tu mamá y decirle “Mamá, abrázame”, para que te digan: “Para qué te metiste a eso”. Mi papá todavía cree que si yo me caso, dejo la carrera, dejo de estudiar. Y tengo primos que tienen hasta apuestas de que yo no termino la carrera (Grupo focal 13).

En realidad, estas expresiones afectivizadas de desincentivación son indicadores de diversos mandatos de género puestos en circulación nuevamente por los propios familiares. Desde luego, no se trata de una oposición social que se manifieste de la misma manera en todo el país ni que todas las mujeres enfrenten con la misma intensidad. Se trata más bien de cierta predisposición socialmente inculcada que, por lo mismo, se mantiene a veces imperceptible, y que se activa sólo en algunos casos, sobre todo cuando ciertos agentes sociales, en posición de autoridad, se ven conminados a ejercer una función regulatoria: “Viene un familiar un día y me dice: ‘La carrera de medicina no se hizo para

las mujeres’... Yo dije: ‘Híjole, entonces, ¿qué carreras habrá para las mujeres?’, le pregunto yo; y me dice: ‘La que tú quieras: está secretaria, ama de casa, esposa... maestra’” (Grupo focal 4).

Es decir, no se trata de una contracorriente (que se opone o mina el interés de las estudiantes por convertirse en médicas), que derive de la mala fe o de un plan deliberado para desviarlas de sus objetivos. Al contrario: se trata de expresiones afectivizadas de orientación vocacional, de consejería familiar, de solidaridad. Y precisamente por eso es importante no minimizarlas, pues ahí, en el vehículo por medio del cual se expresan —el afecto— radica la fuerza contra la cual deben batirse quienes, pese a todo, persisten en su empeño por estudiar medicina.

Otro tipo de expresiones *autorizadas*, destinadas a “poner en su lugar” a las mujeres, a marcarles límites que no deben traspasar y, en fin, a reproducir las jerarquías y los ordenamientos de género vigentes en todo el tejido social, se vehiculizan dentro de la escuela de medicina a través de medios dotados de una capacidad comunicativa particular, que van desde la posición de autoridad del docente hasta la sutileza de un sentido del humor suficientemente ambiguo como para volver muy difícil cualquier intento de reproche. Por ejemplo, puede ocurrir que en las aulas de clase las mujeres deban enfrentar y lidiar con diversas expresiones de discriminación de género que las lleva a ser construidas fundamentalmente como elementos para el ornato, para la diversión o el “ligue”, para el servicio, o bien, como agentes francamente inferiores que no deben, por definición (por ser mujeres), aspirar a las mejores calificaciones. Así, una estudiante que realizaba el internado, comentó: “Hay una materia que se llama competencia comunicativa y hay un profesor que sí era así, de hecho nos pasaba y decía, todos íbamos a dar clase, pero si traíamos falda teníamos diez” (Grupo focal 13).

En otro de los grupos focales, un interno describía a uno de sus docentes: “O sea, es un adscrito que daba la clase de español, él les decía que por cada centímetro arriba de la rodilla que trajera su falda era un punto al final. Lo decía como en broma, pero cierto” (Grupo focal 12).

Se trata de expresiones de acoso escolar en su vertiente sexualizada, que se monta en la posición de poder que detenta el docente y que contribuye, a la vez, a reproducir la desigualdad de género de la cual emana en primera instancia. Una estudiante relató:

Y me dice el doctor: “A ver, Elena, pasa a dar la clase”, y le digo: “Doctor, yo ya di la clase el día de ayer, hoy le toca a otra persona”, y dice: “No, pero párate”, le digo: “Pero no quiero doctor, no traigo la clase”. Sí la traía, pero no me quería parar, me sentía incómoda, no quería pararme y dice: “¿Por qué no te quieres parar, si queremos verte todos?”, le dije: “No quiero”. Pero eso me costó, tenía mi promedio de exento y cuando va a haber examen me dice: “Te vas a ordinario”, “¿Por qué, doctor?”, “Porque lo digo yo”. Lloré, me dio diarrea, vomité, hice rabieta, hice de todo y me fui a ordinario. Y le dije: “Pero doctor, ¿cuál fue el problema?”, “Yo tomo en cuenta otras consideraciones, yo veo otros aspectos”. Me enojé mucho, me molesté, y le dije: “Uta madre, doctor, ¿cuáles son esas consideraciones? Aquí están mis calificaciones, yo estoy exenta igual que ella”. Dijo: “No, te vas a ordinario” (Grupo focal 11).

Además de servir de vehículo para inculcar la sumisión a la autoridad, las jerarquías vigentes en el salón de clase, dentro de una facultad perteneciente a una carrera altamente diferenciada en rangos como la de medicina, pueden servir, literalmente, para reproducir la noción de que las mujeres están, esencialmente, para dar placer. Pero además de

ello, dichas jerarquías también pueden servir para perpetuar la noción de que el lugar de las mujeres en la escuela de medicina es siempre secundario y subalterno. Esto puede comunicarse a través de varias formas. Una de ellas, tal como lo relata una especialista del estado de Morelos, es fijando arbitrariamente el tope máximo de calificación que una mujer puede alcanzar en clases:

cuando íbamos a hacer el examen, nos presentamos, de los treinta que íbamos, a lo mejor diez lo presentamos y entonces nos dan los papелitos y dice el doctor: “A ver, tome su papелito”, y llegamos y dice: “Yo les digo a las compañeras —éramos dos mujeres— si gustan hacer el examen es 6 o adiós” (o sea, la mínima aprobatoria). Y yo le decía: “Pero ¿por qué si todavía no lo hacemos?”. Dice: “Las mujeres no sirven para ser doctoras”. Entonces nos quedamos mi compañera y yo: “¿Lo presentamos, nos exponemos?”. Y decía el doctor: “El 6 o el extraordinario, así de fácil, porque las mujeres para la medicina no, el hombre —nos decía— para médicos, los mejores médicos, que lo van a ver en la profesión, son hombres”. Y entonces se fue quedando toda esa situación, en algún momento nos enfrentamos al examen, aunque le hayamos dicho lo que nosotros sabíamos, nos dejó 6 y yo veía que nos preguntaba y él escribiendo, nada más como diciendo: “Apúrate, porque ya”... no sé qué sería del doctor, pero fue algo así que se queda marcado como para siempre; entonces tengo que seguir adelante para demostrarle que lo que me dijo en aquel entonces, que en algún momento me marcó, demostrarle que sí podemos (Grupo focal 3).

Los exámenes son la ocasión por excelencia en que los docentes pueden exhibir y utilizar todo el poder de que disponen para reproducir las jerarquías de género y de clase en las que se basa su desempeño en primera

instancia. Son también la ocasión para insistir en “poner a las mujeres en su lugar”, esto es, para recordarles a todos que el papel que deben desempeñar las mujeres es en primer lugar y ante todo, el de esposa, pareja sexual o ama de casa. Son ocasión, pues, para descalificar de nuevo a aquellas que están tratando de remontar todos los prejuicios de género que operan en su contra para convertirse, por pleno derecho, en profesionales de la medicina. Dos testimonios más ilustran esta situación. El primero de ellos corresponde a una especialista de Morelos, que relató:

En esta facultad había un pediatra muy reconocido. Entonces todos le teníamos miedo porque además es muy estricto, es inteligente, bueno, buen médico, pero es mala persona. Entonces llegábamos y decía: “A ver, dime tal cosa”... y luego decía: “No, es que no entiendo —si fallaba uno—, no entiendo, ¿qué hacen ustedes aquí?; los hombres tienen la responsabilidad de mantener una casa, pero las mujeres con que abran las piernas”, y eso lo repetía constantemente (Grupo focal 3).

El segundo testimonio corresponde a otra especialista que se formó en el estado de Guerrero:

Y en cuanto a experiencias como la que, similares a las que platican las doctoras, sí, igual, había un médico que simplemente la máxima calificación era 7; por ser mujer, 7. Entonces si le contestabas más o menos bien, te hacía máximo 4 preguntas, si a la segunda fallabas, pues igual te decía: “A ver, tú tienes pinta de cocinera, vete a hacer esto”. O sea, luego, luego, la agresión. O sea, como que eso ya lo captas hasta ahorita, yo lo capto hasta ahorita; entonces realmente pues no hace uno nada y te aguantas porque quieres seguir ahí, porque tienes un objetivo (Grupo focal 3).

Varios de los testimonios anteriores coinciden en el dato fundamental de que se trata de intervenciones docentes que marcan para toda la vida y de cuya gravedad las antiguas estudiantes —hoy médicas especialistas— se han venido dando cuenta al paso del tiempo. Se trata entonces de una agenda oculta que se disimula, a veces hasta llegar a confundirse ante la mirada poco preparada, como la de las estudiantes, con la propia agenda formal de la carrera. Otros relatos refieren variantes del mismo mensaje, que van desde formas más sutiles, como la del docente que cada tanto les decía que la de medicina es una carrera demasiado larga para las mujeres, hasta formas abiertamente agresivas como el caso de un docente que se refería a las estudiantes como gente que “deberían estar vendiendo verduras en el mercado”. En otros casos, el mensaje pasa por desincentivar a las mujeres a que hagan una especialidad. Una estudiante de pregrado relató lo que un docente les dijo en clase: “Una mujer no puede pensar nada más en su especialidad porque tiene que estar al pendiente de su familia, tiene que estar al pendiente de sus hijos, tiene que estar al pendiente de su esposo” (Grupo focal 13).

Resulta por lo demás indicativa la manera en que reaccionaron los varones participantes en los grupos focales ante este tipo de revelaciones. La mayoría de ellos acusó plena familiaridad con estos relatos y muchos atestiguaron por su cuenta situaciones parecidas. Sin embargo, al preguntárseles en qué medida este tipo de abusos y formas de discriminación se siguen presentando en la actualidad, la mayoría de los varones respondió que eso ya no existe, versión que fue consistentemente rebatida por las mujeres, que los acusaron de no darse cuenta porque no tienen que vivir estas situaciones de manera cotidiana. Sin embargo, los varones solían admitir que el acoso a las mujeres sigue siendo una

práctica regular dentro de los años de formación en medicina. Uno de ellos relató:

Hay acoso de los dos lados, pero es más marcado con las mujeres y siempre se ha visto... en el internado, una doctora que sea bonita y que tenga buen cuerpo, que esté bien, pues, siempre va a tener mucha ventaja sobre las demás, no sé por qué los médicos somos así. Bueno, somos... [risas], en serio sí es así, le cargas menos la mano, pero cuando se la merece... sí le das su buena regañada o lo que sea, o le da uno sus nalgadas... [se ríe]. O no falta la clásica doctora que llega del internado, queriéndose ligar a un doctor y ella siempre va a tener más privilegios que las demás... (Grupo focal 8).

El funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores, y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera. Como se muestra en el testimonio anterior, a veces las cosas ocurren ante la propia “sorpresa” de los protagonistas: “no sé por qué los médicos somos así”.

La discriminación hacia las mujeres no necesariamente disminuye cuando termina la licenciatura y se accede a los años de especialidad. Además de la obligación que se impone a muchas de ellas de presentar pruebas de no-embarazo antes de comenzar, hay testimonios acerca de médicos-docentes que tratan de desalentar a las mujeres que quieren hacer una especialidad: “Mejor ponga un consultorio de medicina general al lado de su casa para que pueda atender a su esposo y a sus hijos” (Grupo focal 3). También hay evidencias de que ciertas especialidades, como cirugía y urología, entre otras, están material y simbólicamente cerradas para las mujeres. Tal exclusión se logra mediante prácticas de hostigamiento sistemático a aquellas mujeres que intenten

cursar alguna de estas especialidades. Como es previsible, este estilo docente está asociado a la reproducción profesional de las desigualdades de género, donde abiertamente se proclama que ciertas especialidades médicas no son para las mujeres. Destacan entre ellas, a partir de los testimonios recolectados, las de cirugía y urología:

Cuando estaba en primer año, el maestro de Histología preguntó a las mujeres: “¿En qué se van a especializar?”. Y empezaron a decir que trauma, que esto, que lo otro, era como que la idea, estás en primer año, realmente no tienes una gran idea de qué es lo que vas a hacer, entonces dice: “¡Ah, qué bueno!”, y “¿quién va a ser cirujano?”. Varios levantaron la mano y entre esos yo levanté la mano y entonces dice: “¿Por qué las mujeres quieren entrar a cirugía? —dice—, se ven bien machorras”. Así lo dijo en el salón, “se ven muy machorras queriendo ser cirujanas”, y claro que me ofendí (Grupo focal 13).

En torno de la urología existe también un sistemático alejamiento de las mujeres con respecto de esta especialidad, una especie de aversión que se retroalimenta con el mito que la sustenta:

Roberto: ¿Por qué sí hay ginecólogos y no urólogas?

Antonio: Es el mito de la sociedad, o sea, yo en lo personal no iría con una uróloga.

Roberto: Imagínate que las mujeres dijeran “yo no iría con un ginecólogo”.

Erika: La mayoría son ginecólogos.

Antonio: Como que es más común que la mujer vaya a ver al hombre, que el hombre a la mujer.

No sorprende entonces que en la propia operación de los servicios de salud se vean reproducidas todas las diferencias de género que se han cultivado y promovido desde el salón de clases:

Erika: Pero como quiera, siguen imponiendo los hombres en medicina.

Roberto: ¿Qué imponen?

Erika: Todo: en orden, en pedir cosas, o sea, no es pedir, es exigir, se tienen que hacer las cosas como ellos digan, es su actitud, todos están por encima de las doctoras mujeres cirujanos que están ahí.

Antonio: Yo creo que una de las especialidades donde se ve muy marcado el rango, bueno no el rango, sino la división entre hombres y mujeres, es cirugía; por ejemplo, yo estaba rotando ahorita por plástica y rotan por cirugía general y los dos R1, es un hombre y una mujer, se ve cómo le cargan la mano a la mujer y por una parte está bien, porque así, en medicina así aprendes, en cuanto a la práctica, pero la verdad sí le cargan demasiado la mano, o sea, no la ven como compañera, sino la ven como trabajadora, lo sientes, le cargan mucho, mucho la mano a la doctora (Grupo focal 14).

Si las mujeres son sistemáticamente construidas como inferiores, como agentes cuya carrera debe ser secundaria a su papel de “madres-posas”; si en clase son construidas ante todo como objetos sexuados (antes que como alumnas), como personas con minusvalía intelectual por ser mujeres; en una palabra, si desde antes de entrar a la carrera y sobre todo durante ésta, a lo largo de sus años de formación, las mujeres deben sobreponerse permanentemente a un conjunto de

dispositivos sociales que las cercan y se despliegan en su entorno para invisibilizarlas, para hacerlas menos, para remitirlas al lugar de la subalternidad, ¿sorprende que durante su ejercicio profesional tengan constantes dificultades para ser vistas como lo que son, médicas o especialistas?

Como se señaló al comenzar este trabajo, Goffman descubrió que el *sí mismo*, la identidad social de los actores, es un fenómeno que emerge de la interacción entre ellos, lejos de ser un atributo esencialista que brille por sí mismo. En el espacio de la medicina se confirma este principio con sorprendente contundencia. Ya lo había anticipado West (1984), quien trabajando con el concepto de “master estatus” (Hughes, 1993) descubrió que en los encuentros médico-paciente con actores de diferente sexo, los varones perciben ante sí a una mujer (independientemente de que sea médica o paciente), mientras que las mujeres perciben ante sí a un médico o a un paciente (independientemente de que sea varón o mujer). Es claro que esta distorsión en la percepción —y esta imposición de la identidad— está presente en todos los usuarios de los servicios de salud, sin importar su sexo: la identidad, el prestigio que le es concomitante, y la credibilidad de los actores, están mediados por las desigualdades de género. Los años de formación médica y el estilo docente que ahí se practica no son ajenos a esta construcción.

A todo lo anterior se suma la colaboración de las y los usuarios de los servicios de salud en este esfuerzo sostenido de construcción social de la realidad. Las residentes y especialistas entrevistados reportaron que, en general, el público suele referirse a ellas como “señoritas” (y rara vez como “doctora”) mientras que, por lo contrario, cualquier personal masculino, incluyendo los enfermeros y camilleros, suelen recibir el trato de “doctor”.

Conclusión

Que la calidad de la atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia con perspectiva de género. Matamala (1995) y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados —sin menoscabo de la utilidad de esa información— sólo fortalecen al modelo biomédico. Y, junto con otras autoras, abrieron la investigación en esta materia *del lado de las usuarias* (Casas, Dides e Isla, 2002). Los recientes estudios sobre *consentimiento informado*, y sobre los sesgos de género presentes en los encuentros médico-paciente, hicieron contribuciones muy importantes para la objetivación sociológica del problema. Esos estudios fueron decisivos para incorporar la cuestión de la ciudadanía y los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, y para mostrar la existencia de determinantes de género en la formación de los médicos. Pero incluso esas investigaciones omitieron abrir la caja de Pandora *hacia el otro lado*: no del lado de las usuarias de los servicios, sino del lado de los prestadores de los servicios. Es decir, omitieron problematizar las cuestiones de la violación de derechos de las usuarias a modo de poner en el centro de la mirada a la *fábrica social* de los médicos y de las instituciones de salud, para poder explorar desde ahí las determinaciones más profundas, invisibles en tanto estructurantes del campo médico e incorporadas en forma de *habitus* de sus agentes.

La reciente tipificación legal de la “violencia obstétrica”, en tanto una forma específica de violencia contra las mujeres, es reflejo de que desde el campo jurídico se han comenzado a tomar cartas en el asunto.

Ello ocurre, como cabe esperar, en el marco de una feroz lucha entre el campo jurídico y el campo médico, que en México ha visto episodios notables. Mientras que en el caso de Veracruz el término ha sido inscrito en el Código Penal del estado, en Oaxaca el Congreso local hubo de desistir en su intento ante la amenaza de rebelión del gremio médico. Sin embargo, si bien la acción legal en torno de los casos de violación de derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para combatir la cultura de la impunidad y el encubrimiento existente en algunos ámbitos, y para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco, sostenemos que ese tipo de medidas no bastan por sí mismas para cambiar las cosas. También es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible los desencuentros que mencionamos con anterioridad entre prestadores de servicios de salud y usuarias, en el marco de los servicios de salud reproductiva. Más aún, una acción verdaderamente preventiva tendría que estar orientada a identificar e intervenir sobre aquellas condiciones y aquellos conflictos asociados a la deficiente oportunidad y calidad de la atención que anteceden a la violación de derechos propiamente dicha, pero que constituyen un paso en esa dirección. Por lo demás, debemos evitar la importación acrítica del término “violencia obstétrica” por más que haya empezado a establecerse en el lenguaje cotidiano, y cuyo significado empírico está lejos de ser transparente. A los efectos de esta investigación, si bien reconocemos la eficacia política que puede reportar el uso del término, así como su valor heurístico, mantendremos como objeto de nuestra indagación la práctica médica autoritaria y la violación de derechos de las mujeres.

Del planteamiento anterior se desprende una vasta línea de investigación que debe explorar simultáneamente las características básicas del *campo médico* en México, así como el *habitus* de sus principales agentes.

Ello con el fin de documentar y acreditar el papel que desempeña el encuentro de esas dos formas de lo social en la producción de las diversas formas de *violación de los derechos* de las mujeres en el espacio de la salud.

La génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva puede rastrearse desde los primeros años de formación universitaria, pasando por los años del internado y los de especialización. Pero se recrea todos los días en los servicios y los hospitales, a través de la práctica profesional rutinaria. Hemos identificado, por lo pronto, cuatro dimensiones centrales del currículum no oficial que deben aprender e interiorizar los estudiantes de medicina y los médicos que están haciendo su especialidad en gineco-obstetricia o medicina familiar. Tales dimensiones se refieren al cultivo de una imagen, al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal, al orden de las jerarquías, y al disciplinamiento de género.

La suma de aprendizajes que derivan los médicos de ese currículum paralelo puede recapitularse a través de varias frases de síntesis que aportaron los propios médicos especialistas participantes cuando se les pidió que resumieran qué les parecía todo aquello, visto ahora en retrospectiva, habiendo ya superado todas esas pruebas, y siendo lo que son hoy en día, gineco-obstetras o médicos familiares en pleno desarrollo profesional. Sus respuestas:

- “También eso es formación”
- “Se aprende a resistir”
- “Nos forma el carácter”
- “Para mí fue muy adecuado, muy drástico, muy duro para que uno pusiera mayor atención en las cosas”

- “Fueron tratos fuertes que al final rindieron frutos”
- “Eso te forma, te curte, te jala...”
- “Entonces aprendes que la disciplina te va formando también y que es parte de ti y que la debes de entender y la debes aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco, a veces se caía en el abuso, pero esto te da jerarquía... y eso te forma y eso te da una valoración de lo que es el respeto, lo que es la lealtad y muchas cosas más”.

Son respuestas que denotan que estos agentes han completado el camino de la socialización, y han sido adoptados plenamente por la institución a la que aspiraron pertenecer. Ahora la encarnan, hablan en su nombre, y pueden incluso fungir como sus promotores ideológicos, como cuando uno de ellos señaló que el currículum paralelo de aquellos años de formación le permitió “aprender a ser un médico que se entrega”, poniendo así en circulación nuevamente la imagen del médico sacrificado que trabaja, ante todo, por el bien de los demás. O como cuando se expresan con gratitud de quienes los maltrataron severamente en el pasado, pero a quienes se les reconoce como un mérito haber sido tan exigentes.

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años y para quienes no desertan en el camino, convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica. Se trata de un aparato que ejerce un papel central en la génesis de un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos;

en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; en la desigualdad de género.

Son todos éstos rastros de un *habitus* que ahora analizaremos en funcionamiento, en el espacio hospitalario, en plena interacción con las usuarias de los servicios. Un *habitus* cuya *lógica-práctica* aún es posible observar dentro del campo médico al cual pertenece y cuya *necesidad* —en tanto conjunto de predisposiciones estructuradas por, y estructurantes del campo médico— se puede demostrar.

En los capítulos siguientes haremos evidente que ese *habitus* así inculcado desde los años de formación y así reproducido cotidianamente en los servicios de salud, está en el origen, aunque no sea la única causa, de la violación de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud. Mostraremos que las dimensiones de ese *habitus* que aquí hemos discernido efectivamente propenden al mantenimiento de un estilo autoritario en los encuentros con las usuarias, y que dichas propensiones están en el origen de la violación de derechos y de las múltiples formas de maltrato que se registran en el espacio de la salud sexual y reproductiva. La ruta general está trazada en términos conceptuales y metodológicos.

Capítulo II

El *habitus* en acción: la atención autoritaria del parto en los hospitales

— ¿Y no tuvo sufrimiento en el parto?
Pos sí porque me dolía muchísimo mi cabeza. O sea que yo recuerdo que les decía a los doctores ‘¡me duele, me duele!’.
Yo les decía que me dolía la cabeza y ellos me decían
‘¡Aguántese usted, así le gustó!’.

CASTRO, 2000, p. 362.

Introducción

A lo largo de los últimos años, la agenda de los derechos reproductivos y los derechos sexuales ha adquirido una gran fuerza a escala internacional. Las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y sobre las Mujeres (Beijing, 1995) han desempeñado un papel central en la adopción, por parte de los diversos Estados nacionales, tanto del discurso como de compromisos concretos en la promoción y defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En particular, un aporte de estas conferencias ha sido la identificación más específica de los llamados derechos reproductivos. El reconocimiento de

éstos como parte importante de los derechos humanos le ha conferido una gran legitimidad a la lucha por la defensa y promoción de éstos.

La implementación de los derechos reproductivos, sin embargo, enfrenta dificultades relacionadas con las desigualdades de género prevalentes. Se ha documentado que tales desigualdades impactan tanto en el nivel de las políticas nacionales de salud como en las prácticas concretas de atención en los servicios de salud reproductiva (Cook, 1995; Uskul y Ahmad, 2003). Y se han desarrollado propuestas específicas para evaluar en qué medida la falta de observancia de los derechos reproductivos en los servicios de salud puede ser considerada como una responsabilidad del Estado (Rahman y Pine, 1995).

En efecto, existen numerosas evidencias, obtenidas a partir de testimonios (formales e informales) de mujeres que han sido atendidas durante el parto o cesárea en hospitales públicos de salud, que muestran que con frecuencia se violan sus derechos reproductivos y humanos durante su interacción con el personal de salud que las atiende. Hay testimonios de mujeres que reportan que en el momento de mayor dolor durante el trabajo de parto, que enfrentan con expresiones de dolor, ademanes y gritos, reciben de parte de los médicos órdenes de controlarse señalándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora “tienen que aguantarse”. En algunos casos, las formas del regaño alcanzan modalidades de un autoritarismo extremo, represivo, sólo interpretable en el marco de la desigualdad de género que caracteriza a estos encuentros. Un caso típico es el referido en el epígrafe de este capítulo. La lógica del mecanismo social de represión es sorprendente: los médicos buscan obligar a las mujeres a que “se controlen”, se callen, o dejen de quejarse, “recordándoles” que en otro momento seguramente experimentaron placer sexual y que “por lo tanto”, ahora deben vivir “con las consecuencias”. La

expresión “así le gustó”, del testimonio anterior, es semejante a otras como “pero disfrutaste antes, ¿no?” o “pero la pasaste bien, ¿verdad?”, y un sinnúmero de variantes parecidas que hemos recogido a lo largo de esta investigación. En otros casos, se tiende a inculpar a las propias mujeres por los problemas y/o las dificultades que puedan presentarse durante el parto, y a eximir de toda responsabilidad a los médicos, acusándolas de “no *cooperar* adecuadamente” durante el parto. Es un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad que funciona en un contexto de opresión de género, ahí donde el campo médico se ha estructurado a partir de *habitus* que propenden a este tipo de actuaciones. Se trata de un orden institucional que presupone que en el parto el papel protagónico, el conocimiento, la jerarquía y la autoridad corresponden a los médicos y, en general, al personal de salud; y que las mujeres que paren deben limitarse a “cooperar” o a “ayudar” a los médicos en la tarea, así como aceptar que ellas no saben o no saben tanto como los médicos acerca de su propio proceso de parto, por lo que deben subordinarse a la autoridad médica.

A lo largo de ya más de 15 años de investigación sobre esta materia, hemos constatado que este tipo de expresiones represivas por parte de los médicos sobre las mujeres en trabajo de parto (“pero bien que te gustó que te lo hicieran, ¿verdad?”) resultan completamente familiares tanto para el personal de salud como para muchas mujeres que han sido atendidas por parto en instituciones públicas.²⁸ Unos y otras *re-conocen* el evento cuando les es expuesto en un seminario o a través de una presentación académica y, al mismo tiempo, por vía de ese reconocimiento

²⁸ Nos limitamos a hablar aquí de las instituciones públicas porque fue en ellas donde hicimos nuestra investigación. Pero ello no significa que en las instituciones privadas no se dé este tipo de abusos.

—es decir, dado su conocimiento práctico del episodio, que resulta casi “natural” en esta sociedad y en esas instituciones— expresan su desconocimiento de la naturaleza profunda de este fenómeno. Pues endosar, reconocer o suscribir, por vía de la familiaridad, un evento determinado, no sólo no es garantía de que se le conozca de verdad, sino que es justo el mecanismo —la supuesta familiaridad con algo que se cree conocer, sin conocerlo de verdad— para su perpetuación.

Por ello, desde nuestra perspectiva sociológica, éste es un problema que amerita mayor indagación: ¿sobre qué bases se monta el “permiso” de los médicos para reprimir en estos términos a las pacientes?, esto es, ¿qué mecanismo social, o qué dispositivo de poder se activa en estos encuentros, que hace que abunden las conductas represivas y que dichas conductas se asocien al nivel del discurso con el disfrute de la sexualidad por parte de la paciente? Dado el contenido incriminatorio de las expresiones represivas, ¿cuál es la norma que desde la perspectiva de los médicos se rompe? Y suponiendo, sin conceder, que se rompió alguna norma, ¿qué los hace asumirse como garantes de tales normas y como consecuentes represores de las mujeres que supuestamente se han desviado de ellas? La investigación en esta línea debe contemplar que los encuentros médicos-mujeres en general constituyen formas de interacción social asimétricas, pues en ellos uno está legitimado como el detentador del saber/poder, y la otra es “sólo” una paciente. En el caso de los encuentros de ginecología-obstetricia, la asimetría se agudiza aún más por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que padece. Se trata de una dimensión de poder, insoslayable en este tipo de análisis, justo en los términos descritos por Foucault y que citamos en el capítulo anterior. Es decir, no como el poder que emana del Estado, sino como relaciones de dominación que se establecen entre actores ubicados de

manera diferente en un campo determinado, y que caracterizan sustancialmente todas sus interacciones.

Pero la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante la atención institucional del parto no se reduce a casos límite. Existen otras formas, en ocasiones más sutiles o más naturalizadas, de violación de los derechos de las mujeres que tienen que ver, por ejemplo, con la estrategia de obtener (o arrancar) durante el trabajo de parto su “consentimiento” para ser esterilizadas o para que se les coloque un dispositivo intrauterino (DIU); en no consultarlas sobre las decisiones que sobre su cuerpo se van tomando en el curso del trabajo de parto y el parto o cesárea (o hacerlo de manera muy autoritaria); en ignorar sus solicitudes, sus preguntas y sus reclamos; en permitir que cuatro o cinco residentes, al mando de un instructor, le hagan un tacto a una mujer en pleno trabajo de parto con el fin de “practicar”; en realizar una operación cesárea sólo porque las salas de expulsivo están llenas o sólo porque algún quirófano está disponible; en regañar, infantilizar, descalificar o intimidar de diversas formas a las mujeres para obtener su “colaboración”; en negarles el bloqueo epidural o alguna otra forma de anestésicos como medio de castigo o para disciplinarlas; en formular chistes o ironías que hacen de las propias mujeres objeto de risa, de burla, o de comentarios sarcásticos; en hablar e interactuar entre médicos y enfermeras²⁹ frente a las mujeres como si éstas no estuvieran presentes, es decir, reduciéndolas a la condición de “no-personas” (en términos de Goffman). En una palabra, existen muchas evidencias que muestran que con frecuencia la atención hospitalaria del

²⁹ Para facilitar la lectura, utilizaremos el término “médicos” para referirnos a médicas y médicos, y el de “enfermeras” para referirnos a enfermeras y enfermeros.

parto se da en un marco de mayor o menor “maltrato” y/o abuso hacia las mujeres, bajo un contexto de autoritarismo médico. Este abuso puede adquirir modalidades físicas y psicológicas, y se relaciona con la forma como se organizan los servicios de ginecobstetricia, con la manera como se concibe la formación de los residentes, así como con la forma en que se concibe a las propias mujeres. Pero sobre todo, este abuso es producto del encuentro entre el *habitus* médico caracterizado en el capítulo anterior y las estructuras objetivas del campo médico. Se trata, como veremos en seguida, de conductas que responden a un conjunto de predisposiciones socialmente cultivadas en el personal de salud, cuyo origen debe rastrearse desde los años de formación, pero cuyas condiciones de posibilidad se reproducen todos los días en la práctica hospitalaria.

El análisis del material de que disponemos nos ha permitido constatar que la violación de los derechos reproductivos durante el parto o cesárea es un *continuum* del que sólo las formas de violación graves son, a veces, conocidas. En efecto, en el extremo más grave de este *continuum* se encuentran las denuncias que llegan a ser conocidas a través de la prensa, o gracias al activismo de las diversas organizaciones que trabajan por la defensa de los derechos de las mujeres. Suele tratarse de casos en los que es posible constatar que se ha causado un daño específico a la salud de la mujer afectada, o bien, que se ha incurrido en una grave violación de sus derechos. Se trata de situaciones en las que la responsabilidad de las instituciones de salud es claramente demandable, lo que puede hacerse manteniendo el caso dentro del dominio de lo médico —por ejemplo, exigiendo una reparación del daño directamente a las autoridades de la institución o en el marco de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico—, o bien, llevando el caso a los tribunales.

Pero en el otro extremo del mismo *continuum* se encuentran lo que podríamos denominar las *formas naturalizadas* de abuso y violación de derechos de las mujeres, y que contemplan a aquellas formas de maltrato que, al no estar tipificadas como delito, no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las mujeres tampoco son reclamables al interior de la propia institución de salud. Proponemos la expresión *formas naturalizadas* de abuso para dar cuenta de aquellos abusos que pueden no ser percibidos como tales por los prestadores de servicios de salud y, a veces, por las propias mujeres. En un contexto de desigualdad de género existe un cúmulo de conductas que se originan en esa desigualdad, al mismo tiempo que contribuyen a perpetuarla. Por efecto de la propia desigualdad, dichas conductas pueden ser percibidas como “naturales” por los propios actores. Esta “naturalización” de las conductas contribuye a hacerlas “invisibles” en primera instancia. En contraposición, las formas no-naturalizadas de abuso serían aquellas que los actores sí perciben como abuso, aquellas para las que sí existen códigos específicos (legales, médicos, o hasta de cortesía) que permiten su identificación. En esta misma situación se encuentran los ejemplos mencionados con anterioridad. Sostenemos que el estudio de estas *formas naturalizadas* de abuso y violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud es de crucial importancia, pues en ellas se encuentran las claves que permiten comprender cómo y por qué se puede llegar a situaciones extremas.

Las categorías de “maltrato” y “abuso”, sin embargo, son demasiado generales y ambiguas, y requieren de una clarificación detallada en el marco de los derechos reproductivos de las mujeres. Nuestra investigación nos ha permitido avanzar hacia la identificación y categorización de muchas de las modalidades específicas que componen

el “maltrato” y el “abuso” durante la atención hospitalaria del parto, así como de las condiciones organizativas, materiales y subjetivas que hacen posible que los propios prestadores de servicios de salud encuentren como “natural” o legítima, o no problematicen, la relación de dominación que establecen con las pacientes.

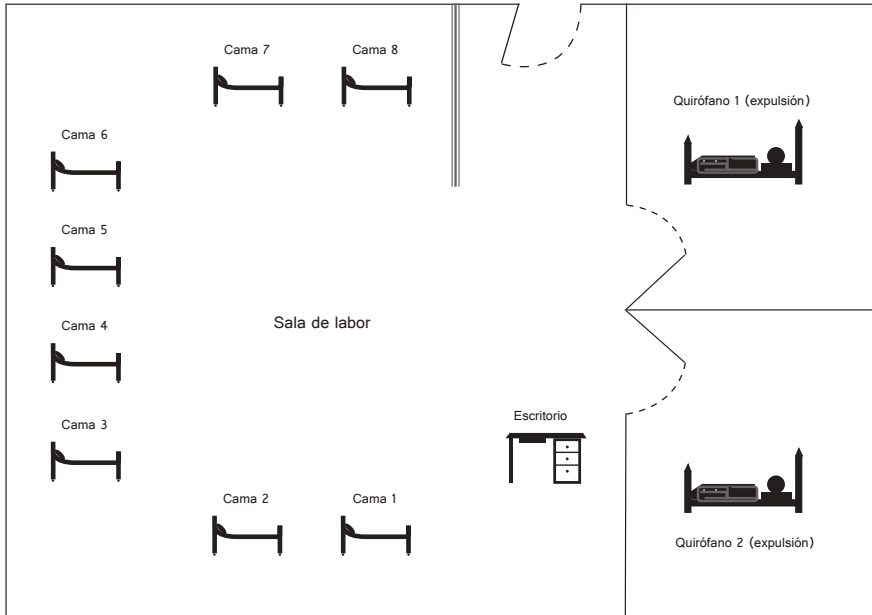
Es importante aclarar que en esta investigación suponemos que la mayoría de los partos atendidos en las instituciones públicas de salud no presentan formas graves de violación de derechos humanos por parte del personal médico. Sin embargo, nuestra investigación se centra en los partos y cesáreas donde se presenta alguna forma de violación de los derechos de las pacientes, pues compartimos también la convicción de que la existencia de uno solo de estos casos tiene relevancia social en tanto que “representan una negación de la individualidad de alguna persona como ser humano” (Cervantes, 1996, p. 320). Por lo demás, es muy importante no sucumbir a la falacia estadística que llevaría a estimar en menos de 3% la prevalencia de los abusos, al relacionar el número de partos atendidos anualmente en las instituciones públicas de salud con el número de quejas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en relación con la ginecoobstetricia. Ello, en primer lugar, porque no cabe esperar que todas las formas de violación de derechos en este espacio se reflejen en quejas presentadas ante la Conamed (o la CNDH o los tribunales de justicia), entre otras razones, precisamente por la “naturalización” que presenta el fenómeno y que mencionamos antes; y en segundo lugar, porque no es mediante criterios numéricos como se determina la trascendencia de ciertos problemas sociales: por citar sólo unos ejemplos, siguiendo el mismo razonamiento, tendríamos que la prevalencia de casos de sida en México en 2012 fue menor a .005% (Censida, 2013), mientras que la prevalencia de

violencia física de pareja contra las mujeres oscila alrededor de 4.4%, de acuerdo con la última medición (Casique y Castro, 2014). Ambos casos, sin embargo, han merecido la movilización de toda la fuerza del Estado mediante intensas campañas preventivas, de concientización y de atención del problema.

Para situar al lector, conviene describir brevemente el área de tococirugía de los hospitales donde se realizó la observación (figura 1): se trata de una sala rectangular de aproximadamente 64 metros cuadrados, donde se ubican entre 6 y 8 camas para mujeres en trabajo de parto. Las cabeceras de las camas dan a las paredes de esta sala, de modo que desde el centro de la sala se puede mirar hacia todas las pacientes. Las camas no cuentan con ninguna pared o cortina que permita un poco de privacidad, de manera que todas las mujeres en trabajo de parto se pueden ver y escuchar unas a otras. A esta área se le denomina sala de labor. En una de las orillas de esta sala se encuentra un escritorio, donde el personal médico puede apoyarse para escribir los registros médicos de cada paciente. Contiguo a la sala de labor, se encuentran dos quirófanos pequeños con una cama gineco-obstétrica cada uno (conocidos como salas de expulsión), donde ocurre propiamente el parto o la cesárea, de tal manera que las mujeres primero pasan algunas horas en la sala de labor, y cuando están a punto de parir son trasladadas a las salas de expulsión o al quirófano. Un rasgo muy característico de estos espacios es la música, a volumen más bien fuerte, que suele poner el personal médico que ahí labora, normalmente sintonizando alguna estación de radio con boleros, baladas o música ranchera.

El *habitus* se observa sobre todo en la práctica, y no en las teorizaciones que el actor puede hacer acerca de ésta (Bourdieu, 1991). Las observaciones realizadas en salas de labor y parto en los dos hospitales

Figura 1
Representación esquemática de las salas de labor y parto



Fuente: elaboración propia.

públicos constituyen un material de primera importancia para este fin. En la práctica profesional, el *habitus* de los médicos gineco-obstetras, en tanto conjunto de predisposiciones producto de la interiorización de las estructuras propias del campo, se puede observar sobre todo en la esfera de la espontaneidad preconsciente, en la *lógica práctica* de su quehacer que apunta hacia acciones pre-reflexivas que se activan a cada momento. Por ello, resulta imperativo poner especial atención, por una parte, en los *mecanismos*³⁰ sobre los cuales se montan las violaciones de los

³⁰ “Modelos causales ampliamente utilizados, fácilmente identificables, que por lo general aparecen en condiciones desconocidas y con consecuencias indeterminadas, y que nos permiten explicar, mas no predecir” (Elster, 2005, p. 239).

derechos de las mujeres, los abusos y varias de las formas del maltrato que reciben durante la atención del parto/cesárea; y por otra parte, por su carácter particularmente relevador, en las *interacciones*³¹ que tienen lugar en este espacio entre los diversos actores. En relación con los primeros, en esta investigación identificamos tres grandes grupos de mecanismos que operan en el nivel de las instituciones de salud y de lo que ocurre dentro de ellas, y que están en la base de los abusos que estamos investigando. Estos mecanismos son:

1. mecanismos mediante los cuales los médicos y el personal de salud utilizan su poder para controlar a las mujeres e imponerse sobre ellas (mecanismos de control);
2. mecanismos de parte de las mujeres, que reflejan y reproducen la opresión en la que se encuentran (mecanismos de sustentación); y
3. mecanismos institucionales que desincentivan la posibilidad de presentar una queja formal por parte de las mujeres (mecanismos de reproducción).

En relación con las segundas, identificamos tres tipos de interacción que son relevantes para nuestros fines:

1. las que ocurren entre los médicos, entre sí y con las enfermeras;
2. las que ocurren entre los médicos y las mujeres que están siendo atendidas; y
3. las que combinan las dos anteriores.

³¹ La interacción se diferencia de la mera acción en cuanto que esta última se refiere al hacer significativo de un agente en tanto que la primera se refiere a al menos dos agentes actuando uno en función del otro (McCall, 2003).

Mecanismos

Al hablar de mecanismos nos referimos a formas de conductas institucionalizadas y a veces incluso ritualizadas, que tienen la finalidad de alcanzar o producir un objetivo específico. En este caso, se trata de mecanismos que recrean las condiciones de posibilidad dentro de las cuales se produce la violación de derechos de las mujeres. Como dijimos anteriormente, podemos clasificarlos en tres grupos, y diferenciar al interior de ellos varios ejemplos:

Mecanismos de control operados por el personal de salud

Al interior de las salas de labor y parto existe una serie de patrones de interacción entre el personal de salud y las pacientes que contribuyen claramente a establecer un orden jerárquico que, a la vez, sirve de base para la eventual violación de derechos de las mujeres. Hemos identificado las siguientes modalidades:

Promoción de la “conformidad” y la “obediencia” como conductas que se premian

Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, velados unas veces, abiertos otras, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos, so pena de enfrentar graves consecuencias para su bienestar y salud: “...lo que me

repetían todos era que tenía que acatar al pie de la letra las indicaciones y que entre mejor las acatara y las siguiera, pues iba a sufrir menos...”.

En ocasiones, las mujeres intentan entender el sentido de las órdenes médicas, y se permiten disentir de ellas cuando dichas instrucciones les parecen carentes de sentido. La reacción del personal de salud, sin embargo, puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado como un intento de insubordinación:

que me dice: “*¡Aquí se va a hacer lo que uno le mande, no lo que usted diga!*”, y yo le decía: “Pues me duele”, y me decía: “No sea chiquiada!... *son órdenes* del doctor que se lo vuelva a poner”, y le dije: “Oiga, pero yo ya no siento nada, ya me siento bien”, y que me dice: “*¡mientras esté aquí tiene que aceptar todo lo que le pongamos!*”.

Pero lo más notable en esta materia es que las mujeres saben que deben ajustar su comportamiento al código vigente en el espacio hospitalario, aun cuando no reciban ningún tipo de regaño o admonición como las aquí descritas, y ciertamente sin que hayan recibido dicho código por escrito o mediante alguna capacitación formal previa. Una de las observadoras en salas de labor registró el caso de una mujer que constantemente se quejaba del dolor mediante gritos y expresiones en voz alta; al lado de ella, otra mujer también en trabajo de parto, de pronto le aconsejó en voz baja: “Señora, no grite porque si no, no la van a atender los médicos”. ¿Cómo saben las mujeres que ese “recato” es lo que más les conviene para que las atiendan mejor? No es que en las paredes del área de tococirugía estén expuestas las normas de conducta a las que deben ajustarse las pacientes, ni que previo a su ingreso

a todas se les haya instruido verbalmente sobre las conductas que les están permitidas y las que no. Se trata de un conocimiento ya inscrito en sus cuerpos, preconsciente, que se ratifica mediante todos los signos y símbolos que se despliegan en las actuaciones del personal de salud e incluso a través de la disposición material de las áreas de labor. Es un *habitus* domesticado y al mismo tiempo sujeto a un permanente proceso de re-domesticación, no sólo mediante los regaños explícitos como los reseñados antes, sino fundamentalmente mediante ese poder simbólico constitutivo de las relaciones médico-paciente en esos escenarios, y que deviene en poder material cada vez que es necesario.

*Descalificación de los conocimientos
y opiniones de las mujeres*

Estrechamente relacionado con el mecanismo anterior, se encuentra la predisposición de muchos integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su propio estado de salud o sobre su proceso de parto, o incluso sobre los síntomas y el dolor que experimentan. En unos casos, esta actitud puede ser suficiente para desincentivar la utilización de los servicios por parte de la población: “Llegué al Seguro con el médico de urgencias y que me dice: ‘Usted no tiene que venir a hacer, *nomás viene a quitar el tiempo* porque a usted le falta mucho todavía’, y sentía yo que traía un dolor tras otro y el médico no me quería atender... *Desde entonces aborrecí al Seguro*”.

En otros casos, las consecuencias pueden ser muy graves, máxime si lo que está en juego es la vida del propio bebé. Una mujer que presentó un óbito señalaba: “Fue un descuido de los doctores, pero uno por ignorante,

por no saber que uno puede demandar las cosas: se me reventó la fuente, *yo les decía, y ellos decían que no, y yo les decía que sí... no me hacían caso...*”.

Paralelo a este proceso de descalificación de su propio saber, las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal médico sobre su estado de salud. No se les comunica casi nada al respecto, no se les permite el acceso a su expediente (que con frecuencia se guarda debajo del colchón donde está la paciente), y cuando ellas intentan informarse por su propia cuenta sobre su situación (por ejemplo, escudriñando a escondidas su propio expediente), reciben una reprimenda en voz alta que obviamente tiene como fin “educar” también a todas las demás mujeres que están presentes en ese momento.

Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren

Las dos condiciones anteriores —el establecimiento de un orden jerárquico y la descalificación del saber de las mujeres— sirven de base para un tercer mecanismo de control de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren. Desde una posición de autoridad que no admite cuestionamientos, y desde una actitud que minimiza o ignora la información que las mujeres presentan sobre su propio proceso de parto, es posible también *dictaminar* que las mujeres no están sintiendo dolor, aun cuando ellas así lo reporten. Una mujer a la que se le hizo una cesárea reportó:

Yo sentía cuando me estaban cortando y les decía: “¡Oigan, me duele, yo sé que me están cortando!”, y me decían: “No es nada, son sus nervios”. “¡No! —le dije— ¡sí me duele, me duele!”, y me dice: “*Que no te duele, son*

tus nervios”, hasta que empecé a llorar... nunca se me va a olvidar, si tan feo que se siente, se me figuraba como un cochino que están destazando y lloraba...”.

Relativización del papel de las mujeres

La jerarquía, el pretendido monopolio del saber, y la descalificación de las quejas de las mujeres son posibles gracias a (y simultáneamente refuerzan) la existencia de un micro orden social que existe al interior del hospital que establece que el papel protagónico en ese escenario es el del personal de salud, y que las mujeres que acuden ahí, a pesar de ser las que paren, no tienen sino un rol secundario. De ahí la noción de que ellas están ahí para cooperar, para ayudar: “Me decían que no me desesperara, *que tenía que ayudarles* para que agilizara todo, el doctor me decía: ‘Ayúdele a su bebé, ayúdese usted, *tiene que acatar las instrucciones*’...”.

La noción de que es deber de las mujeres *cooperar* facilita a su vez la posibilidad de culparlas en caso de que el parto salga mal:

El doctor aquel, yo pienso que pues estaba tomado y no me atendió bien, porque pues yo pienso: si el producto estaba muy grande, lo que hubiera hecho era hacer cesárea, ¿no? Él no, dijo que *yo no había puesto nada de mi parte* y no sé qué, la cosa es que él me lo jaló, se reventó el cordón, o sea, se ahogó el niño, pos yo digo que se ahorcó, ¿no?... Entonces le dijo a mi esposo: “*Su esposa no ayudó, ella fue la que tuvo la culpa*”.

La construcción de las mujeres como personas que básicamente deben cooperar durante el trabajo de parto amerita una indagación

más en profundidad. Por ello, retomaremos este tema hacia el final del capítulo. Seguimos aquí con la descripción de los mecanismos y los patrones de interacción básicos en aras de la claridad en la exposición de nuestro argumento.

Amenazas y castigos físicos concretos

Al igual que en el caso anterior, es la combinación del orden jerárquico establecido, junto con la descalificación del saber y del dolor de las mujeres, lo que permite al personal de salud recurrir a diversas formas de represión que se instrumentan con el fin de obtener la mejor *disposición* y *cooperación* de las pacientes. Abundan los testimonios de mujeres que relatan que recibieron advertencias muy específicas para que dejaran de gritar y actuaran conforme se los solicitaban los médicos: “Y que los doctores le dicen: ‘*Si sigues gritando no te vamos a atender*’, y ahí te gritan enfrente de todas, y mira, pues mejor no grito y ahí te quedas”.

Es frecuente también que los médicos obtengan la *cooperación* de la mujer a la que se le va a poner un bloqueo, diciéndole que si se mueve puede dañar al bebé, y que si tal daño se presenta será, sin lugar a dudas, responsabilidad de ella. Los castigos se ejercen sobre todo contra aquellas mujeres que por su condición de subordinación encuentran muy difícil exigir asertivamente el respeto a sus derechos, o bien, sobre mujeres que el personal de salud ve como abiertamente desafiantes del orden jerárquico que ellos consideran necesario para poder funcionar. Tales casos pueden referirse, por ejemplo, a mujeres que se quejan y gritan constantemente, y que “no obedecen” las instrucciones de callarse.

Suele ocurrir que a las mujeres que gritan mucho se les castiga ignorándolas por un rato, hasta que “aprenden” que lo mejor es aguantar el dolor en silencio o sin hacer mucho ruido. Con frecuencia, el restablecimiento de la atención se da acompañado de expresiones como: “así está mejor, mi reina”, que refuerzan el aprendizaje de sumisión y obediencia que se espera por parte de las mujeres.

Pero hay otras formas de “desafío” que molestan más a los médicos y a las enfermeras, como es el caso de las mujeres que se niegan sistemáticamente a utilizar métodos anticonceptivos. Tales casos son considerados como formas de rebelión abierta que el personal de salud tiende a sancionar con severidad. Ilustra este punto la observación que pudimos realizar acerca del tratamiento que le fue dispensado a una mujer que tenía 10 hijos y que insistía en no usar métodos anticonceptivos. La señora había sido recibida en la sala de labor con abiertas muestras de desprecio y reprobación por parte del personal de salud. El trabajo de parto evolucionó normalmente, de modo que llegó el momento de trasladar a la señora a la sala de expulsión. En ese punto, era necesario pasar a la señora a la cama de expulsión. Entonces, la observadora que nos auxiliaba registró la siguiente interacción:

La interna 3 se coloca a los pies de la señora y se le queda viendo, y la interna 4 se coloca a la cabeza de la señora y también la mira. La señora está acostada con contracciones muy fuertes. La interna 3 con los brazos cruzados y mirando a la señora duramente (ejerciendo abiertamente una posición de dominación) le ordena: “*¡Pásese a la camilla! ¿O quiere que su hijo nazca aquí en lo sucio?*”. La señora se mueve por todos lados con evidentes señales de descontrol y dolor y pregunta: “*¡Ay! ¿A dónde, señorita?*”, al tiempo que busca con su mano la forma de pasarse a la cama de expulsión.

La interna 3 no se mueve de su lugar ni ayuda a la señora, ni le tiende la mano, y le dice en un tono muy frío y castigador, todavía con los brazos cruzados y mirada altanera: “¡Ay, señora, diez hijos y no sabe! ¡Ahí!”. Y le señala la cama expulsiva con la mirada. La señora gime muy fuerte por el dolor, llora de desesperación mientras trata de pasarse a la cama, y dice: “¡No puedo! ¡Ayúdeme, ayúdeme!”. La interna 3 sigue inmóvil, con sus brazos cruzados, ajena a la desesperación y sufrimiento de la señora: “¡Pásese, señora! ¡Ándele!, o su hijo va a nacer ahí”. La señora la mira suplicante y le dice entre el dolor: “¡Ayúdeme, por favor!”. La interna 3 sigue inmóvil y sólo responde: “¡Pásese ya, señora!” (como diciendo “no se haga del rogar”). Desesperada, humillada, llorando, la señora le dice a la interna 3: “¡Ay, qué maldita es! ¡Qué no me puede ayudar?”. La interna 3 no parece reaccionar ante ninguna señal de dolor o necesidad de la señora y le dice (con cara de “estoy harta de sentimentalismos”): “¡Apúrese, señora! ¡A poco no se puede pasar?”. Finalmente, con muchísima dificultad, la señora se pasa sola a la cama, ya sin contestarle nada a la interna 3. Esta última todavía dice: “¡Ya ve! Ora va a salir todo orinado el bebé y todo por su culpa”.³²

Mecanismos de obtención del consentimiento bajo presión

Este marco de vigilancia, disciplina, sometimiento y castigo que con frecuencia se despliega en las salas de labor y parto constituye el medio adecuado para *convencer* a las mujeres de que adopten un método anticonceptivo, como el DIU. Es común que el personal de salud opere

³² Se respeta el lenguaje y la sintaxis de las observaciones tal como fueron registradas *in situ*.

en “equipo” hasta obtener de la mujer el anhelado “consentimiento”, sin que reparen mayormente en las condiciones en que éste se da. El siguiente es un ejemplo típico que pudimos observar directamente. La señora acababa de parir:

Médico: ¿Se va a poner DIU?

Enfermera: ¡Ah, de veras! ¿Con qué se va a controlar, eh?

Mujer: *(Con voz insegura)* Vivo con mis papás.

Enfermera: *(Con voz fuerte, mirándola a los ojos)* ¡Ah, vive con sus papás! ¡Yo también y tengo seis meses de embarazo!

Médico: ¿Se lo ponemos, señora? Es mejor que se lo pongamos a que luego esté aquí otra vez el próximo año.

Mujer: ¿Y si me lastima?

Enfermera: ¿Tú crees que si lastimara las otras mujeres se lo pondrían? Si lastimara todas estaríamos como tú.

Mujer: *(Con voz débil, sin mirar a nadie)* Sí, pero hay otros medios...

Enfermera: ¿Qué medios? ¿Hormonas?

Médico: El DIU es el más eficaz.

Enfermera: Además, si usa pastillas se va a poner gorda y fea. El DIU no le va a molestar si se revisa cada tres meses.

(Todos se le quedan mirando a la señora, ella mira al techo y no dice nada)

Enfermera: El DIU es seguro en un 90%. Los otros métodos sólo en un 50%. No es recomendable usar hormonas. Las hormonas alteran psicológicamente.

(Silencio de la señora)

Médico: ¿Entonces se lo ponemos, señora?

Señora: *(Con voz vencida)* Pues sí.

Violencia simbólica: mecanismos de sustentación operados por las propias mujeres

Un segundo conjunto de mecanismos que contribuyen a recrear las condiciones que hacen posible la violación de derechos de las mujeres durante la atención institucional del parto, se refiere a aquellos operados por las propias mujeres. Para comprender a qué nos referimos, debemos tener presente la descripción del campo médico que hicimos en el capítulo anterior. Ahí mostramos que la posición de las usuarias de los servicios de salud dentro del campo médico no es equivalente al de otros actores, como la profesión médica y las instituciones sanitarias y formadoras de médicos y demás personal especializado. Estas últimas poseen el capital y el poder necesarios dentro del campo para jugar en él, determinando al mismo tiempo las reglas constitutivas del propio campo, mientras que otros actores, como las usuarias de los servicios de salud, o diversos tipos de especialistas alternativos (*i. e.*, homeópatas, quiroprácticos, entre otros) tienen mucho menos poder para influir en las luchas fundamentales que se libran en el campo. Si además tomamos en cuenta las otras jerarquías (de clase y de género) ahí vigentes, resulta claro que las usuarias de los servicios acceden a ellos desde una posición varias veces subordinada.

Pero la realidad social existe dos veces: objetivamente, en las estructuras materiales y en las instituciones, así como en el mapa de posiciones que ocupan los diversos actores en un determinado campo; y subjetivamente, en los esquemas de percepción y de apreciación que los actores tienen de la realidad objetiva, en el *habitus* concomitante a dicho campo y que es simultáneamente su consecuencia y una de sus causas. En otras palabras, las estructuras mentales a través de las cuales los actores perciben y describen su mundo y sus circunstancias son esencialmente el

producto de la internalización y, mejor aún, de la *incorporación* de las estructuras materiales de dicho mundo. Estas estructuras mentales tienen un efecto performativo, por cuanto al reconocer y describir el mundo mediante ellas, los actores “tienden a percibir el mundo como natural y a aceptarlo mucho más fácilmente de lo que uno podría imaginar” (Bourdieu, 1999a, p. 18). Dicha aceptación es una condición fundamental para su reproducción. Por tanto, los actores sociales, particularmente aquellos ubicados en una posición subordinada u oprimida, pueden percibir su realidad en términos colonizados, es decir, mediante categorías y descripciones impuestos por los grupos dominantes.

La violencia simbólica se define como “aquella forma de violencia que se ejerce sobre un agente con la anuencia de éste” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 129). Cuando el desposeído dice que “cada quién tiene lo que se merece”, o cuando un hombre de raza negra hace chistes racistas, estamos ante ejemplos prototípicos de violencia simbólica, es decir, de esquemas de percepción y apreciación que son producto de las mismas estructuras de dominación que supuestamente describen.

En el caso que nos ocupa, junto con los antes mencionados, existe otra serie de mecanismos que operan desde las propias mujeres, que contribuyen también a crear un ambiente propicio para que aparezcan las formas de maltrato hacia ellas que estamos estudiando. Hemos identificado básicamente dos:

Naturalización” de los atropellos

En el lenguaje de las mujeres es posible advertir expresiones que tienden a justificar como “lógicos” ciertos tipos de abusos en que incurren

algunos médicos, y a ver como “natural” que a veces se desesperen y levanten la voz: “...me contuve mucho, no perdí el control, porque incluso saca uno de quicio a los doctores, y hace que los doctores, *pues es lógico* que se desesperen y griten...”

Esta naturalización de los atropellos tiende a favorecer una actitud poco crítica de parte de las mujeres hacia la calidad del servicio que reciben, y contribuye a que adopten una conducta de conformidad con lo que ocurre: “...y que le digo: ‘Como usted no siente, a ver, póngase en mi lugar’... yo también me le ponía, *pero ya ve que cuando se pone uno así, pues lo tratan a uno más mal...*”.

*Socialización e internalización de “normas”,
“juicios” y “permisos”*

Estrechamente asociado con el punto anterior, es posible también advertir en las mujeres la adopción de un discurso para referirse a sí mismas que denota una incorporación de las categorías básicas de los propios médicos, incluyendo a veces las expresiones despectivas y las valoraciones que recibieron sobre su conducta: “incluso no lloré, *siento que me porté bien*, o sea no grité, estuvo bien...”; “necia yo, cuando está uno para aliviarse es muy necia, al menos yo me pongo muy necia...”

Se trata de expresiones que reflejan la opresión que viven muchas de las mujeres, al mismo tiempo que constituyen fuentes de perpetuación de ésta. En efecto, en el primer ejemplo, la mujer entrevistada describe como “lógica” la actuación de los médicos cuando “se desesperan y gritan” y encuentra que depende de su “bien portarse” que ello no ocurra: exactamente lo que en otros pasajes de este mismo capítulo

hemos advertido que es lo que los médicos y enfermeras les dicen a las mujeres. En el segundo ejemplo, la entrevistada demuestra que da por sentado el vínculo entre protestar y ser maltratada, tal como lo revela su expresión “ya ve que...”. Y el tercer caso compendia en una sola frase los elementos anteriores: la mujer habla directamente de “portarse bien” y se describe a sí misma justo con los términos que suelen emitirse por parte del personal de salud: “me pongo necia”.

Estos hallazgos ofrecen una clave fundamental para dilucidar el significado real de aquello que otros autores (des)conocen como “pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos” (Valdés, Molina y Solís, 2001, p. 453). El bajo número de quejas por parte de las mujeres ante los atropellos que sufren en los servicios de salud, se explica en buena medida porque el campo médico ha colonizado también sus estructuras mentales, ha producido en ellas un *habitus* “colaborador”, que se constituye frecuentemente por esquemas de percepción y apreciación que nombran el mundo y sus experiencias con el lenguaje de las propias estructuras de dominación a las que están sometidas.

Mecanismos institucionales de reproducción

Finalmente, existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar, a veces de manera no intencional, el derecho de queja y reclamación que tienen las mujeres frente a los abusos, lo que a la vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las mujeres. En

muchos casos, éstas no saben el nombre de quienes la atendieron, lo que dificulta de manera definitiva identificar a quien, eventualmente, pudo haberlas maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace a veces muy difícil para las mujeres localizar a quienes les atendieron. Otros mecanismos, menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica. El ánimo de no arriesgarse en ese sentido, sobre todo cuando se tiene responsabilidades como madre de familia, obliga a las mujeres a mantener en reserva su insatisfacción.

Patrones de interacción³³

Junto con los mecanismos anteriormente descritos, también debemos prestar atención a diversos patrones de interacción rutinarios que se presentan de manera recurrente en las salas de labor y parto, y que permiten apreciar de manera muy nítida el funcionamiento del *habitus* médico autoritario en esos espacios. Cabe diferenciar tres patrones específicos:

³³ “La interacción es básicamente una cuestión de negociación de identidades y roles: ¿quiénes somos y qué estamos haciendo? Un pre-requisito para responder a tales preguntas es delinear los límites de aquel “nosotros (somos)”. Noción que a su vez puede interpretarse desde dos puntos de vista: en tanto *co-presencia* (“nosotros los que estamos aquí juntos en este lugar”), y en tanto *membresía* o *pertenencia* (nosotros los médicos, nosotros los pacientes) (McCall, 2003, p. 329).

Interacciones entre el personal de salud

En relación con las interacciones entre el personal de salud, un primer ámbito de observación se refiere al conjunto de situaciones que les dan risa en su trabajo y el sentido del humor que médicos y enfermeras despliegan en ese contexto. Por ejemplo, tomemos el caso de una mujer que ha sido colocada ya en la cama de expulsión; es una mujer a punto de parir, con contracciones muy fuertes y frecuentes. La observadora entonces registra:

El médico interno, mientras se pone la bata, ordena sin mirar: “¡Bájese, bájese más!”.³⁴ La mujer se recorre, lleva ya medio coxis volando fuera de la cama. De repente el interno se da cuenta y rectifica la orden: “No, no tanto, súbase, ja, ja, ja”, ríen él y la enfermera. “¿Qué no la está viendo?”, agrega la enfermera en medio de risas de ambos.

¿Cuál es el código que comparten el médico y la enfermera en este caso, que les permite interpretar y celebrar como “cómica” una situación como la descrita, en la que el centro de las risas es la mujer en pleno trabajo de parto? Sin duda, se trata de un código relacionado con la *desvinculación* que, sostenemos, la práctica médica en este contexto induce y produce constantemente. Así, desde la perspectiva de un *habitus desvinculante* es posible interpretar otros “chistes” incluso más elaborados, que podrían resultar incomprensibles para quienes

³⁴ Se refiere a que la mujer debe colocarse más en la orilla de la cama, de manera que el médico pueda ubicarse entre sus piernas abiertas para atender el parto.

no pertenecen al campo en cuestión. Por ejemplo, otra observación en campo nos permitió registrar:

(A la mujer se le zafó la canalización por la que recibe el suero). La enfermera está intentando canalizar nuevamente a la mujer. Le dice: “Señora, su mano, no la mueva, si no, la voy a picar”. Al interior de la sala hay ajetreo, sin embargo, la mujer conserva la calma y permanece callada y quieta. El médico se encarga de amarrarle las bracerías y checar las pierneras. Una de las enfermeras pregunta al médico: “¿Le van a hacer episio?”.³⁵ El médico responde inmediatamente: “¡Claro, a todas, de castigo!”, haciéndose el chistoso, pero con cara de serio.

Como veremos en seguida, hay una permanente propensión por parte del personal médico a reprender a las mujeres por un sinnúmero de motivos relacionados con la conducta de éstas (en primer lugar en la sala de labor y parto; pero también en relación con su sexualidad, la fecundidad, la anticoncepción y la crianza de los niños). La respuesta del médico en estos términos revela la existencia de un contexto cognitivo que permite dar por sentada la *implicación* de la enfermera, es decir, el conocimiento que ella tiene del medio cultural que hace inteligible semejante respuesta exactamente en los términos en que se formula: como una ocurrencia o un chiste, suficientemente ambivalente para hacer reír a la enfermera, por un lado, pero quizás también para lanzar una velada advertencia o amenaza, por otro. ¿Por qué es posible hablar de “castigo” o por qué hay que castigar a *todas* las mujeres de esa forma? La

³⁵ Episiotomía. Incisión quirúrgica en la zona del perineo que se realiza con el fin de facilitar la salida del bebé y abreviar el parto.

respuesta, sostenemos, no la encontraremos en la elaboración consciente del personal de salud que puede celebrar un comentario así, sino en la naturaleza de su *habitus*, es decir, en el conjunto de jerarquías (escolares, de género y profesionales) que han sido incorporadas con tal profundidad que se han vuelto constitutivas de los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad que les circunda. Jerarquías que, en este caso, son parte constitutiva del chiste con que se responde: es propio de un superior jerárquico castigar a sus subordinados. No se podría hacer el chiste ni comprenderlo si no se diera por supuesta, y si no pudiera evocarse, al menos, la supuesta existencia de una jerarquía entre el médico y las mujeres ahí presentes, en trabajo de parto.

Interacciones entre médicos y mujeres

Las interacciones entre el personal de salud, particularmente los médicos, y las mujeres que están siendo atendidas en las salas de labor y parto, también demuestran la existencia de una propensión por parte de aquéllos a estructurar en términos jerárquicos el curso de la acción. Ello ocurre a través de varias estrategias. La primera estrategia consiste en emitir sobre la marcha o en hacer explícita una regla *ad hoc* que les permite delimitar el marco de referencia dentro del cual se esperan las conductas “apropiadas” de las mujeres. Veamos el caso de una mujer con fuertes dolores de parto, a la que el médico le indicó que tenía que hacerle un tacto vaginal.³⁶

³⁶ Prueba exploratoria muy dolorosa que realiza el médico durante una contracción y que consiste en introducir los dedos índice y medio en la vagina con el fin de valorar la dilatación del cuello uterino y, por ende, el grado de avance del trabajo de parto.

La mujer entre quejidos y suplicante, le dice: “Bueno, ahorita que pase (el dolor). “¡Ayy!” (grita muy fuerte). El médico le ordena a la enfermera: “A ver, pásenme unos guantes...”. Y dirigiéndose a la mujer en trabajo de parto le dice: “Esto no te va a doler, confía en mí”. La mujer se resiste a la exploración y el médico le ordena: “¡Que no duele! ¡Ya, por favor!, ¡separa las piernas! Parece que estamos jugando contigo o qué. ¡Separa las piernas! Angélica,³⁷ ¿quieres que te ayude o no?”. La mujer grita muy fuerte, casi no hace caso de lo que le indican y esto desespera a quienes le atienden: “¡Me duele!”. Médico: “Oye, Norma Angélica, tranquila, ¿eh?”. La enfermera interviene: “Angélica, ¡separa las piernas, por favor!” (voz fuerte e imperativa). Médico: “Se trata de la vida de tu hijo. Nosotros no estamos para jugar contigo”. La enfermera le dice al médico: “Mire, le da la contracción a la señora y no está pujando. No está cooperando”. La mujer se retuerce sobre sí misma dentro de la estrecha camilla. Enfermera: “Te falta mucho. Al rato, si sale con problemas tu bebé, tú vas a ser la única culpable, nadie más” (en forma de amenaza).

Además del tono imperativo, llaman la atención las palabras que usa el médico en esta situación, mismas que luego la enfermera hará suyas: “parece que estamos jugando contigo o qué”. Es obvio que ni el médico ni la enfermera piensan que la mujer está jugando en ese momento. ¿Por qué entonces usan esa expresión? ¿Qué tipo de lógica pre-reflexiva (qué tipo de *habitus*) les lleva a suponer (también preconscientemente) que el uso de una expresión así viene bien en esa situación, o les puede ayudar a “manejar” a la paciente? Describir la situación “como si” la mujer estuviera jugando, y a la que por tanto hay que llamar al

³⁷ Todos los nombres propios han sido cambiados por razones de confidencialidad.

orden y a la seriedad que el momento amerita, denota una profunda descalificación del dolor de la mujer y de sus necesidades por la vía de la infantilización, e implica, por tanto, una visión en extremo jerarquizada de la situación. No hay un razonamiento lógico que procese en estos términos la situación que se está viviendo en ese momento: es el *habitus* autoritario el que se expresa así, espontáneamente, echando mano de las expresiones que en esa lógica-práctica parece más adecuada. Un patrón similar se aprecia en la siguiente observación:

La mujer gime mucho. El médico va con ella, le abre las piernas, le dice: “¡Flojita, ponte flojita!”, y le hace un tacto. La mujer grita. Al finalizar, el médico la mira fijamente y le dice que le eche ganas: “Esto no es cuestión de que usted llegue, se acueste y que nazca el bebé. Usted tiene que poner mucho de su parte, no es de nosotros nada más”. Entonces le descubre la panza y palpa. La mujer gime. El médico se va al escritorio. La mujer grita. El médico le dice serio desde donde está: “Respire como le dije. A ver, señora, ¿en qué quedamos?” y va a su lado: “Le falta mucho, ya va a faltar menos, si usted *coopera* con nosotros”.

Como en el caso anterior, no debemos tomar aquí las palabras del médico en su sentido literal (obviamente el médico no cree que la mujer se imaginó que parir era cosa solamente de llegar al hospital, acostarse y que naciera el bebé), sino como un nuevo indicio del *habitus* que estamos caracterizando. En efecto, el uso de dicha expresión, así como la invitación que le formula a la mujer para que “coopere con ellos”, demuestran la existencia de una lectura del mundo desde la que es posible descalificar —ridiculizándolas primero, y llamándolas a la norma después— las expresiones de dolor de las mujeres que están atendien-

do. Estamos frente a un campo médico en el que opera una estructura de poder tal que es capaz de *invertir* el mundo, esto es, de describir las cosas que ocurren dentro de él de una manera por completo opuesta a las evidencias fácticas, y de imponer dicha descripción a todos los actores involucrados. En efecto, bien vistas las cosas, una mujer que pare es la protagonista del nacimiento de su bebé, y son los médicos y el personal de salud que le asisten los que están ahí para cooperar con ella. Que dicho personal encuentre natural describir a las mujeres en términos de más o menos *cooperadoras*, no demuestra sino la capacidad performativa de los agentes dominantes del campo médico y del discurso que esgrimen.³⁸ En la sección final de este capítulo abundaremos sobre esta noción de las mujeres que cooperan o no.

Esta jerarquía en funcionamiento puede llevar la interacción entre médicos y mujeres en trabajo de parto a niveles de autoritarismo más graves. Por ejemplo, cuando se ignora activamente a las mujeres que están en pleno trabajo de parto:

De pronto le dicen a la mujer en trabajo de parto: “Señora, le vamos a poner la sonda”. La mujer pregunta: “¿Entonces no me van a bloquear?”. El médico responde: “No”. La mujer insiste: “¿Por qué? ¡Ya no aguanto!”. “Porque no”, contesta la enfermera sin ganas de dar explicaciones. La mujer insiste: “¡No aguanto, por favor, por favor, doctor, por favor!”. Nadie le contesta

³⁸ En este mismo sentido habría que entender la conocida expresión de que, una vez nacido el bebé, los médicos “le presentan el bebé a la señora”. Objetivamente hablando, lo que acaba de ocurrir es justo lo contrario: la señora acaba de presentarles el bebé a los médicos. Y sin embargo, la estructura de poder vigente en el campo permite referir y describir las cosas de manera tal que los médicos quedan situados como los protagonistas del evento y la mujer queda relegada a los márgenes de la acción.

nada ni le dan razones; la mujer comienza entonces a llorar. Desde su cama suplica a gritos que le quiten el dolor, grita una y otra vez, lo pide hasta darse cuenta de que es inútil: todos la ignoran. “¡Doctor, por favor”. Incluso ni la sonda le ponen; la dejan sola, como para que se le pase; la ignoran.

Decíamos más arriba que un rasgo central del *habitus* médico que se despliega en estos escenarios (salas de labor y parto) es su carácter *desvinculante*. Es decir, se trata de una predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente les capacita para no involucrarse a nivel emocional con cada paciente, pero que fácilmente los habilita para ir mucho más allá: les permite ignorarlas aun cuando ellas les estén solicitando de forma dramática su atención.³⁹ Son justamente los actores menos socializados en este contexto, los más jóvenes, es decir, los que no han desarrollado plenamente este *habitus* autoritario, los que pueden mostrarse más “compasivos” con las mujeres:

El doctor empieza a hacer el tacto. La mujer se asusta y se sube un poco. El doctor dice fuerte: “¡Tranquila!”. Luego mira al interno y le explica: “Es que tiene moco, pásame una... (no sé qué dijo) de arillo”. La mujer pregunta: “¿Y eso qué es doctor?, ¿no le hace daño al bebé?”. El doctor le dice con tono de hartazgo: “¡No!, usted qué anda pensando que todo le hace daño a su bebé!”. La mujer insiste: “Dígame la verdad, doctor!”. El

³⁹ No involucrarse emocionalmente es un requisito para el correcto funcionamiento profesional. Por eso Hughes (1993) señala que la similitud entre los plomeros y los médicos es que ambos deben aprender a trabajar de manera *rutinaria* con las necesidades de los otros (y señalaba también que la similitud entre las trabajadoras sexuales y las psicólogas es que ambas deben aprender a trabajar *distanciadamente* con las intimidades de los otros).

médico ya no le contesta y termina con lo que hacía (al parecer le está poniendo algo para adelantar el parto). La mujer vuelve a preguntar: “¿Entonces qué era, doctor?”. El médico, nuevamente con cara de estar harto, solamente dice: “¡Oh, pues!”. La mujer le recrimina con prudencia: “Ya ve cómo es, doctor, no me quiere decir”. El médico no le hace caso y se sale. Cuando el médico ya no está, el interno le dice a la mujer que lo que le puso es como una crema para que se dilate más y que no se preocupe. La mujer dice: “¡Ah, bueno!, ¡ya me había asustado!, como con mis otros bebés no había sido así!”.

Interacciones en el equipo médico entre sí y con las mujeres

Las interacciones mixtas, es decir, las que tienen lugar simultáneamente tanto entre médicos y enfermeras entre sí, como entre ellos y las mujeres en trabajo de parto, constituyen el tercer espacio donde es posible observar en pleno funcionamiento el *habitus* médico cuya existencia hemos venido documentando hasta ahora. Se trata de situaciones que ofrecen información sociológica sumamente relevante, pues al mostrar a los actores entrando a, y saliendo de escena, es posible visualizar, en el plano de sus conductas, los supuestos con los que actúan, sus predisposiciones. Tomemos como primer ejemplo la siguiente observación:

El bebé nace rápidamente: un pujido y listo. El residente ha recibido al bebé de pie y el médico que no deja de vigilarlo le dice: “Siéntate”. El residente obedece de inmediato la orden. Luego de obedecer, dice con orgullo: “Ya ve cómo me reivindicué”. El médico se burla de él y le dice a

la enfermera: “¿Cómo lo ve?”. Ambos, el doctor y la enfermera, se ríen. El bebé no llora. “¡Este niño no llora!”, exclama la interna que lo recibe para checarlo. La madre estira el cuello e intenta mirar lo que sucede detrás de ella. De pronto se escucha el chillido, el llanto del bebé. “Todos los del doctor nacen distócicos”,⁴⁰ dice la interna. “¿Los míos, por qué?”, reclama el residente. “Así nació el otro”, continúa la interna. “Pero yo lo acababa de atender, ¿o no, doctor?”, respinga el residente. “Yo no sé”, interviene el doctor con tono de ironía. “Ah, cómo no”, protesta nuevamente el residente, y el doctor como reprobando de todos modos su argumento, agrega: “¡Qué buenos son! Unos conducen, otros atienden”. La mujer, en medio de la contienda, interrumpe preguntando: “¿Qué fue, niña o niño?”. “¡Eso no se pregunta, se pregunta que si está bien!”, contesta con indignación la interna. “¿Está bien mi bebé?”, pregunta la mujer con obediencia. “En eso estamos”, contesta la interna con ganas de no contestar nada más y con eso se concluye la conversación. No le dicen si se trata de niña o niño, ni si está bien o no. Sólo la humillan. Después de un rato la mujer insiste: “¿Está bien?”. Yo me desespero⁴¹ de que no le informen y me involucro preguntando: “Sí... ¿no?”. La interna por fin contesta que sí, que el bebé está bien. La mujer se tranquiliza y cierra los ojos.

Hay que destacar cuatro aspectos: la capacidad de los integrantes del personal médico para bromear entre ellos “como si” no estuvieran justo en presencia de una mujer que está pariendo; el despliegue de la jerarquía que se usa para “educar” (y someter) a la mujer que, desde el

⁴⁰ Parto que transcurre con dificultad o anormalmente, en el que son necesarias maniobras adicionales a las del propio proceso natural de alumbramiento.

⁴¹ En ocasiones resultaba muy difícil para las observadoras permanecer neutrales ante lo que veían.

punto de vista de los médicos, hace una pregunta “indebida” (y que, en realidad, sólo ha preguntado por el sexo de su recién nacido); la decisión de ignorar activamente la solicitud de información expresada por la mujer (decisión que se sustenta en las jerarquías vigentes en ese momento, y que a su vez las refuerza); y la propensión de la persona que no cuenta con ese *habitus* médico (la propia observadora que registra el episodio) a mostrarse más compasiva e intervenir en su favor, sumándose a la pregunta que busca confirmar que el bebé está bien. También hay que notar el carácter de *no-persona* (en términos de Goffman, 1989) al que queda reducida la mujer que acaba de parir, pues el foco de la interacción social, lo “realmente importante” desde el punto de vista de los médicos involucrados en la acción, es el entrenamiento que están recibiendo en ese momento y los chistes que intercambian entre sí. La suma de todo lo anterior (la interacción entre el personal médico “como si” no hubiera pacientes presentes, y la interacción autoritaria y normativa de los médicos para con las pacientes) se puede apreciar en el siguiente registro:

La médica residente 1 (R1) exclama: “¡Ay, la paciente ya va a estar!”. La médica residente 3 (R3) la mira con indiferencia y dice: “¡Yo qué!, ¡no es mi paciente!” (risa burlona). Entonces la R3 se voltea y mira a la mujer y le dice con voz fuerte e imperativa: “¡Pújele!, Pújele!”. Al terminar de decir esto, la R3 voltea a ver a la R1 buscando la complicidad de su risa y le dice: “Y lo peor es que se lo dices y no hace nada”...⁴² El R2 se levanta y va por un

⁴² En este punto la observadora añade: “es decir, que lo peor es que aunque a la mujer le digan en esa forma tan dura que puje, la mujer no reacciona. Por supuesto esto no es cierto, porque yo observo muy bien que la mujer puja y puja, lo que pasa es que intenta ser lo menos ruidosa y perceptible que se pueda, parece intimidada”.

guante. Ahora se acerca a la mujer y le pregunta en tono serio: “¿Qué pasó, tiene contracciones?”. La mujer le dice que por el momento no. Entonces el R2 pone cara de enfado y le dice: “A ver m’hija, voy a revisarla”, y le abre las piernas para hacerle un tacto. Mientras lo hace le dice a la mujer: “¿Tiene dolor?”. La mujer dice sin aliento que sí; está gimiendo con fuerza y se pone muy tensa, parece que le cuesta mucho trabajo soportarlo. La mujer sube las caderas por el dolor. El R2 se enoja: “¡Baje la cadera!, a ver m’hija, ¡baje la cadera y déjeme revisarla!” (le abre las piernas con fuerza y la sostiene duro como si la estuviera obligando sin su voluntad). La mujer grita: “¡Ay, ya!”. El R2 termina el tacto, pero deja su mano lista para hacerle otro en un momento. Ahora le pregunta nuevamente: “¿Tiene dolor?” (la mujer se queda muda) “¿No?”. La mujer le dice con voz muy tímida: “Hágame cesárea”. El R2 le dice a la mujer a gritos: “¡Noo! ¡Tiene que salir por donde entró! ¿Para qué se embarazó? Usted quería, ahora ¡jaguántese!! Si se vio bien mala, ¡ya ve! ¡Le dijeron que si no se quería operar y no quiso! ¿Así le va a hacer otra vez el año que viene? (mira a la mujer muy fijamente). ¡¡Abra ya las piernas, que tengo que *revisarla!*!”). La mujer lo mira muy tímidamente con cara de mucha vergüenza y abre las piernas. El R2 le hace otro tacto con mucha fuerza (se ve como mete su mano con mucha dureza y por supuesto esto hace que la mujer grite). La mujer gime con fuerza y llora. El R2 le ordena: “¡Pújele! ¡Pújele! ¡No llore y pujel!”. Ahora termina con el tacto y se va sin decirle nada a la mujer. Después de un minuto regresa y le dice a la mujer (con esa misma actitud de coraje): “A ver m’hija, ¿tienes dolor? Ahorita que tengas dolor te voy a tocar, ¿eh?”. La R1 acompaña al R2. A la espera de que la mujer tenga dolor, el R2 se pone a platicar con las médicas.

Desde luego, uno de los puntos nodales de esta observación es la respuesta iracunda del médico, que al negarse a hacer una cesárea

sentencia: “¡tiene que salir por donde entró!”, como si estuviera invocando alguna ley natural o universal. Son reglas *ad hoc* que se formulan de manera espontánea, de carácter altamente represivo (como se confirma con todo el regaño subsecuente que le propina a la mujer), y que son posibles por el conjunto de predisposiciones que los médicos han ido internalizando a lo largo de su formación y que se reafirman todos los días en su práctica profesional. Se trata de un tipo de regaño que descansa en la suposición de que las mujeres “se merecen” el sufrimiento que experimentan durante el trabajo de parto y al parir. ¿Por qué tendrían que merecerlo? Es el *habitus* en acción: porque se ve a las mujeres desde un plano de superioridad, profesional y de género. Hay que destacar, además, el carácter de decisión supuestamente libre y plenamente autónoma que la respuesta del médico presupone en el hecho de que la mujer haya quedado embarazada una vez más. Es una respuesta que ignora (activamente) las condiciones de desigualdad y opresión de género en que viven muchas de las mujeres que son atendidas en los hospitales de la Secretaría de Salud, que les impiden muchas veces controlar plenamente su fertilidad (bien porque la pareja se opone a que usen métodos anticonceptivos, o porque la pareja les impone arbitrariamente un embarazo; o por simple desconocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos que existen; o por las dificultades materiales para acceder a ellos, por ejemplo). Las condiciones de posibilidad, entonces, de un regaño de esta naturaleza están dadas no sólo por el *habitus* autoritario de los médicos y del personal de salud, sino también por la condición de opresión desde la que actúan las mujeres que acuden a estos servicios. Estamos, en suma, a la vista de las condiciones que hacen posible la violación de los derechos de las mujeres que son atendidas en las salas de labor y parto de los hospitales públicos.

La prueba final del *habitus* autoritario, que demuestra el despliegue de la actuación médica desde una posición de pretendida superioridad moral, emerge cuando, después de tres meses continuos de observación en los hospitales, una anestesista estalla en cólera por la presencia de las observadoras en ese contexto. Una de ellas registró así el episodio:

Ahora entra la anestesista y me mira fijamente. Luego me pregunta con voz tosca: “¿Cómo te llamas?, porque aquí se pierden las cosas...”. Yo le digo mi nombre, pero ella me interrumpe: “No, no, no, preséntate en el centro de la sala, como se debe”. Yo no me pongo en el centro, pero me presento con respeto y le digo que es una investigación de sociología. Ella me vuelve a interrumpir y dice: “¿De qué es la investigación?, ¿de sociopatía? Así que van a investigarnos. Investiguen al doctor (y señala a un colega), el doctor es un sociópata”. Yo le digo que en realidad la investigación se centra en las necesidades de las mujeres. La anestesista me mira perpleja y dice: “¿En las mujeres?, pero si con ellas no hay nada que investigar”. Yo le pido que me explique. Me dice casi gritando: “Sí, es un problema de gluco...” (dice una palabra extraña). Yo le pido otra explicación. Me dice: “es un problema de alimentación. ¿Sabes qué es cultura?”. Yo intento darle mi mejor explicación, pero ella no parece satisfecha y me dice: “No, la cultura es el conjunto de normas y protocolos de un pueblo. Estas mujeres no tienen cultura (esto lo dice mientras aprieta fuertemente la mandíbula de una mujer que yace a su lado, dormida, contra la máscara de la anestesia y mueve su cara hacia un lado y hacia el otro). No tienen cultura porque no buscan trascender. Porque los que tienen cultura trascienden, por ejemplo, tenemos a Teotihuacán, que tuvo una rica cultura, pero estas mujeres no. ¿Tú crees que quieren trascender?, si con trabajos

se hacen una salpingo...⁴³ Ésta apenas se hizo la salpingo y ya se estaba retractando, ¡y eso que ya tiene dos hijos!”. Yo me quedo perpleja y decido mejor no decirle nada. Finalmente, la operación terminó. La mujer sigue tendida y con los ojos cerrados. El doctor y el residente salen. Yo digo “con permiso” para irme, pero la anestesista me detiene: “No, no, ahora hágale unas preguntas (a la mujer)”. Yo le digo que ahora no, que pobrecita, que no la voy a despertar. La anestesista contesta irónica y furiosa: “¡Pobrecita!, ¡pobrecita si no se hubiera hecho la salpingo!”, y despierta bruscamente a la mujer dándole unos golpes en el pecho, diciéndole: “¡Ya, despiértate!”.

Al ocurrir este incidente decidimos dar por terminado el trabajo de campo en los hospitales, pues no quisimos que nuestra presencia en ese lugar fuera una excusa o motivo para que ningún médico o enfermera maltratara así a ninguna mujer.

Sobre la construcción de las mujeres como sujetos que cooperan o no

A lo largo de este capítulo nos hemos topado en varias ocasiones con la descripción y clasificación de las usuarias que hace el personal de salud en términos de mujeres que cooperan con ellos, que cooperan poco, o que no cooperan. Conviene ahora detenernos con más detalle para ofrecer una interpretación de dicha terminología fundada en el marco sociológico que hemos adoptado en esta investigación.

⁴³ Salpingoclasia: método definitivo de anticoncepción consistente en la oclusión de las trompas de Falopio.

Lo que aquí se presenta es parte de un estudio cualitativo realizado en las dos principales instituciones de salud en México —servicios médicos de seguridad social (IMSS) e instituciones de asistencia pública (SSA)— en dos entidades federativas del centro de México. A través de entrevistas a 31 médicos varones vinculados con la atención de procesos reproductivos, se indagó en torno de los esquemas de percepción y apreciación acerca de la reproducción (anticoncepción, embarazos, partos, abortos) y de las mujeres que demandan atención en los servicios de salud reproductiva, así como acerca de los sentimientos que les genera la atención y sus prácticas específicas relacionadas con los derechos reproductivos.⁴⁴

Si bien, como señalamos antes, el *habitus* se observa sobre todo en la práctica, en los textos de las entrevistas es posible apreciar expresiones y reacciones que hacen referencia —por lo menos por implicación— a un orden social “generizado” (es decir, con claras marcas del orden de género prevaleciente) en el ejercicio de su práctica profesional cotidiana. Los hallazgos muestran que los médicos (en este caso, todos varones), situados dentro de una institución de control social como la medicina, desempeñan un papel central en la producción y reproducción de nociones específicas acerca de la sexualidad y la maternidad, que describen y reproducen aquel orden de género.

Una constante en las respuestas de los participantes es el complejo conjunto de nociones que dan por sentadas (pues forman parte de su sentido común), y que también podemos describir como un entramado de creencias, mitos y prejuicios que les permiten ratificar la relación de jerarquía que propenden a establecer con las mujeres al cuestionar su

⁴⁴ Véase anexo metodológico para más detalles.

credibilidad y, al mismo tiempo, responsabilizarlas de los resultados de los embarazos. La existencia de un *habitus* médico autoritario que constantemente prescribe el tipo de cuidados que se deben observar durante el embarazo y el trabajo de parto e impone a las mujeres su acatamiento, se vuelve evidente en las narraciones que hacen los médicos acerca de sus interacciones con las usuarias de estos servicios. Estas predisposiciones aparecen más claramente cuando se relata la manera en que los médicos se relacionan con las mujeres que “no cooperan” en la atención del parto.

Resulta muy revelador que para decidir las formas de atención y sus modos de interacción con las usuarias, los médicos suelen utilizar la información de que disponen respecto del comportamiento anticonceptivo de las mujeres y del cumplimiento de las indicaciones médicas en los cuidados del embarazo (asistencia y cumplimiento en la atención prenatal), criterios que les permiten “evaluar la credibilidad” de las usuarias y, con ello, clasificarlas en una especie de taxonomía moral.

Desde una cierta perspectiva médica, las mujeres embarazadas se constituyen en cuerpos-máquina, “receptores” del feto⁴⁵ que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, al tiempo que deben colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico, que es en primer lugar el nacimiento de un nuevo ser vivo en óptimas condiciones, y la preservación de la salud de la madre, en segundo. Es éste un contexto

⁴⁵ Emily Martin (1987) analiza cómo el trabajo de parto fue construido profesionalmente como un trabajo mecánico realizado por el útero. De esta manera, según esta autora, el parto es visto por la medicina como un proceso de producción de bebés, en el cual los médicos controlan el trabajo de las mujeres y sus úteros. La mujer ocupa un lugar subordinado y pasivo en este proceso, desde esta creencia médica que identifica al útero como el principal responsable del trabajo de parto y cuyos movimientos son involuntarios.

que torna muy difícil que los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud sean visibilizados. La incorporación de la perspectiva de salud reproductiva y las recomendaciones vinculadas con el derecho a una atención digna resulta más bien ajena (o, en todo caso, es un referente *distante*) a la lógica que prevalece al interior del campo médico y de las instituciones médicas. Los profesionales médicos parten de una primera verdad bien establecida en el *campo*, que dicta que ellos están obligados a intervenir sobre los cuerpos de las mujeres, pues son los responsables de evaluar la situación de riesgo reproductivo y de definir las acciones a seguir en pro de preservar la vida y la salud del feto y también la de las mujeres embarazadas. Bajo esta lógica profesional, la presión a las mujeres para que acaten las indicaciones médicas no se percibe profesionalmente como una falta de respeto a los derechos reproductivos. Por lo contrario, la intervención de los profesionales médicos sobre los cuerpos, los deseos y las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto, desde esta mirada, se torna no sólo justificada, sino incluso deseable.

Ante la tipificación de muchas mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva como desobedientes o ignorantes, las intervenciones médicas se presentan como una necesidad orientada a controlar los riesgos reproductivos. Es preciso señalar que no todas las mujeres son definidas como irresponsables, sino que los médicos clasifican a las mujeres durante su interacción con ellas en función de diversos “indicadores” articulados bajo la lógica del potencial riesgo reproductivo. Esto se presenta como resultado de la identificación de lo que médicamente se considera como riesgoso durante el parto, y en los testimonios se visualiza así a las mujeres que *no cooperan* con los médicos durante la atención del parto.

Durante la atención de las mujeres en trabajo de parto, los médicos manifiestan irritación ante la “desobediencia” a las indicaciones que se les dan, entre otras, la obligación de mantenerse acostadas. La propensión de los médicos a infantilizar a las mujeres y de recurrir a un paternalismo autoritario funciona también como una estrategia que contribuye a reforzar el rol subordinado que se les asigna durante el trabajo de parto. Los médicos narraban sus experiencias en la atención obstétrica en las que se dirigen a las mujeres con términos como “hija”, “mi reina”, entre otras, como se puede ver en el siguiente testimonio:

Recuerdo muchos [casos de rebelión, es] por la gran ignorancia que tenemos. Ahorita vengo de la Tococirugía, hay una muchachita que se está parando, bueno, no se está parando, ahorita que fui estaba parada. O sea, se paró, ella dijo: “Ya no quiero que me atiendan, ahí nos vemos”, agarró, se paró, se acercó a la puerta y pues entre que la jalen y no la jalen, les dije: “Un momento, espérenme tantito”, y le dije: “¿Qué pasa, hija?”, y me dice: “Es que me está doliendo mucho”, “Pero mi reina, ¿y nunca te dijeron que te iba a doler?”, dice ella: “Mi tía me había dicho que me iba a doler mucho, que me iba a morir y mi mamá me dijo que no iba a sentir nada, entonces yo le creí a mi mamá y esperaba que no me doliera nada, pero me está doliendo mucho”. Entonces, eso es fundamental, debemos de darles educación a través de hablar con la verdad, el método ideal sería que a todas nuestras pacientes las bloquearan para que no sintieran dolor, eso sería lo ideal, pero no se puede, pero lo que sí se puede es irles dando información, pero información verídica, y les digo: “no es con la vecina, no es con tal y tal”; y también lo que les digo a mis pacientes: “un parto es para disfrutarlo, no para padecerlo”.

El grupo de médicos entrevistado asocia la cooperación en el parto con la educación y con la información recibida, y la no cooperación con la desinformación. Esto guarda relación con la visión médica de la atención prenatal como el periodo donde se capacita a las mujeres para acatar las indicaciones médicas durante el embarazo y especialmente en la atención del parto. Para describir las razones por las que son frecuentes los casos de mujeres *no cooperadoras*, un médico señaló:

(se debe) a la desinformación, a la no preparación. Todo parto duele, algunas mujeres tienen cierto umbral al dolor, otras tienen otro, sin embargo, aunque tengan un nivel muy bajo al dolor, si tienen la preparación lo enfrentan de otra manera, lo enfrentan con más ánimo. Vamos, un caso así extraordinario que recuerdo, uno especial, y le digo a ella todavía “el peor parto de mi vida” (...) fue un parto terrible, no fue feo, fue terriblemente feo y todo porque ella no tenía ni idea, no quería estar embarazada, quería al muchacho, pero no tenía idea de lo que era un embarazo, no tenía ganas de estar embarazada y mucho menos sabía lo que era un parto. Se enfrenta con todo esto en un día, porque en ese día creo que fue que captó que estaba embarazada, que tenía que tener a su bebé y, o sea, independientemente de los nueve meses que se bloqueó y no quería saber, ese día en especial fue terrible, porque tuvo que enfrentarse a su embarazo, a su parto y a todo, y sin embargo, tuvo otros dos bebés y fueron condiciones totalmente diferentes, porque entonces ya pudimos platicar con ella, ya fueron hijos deseados y en esos sí fueron sonrisas, sonrisas y sonrisas.

Es común que los médicos asocien la “falta de colaboración” de las mujeres durante el trabajo de parto con el hecho de que sea un embarazo no deseado, o la mujer tenga lo que ellos describen como un alto

grado de desinformación y falta de preparación, factores que, desde este punto de vista, a la vez potencian otros riesgos: “desde amenazas de aborto, preclamsia, sufrimiento fetal y un parto mal llevado, porque simple y sencillamente no quieren al bebé y no quieren cooperar”.

La *no-cooperación*, la desobediencia de las mujeres a las indicaciones que se les dan, activa un conjunto de prenociencias que subyacen a la mirada médica respecto del tipo de mujeres que incurren en estas “faltas”: las describen como personas irracionales, desobedientes o irresponsables porque ponen en riesgo la conclusión del proceso con un parto exitoso. Desde esta lógica del riesgo, para los profesionales resulta muy difícil percibir y respetar los derechos reproductivos de las mujeres. Un médico narraba así los *típicos comportamientos no-cooperadores*:

Básicamente es eso, el que no quieren hacer lo que uno les indica, que se avientan, que golpean, alguna de ellas, alguna muchachita de 17 años estaba sobre mi mesa de exploración y empieza a patear y le digo: “Momento, momento, espérame, me vas a destruir mi mesa, déjame te pongo una tablita para que le pegues todo lo que quieras”. Ya no le volvió a pegar, la mesa hacia ruido, llamó la atención, pero como lo otro le iba a doler, mejor ya no le pegó. Pero básicamente la no cooperación es que, en primera, no logran relajarse para que el tacto no les lastime, no se relajan, entonces uno les quiere tocar, alzan su cadera, lógico, cierran sus tejidos y les duele, yo les digo: “A mí me puede doler mi dedo, pero a ustedes se les va a inflamar y les va a doler y les van a tener que seguir haciendo el tacto y les va a doler cada vez peor”. Entonces esa es la primera y luego en el servicio de Tococirugía están para un lado, para el otro, respiran como quieren cuando se debe de mantener cierto ritmo de respiración entre dolor y dolor, para lograr recuperar a su bebé, deben estar recostadas sobre su

lado izquierdo para que tenga mejor oxigenación su producto; sin embargo, las que no están preparadas y no cooperan, se pasan para su derecha, se pasan para la izquierda, se sientan, se quieren levantar al baño, alguna vez me tocó una patada en la cara de una paciente que ya la teníamos para salir el bebé, baja la pierna y me patea. Sí, esas son todas las conductas (de una mujer que no coopera).

También es posible identificar expresiones acerca del sufrimiento, del dolor que viven las mujeres, que se ajustan al conjunto de expectativas normativas constitutivas de los esquemas de percepción vigentes en la práctica médica. En las respuestas de los médicos se aprecia cómo el dolor de parto se presenta como un requisito para lograr “un premio”, es decir, como una prueba que una mujer debe pasar para ser merecedora de algo, en este caso, de un hijo sano. Se caracteriza a las mujeres en trabajo de parto en el marco de una simple tipología: las mujeres que *cooperan* obtienen la recompensa a su sufrimiento y obediencia, y las que *no cooperan* sufren las consecuencias, en su cuerpo, de la falta de disposición de los médicos para atenderlas y de un parto que puede salir mal o implicar más sufrimiento para ellas y para el bebé:

(...) yo les digo: los dolores de parto no son como cualquier dolor, un dolor de parto al final va a tener su premio, cualquier otro dolor podrá tener lo que quiera, pero nunca va a tener un premio, un dolor de parto sí tiene un premio al final que es el bebé y entre mejor cooperen, mejores condiciones del producto; aun sea en forma de atención, no debiera ser, pero todo mundo batallaría por atender a alguien que está sonriendo, todo mundo batallaría por atender a alguien que es amable, sin embargo, todo mundo le rehuiría a alguien que esté pataleando o aventándose. Vamos, que aquí los estudiantes

tienen que lidiar con eso, pero, por ejemplo yo, si una paciente es amable y permite, la atiendo; nosotros difícilmente atendemos partos aquí, pero si cooperan, si le echan ganas, nosotros les ayudamos de esa manera y las otras terminan hasta con aplicación de forceps, las que no cooperan.

Los profesionales médicos suelen atribuir una condición moral positiva a las mujeres que quieren ser madres y que están dispuestas a cooperar en los términos en que se les indica, y por lo mismo, imputan una condición moral negativa a aquellas que “no desean la maternidad”, o “no quieren tener responsabilidades”, o “no quieren tener dolor, no quieren tener angustia”. Atributos como ser joven, madre soltera, con un embarazo no deseado, o tener un bajo nivel educativo suelen ser usados por los médicos para etiquetar a las mujeres que no cooperan:

...desde que inicia su trabajo de parto empieza a quejarse, bueno, es normal que les duela mucho, pero hay veces que es común que digan: “pues ya, sáquenmelo, ya no lo quiero tener, ya me quiero ir”, es muy común. (...) Yo creo que es falta de preparación y de conocimiento de lo que en realidad es un embarazo, porque yo creo que nadie les informa. (...) Sí, en este caso era soltera, madre soltera, no es lo mismo un embarazo deseado que por más dolor que tenga, o sea, es comprensible que se quejen, pero no decir que: “ya no lo quiero tener” o esto, porque se supone que es algo deseado, si ya está por salir pues qué bueno, o sea, quejarse lo normal, pero ciertas restricciones que van haciendo las pacientes y como que se van delatando, ahí uno sabe si es embarazo deseado o no.

Las conductas de “no cooperación” son vistas por algunos médicos como señales de que las mujeres no deseaban el embarazo. Tanto los

síntomas de malestar de algunas mujeres durante el embarazo, como el “rechazo” del bebé que según sus expresiones manifiestan otras, son percibidos como datos “clínicos” que caracterizan directamente a cada caso. Estos esquemas de percepción y apreciación médica permiten la articulación entre ciertas categorías morales con que se tipifica a las mujeres, y la condición que presentan en tanto cooperadoras o no cooperadoras. Así, las mujeres descuidadas (o reprobables moralmente en varios sentidos) serán aquellas que presentan un embarazo no deseado, y muy probablemente, bajo esta óptica, serán las que no cooperan durante el proceso de parto. Lo mismo ocurre con el carácter normalizador de la mirada médica. Las situaciones que constituyen una transgresión al orden dominante, tales como no tener una pareja formal, u optar por ser madre soltera, o bien, no contar con “educación suficiente”, se asocian más fácilmente con la posibilidad de ser clasificadas como mujeres “no cooperadoras”:

Sí, obviamente, cuando llega la paciente de inmediato se ve el tono en el que está platicando, de inmediato la alegría o no, de cuando escuchan el latir del corazón, la alegría o no de ver las imágenes y ya en el trabajo de parto o en el parto hay muchas veces que me ha tocado ver que rechazan a su bebé, ni siquiera lo quieren ver ni agarrar, sí, es palpable cuando es un embarazo no deseado (...) obviamente, porque si una paciente no desea el embarazo, no va a tener los cuidados necesarios que debe de tener por sí misma o por las indicaciones médicas, es obvio y eso repercute en un mal resultado, usualmente un buen embarazo pudiera orientar hacia un buen trabajo de parto y un buen parto y viceversa. (...) si no hay cooperación de la paciente pues obviamente las cosas pueden salir mal.

Bajo el enfoque médico, la atención prenatal se plantea como un espacio para educar a las mujeres, de forma que si ellas no aceptan las indicaciones que se les dan, corren el riesgo de ser etiquetadas como “irresponsables” que “intencionalmente buscan problemas”. En este contexto, la prueba de la “virtud” es la exposición de las mujeres a la pedagogía del personal de salud: “...hablando del método de control prenatal, nuestras niñas están muy mal educadas, bueno, niñas y adultas están muy mal educadas, (...) lo importante es la preparación que debemos de darles antes del parto, durante el parto y al final del mismo”.

Las caracterizaciones que hacen los profesionales sobre sí mismos, sobre su práctica y sobre las mujeres que atienden, son producto de los esquemas de percepción y apreciación que ponen en funcionamiento cada vez que se les presenta un caso de una mujer en trabajo de parto. Se trata de descripciones que expresan y reproducen una estructura definida por la desigualdad de género, y por esa propensión autoritaria que desarrollan desde los años de formación y que mantienen en funcionamiento durante su práctica profesional.

Finalmente, conviene registrar la ambivalencia de los testimonios que refieren la necesidad de contar con la ayuda de la pareja u otro familiar, como una estrategia para apoyar, pero también para controlar a algunas mujeres en trabajo de parto: *“si no se puede definitivamente con la paciente, hablamos con los familiares para que la convenzan de que se quede o se la lleven”*. La descripción de la participación de la pareja suele darse desde una visión idealizada de lo que puede ser la relación de pareja, y al mismo tiempo en tanto agente también sujeto a la jerarquía médica que puede ayudar al mejor funcionamiento de la cadena de mando:

...me llegaron a tocar varias pacientes que no colaboraban mucho... uno les daba indicaciones de en qué momento pujar, en qué momento llevar a cabo la maniobra ginecológica para tratar de que en el momento de que ocurre la contracción, la paciente tenga que pujar, levemente aunque sea, para que el producto poco a poco vaya saliendo y son pacientes que no cooperan, no colaboran y nos dificultan la atención del parto. (...) el hombre le puede decir a la mujer, “¿Sabes qué? Tranquila, obedece las instrucciones del médico, estás en buenas manos, lo único que tienes que hacer es colaborar”, y la mujer al tener la presencia de su pareja, que para ella representa el amor, el cariño, la comprensión, puede colaborar más (...) cuando de plano vemos que no hay mucha cooperación de parte de la mujer, sí le pedimos al esposo o pareja que se ponga la ropa adecuada para entrar a la sala de atención de partos y que trate de estar cerca de su mujer para que la convenza, la calme, que la tranquilice y sí ha dado buenos resultados, en pocos casos que tuve la oportunidad de hacerlo así, dio buenos resultados.⁴⁶

Una investigación en mayor profundidad deberá indagar la forma en que se articulan todos estos niveles de verdad relacionados con la presencia del varón: posible apoyo emocional para la mujer (dato siempre pendiente de verificación), sí, pero también cómplice del médico para controlarla aprovechando una relación de jerarquía entre él y ella que desde la acción médica se da por sentada.

⁴⁶ Es notable el tono marcadamente masculino de esta descripción del médico: se presenta a dos hombres “guiando” a una mujer.

Conclusión

Los *mecanismos* observados en las salas de labor y parto, que hemos descrito, constituyen condiciones de posibilidad de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto. Sostenemos que el estudio de estas *formas naturalizadas* de violación de derechos es fundamental para comprender cómo se puede llegar a situaciones extremas. Es desde las formas naturalizadas donde se da la construcción de las mujeres como *no-personas* y donde, por tanto, se instrumenta su desacreditación como sujetos con derechos. Una vez que esta pequeña pero crucial operación de expropiación de derechos se ha consumado, queda abierto el camino para que se cometan abusos de mucha mayor envergadura. Si nuestra hipótesis es correcta, es imperativo implementar intervenciones en el ámbito de las *formas naturalizadas* del abuso. Con ello estaríamos haciendo una auténtica prevención de las formas extremas, al mismo tiempo que estaríamos contribuyendo a dignificar un alto número de partos y cesáreas que registran este tipo de abusos, pero que quedan en el olvido, asimilados al ámbito de la normalidad, o que son vividos por las mujeres como un problema personal de mala suerte con los servicios de salud.

Por otra parte, para explorar las vinculaciones entre el *habitus* médico (desarrollado desde los años de formación universitaria sobre todo a través del currículum oculto) y la práctica profesional, debemos preguntarnos qué posibilidades tienen los prestadores de servicios de salud de establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de los servicios, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, si ellos han sido incorporados plenamente en un campo autoritario y jerárquico y

han, por tanto, incorporado ellos mismos la lógica de dicho campo. Este enfoque, desde luego, no exime de responsabilidad a los actores (los médicos y enfermeras en particular) por los atropellos en que incurrían. Pero sí nos permite comprender científicamente el origen social de los resortes que impulsan sus actuaciones. Resulta profundamente revelador que, en los grupos focales, tras haber verbalizado con dolor el maltrato del que fueron objeto durante sus años de entrenamiento, los médicos especialistas recapitulaban aquellas experiencias con expresiones como “también eso es formación”, “se aprende a resistir”, o “nos forma el carácter”. Son respuestas que denotan que estos agentes han completado el camino de la socialización, y han sido adoptados plenamente por la institución a la que aspiraron pertenecer. Ahora la encarnan y hablan en su nombre.

Como señalamos en un principio, el *habitus* médico autoritario se gesta desde los años de la educación médica, sobre todo mediante el currículum oculto que se basa en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; ahí se *incorporan* las jerarquías y por ello se aprende a funcionar en ellas y a defender su existencia de manera espontánea, pre-reflexiva, pues se aprende a verlas como algo “lógico”, “natural”, que “no puede ser de otra manera”; ahí también se interioriza la desigualdad de género como elemento central de los esquemas de percepción y apreciación de la profesión.

Hemos presentado una serie de evidencias sobre la naturaleza del *habitus* que se activa en las salas de labor y parto en los hospitales públicos de este país. Se trata de un conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible —porque las define como lógicas, como naturales, y como “profesionales”— un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir

con los fines y la agenda de la institución médica. Es un *habitus* que funciona así porque las características del campo lo favorecen: se trata de hospitales públicos y de mujeres sin posibilidades de pagar por el servicio.⁴⁷ En muchos casos, infortunadamente, se trata de mujeres que no han podido asumir plenamente sus derechos y defenderlos. Si estamos ante un *habitus*, y si el *habitus* es la incorporación de la estructura social y de los arreglos de poder que le caracterizan, entonces estamos ante indicios firmes que apuntan hacia el origen epifenoménico, más allá del consultorio médico o de la sala de labor en el hospital, de la violación de derechos de las mujeres, y que sugieren la necesidad de rastrear su génesis en la estructura misma del campo médico.

Si estos hallazgos son correctos, las implicaciones apuntan hacia una agenda política de enorme envergadura: además de la ciudadanización de los servicios de salud —espacio de ejercicio de los derechos como personas y ciudadanos— es imprescindible realizar importantes reformas en la estructura del campo médico, si se quiere dar lugar al nacimiento de otro *habitus*, menos autoritario y menos propenso a reivindicar para sí todo el poder y toda la atención del campo.

Finalmente, las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres durante la atención del parto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder de la cual los médicos forman parte. Por lo que más que pensar en prejuicios individuales de los médicos, deben ser vistas como acciones pedagógicas, formuladas desde una posición de

⁴⁷ Por eso en otros contextos, como en el caso de los hospitales privados, el *habitus* autoritario es mucho menos evidente: porque las características del campo son distintas, menos propicias para que los médicos puedan situarse, de manera automática, en la cúspide de todas jerarquías (profesional, de clase, de género, de etnia) potencialmente vigentes.

poder, que sirven para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen (Bourdieu y Passeron, 2005).

Estos resultados indican que la vigencia de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en el marco de sus encuentros con los profesionales en el área de ginecología y obstetricia, son más probables en aquellos casos en los que los médicos perciben una mayor consistencia entre su diagnóstico del caso y sus propias expectativas normativas (producto de los esquemas de percepción y apreciación del mundo); y a la inversa, la violación de derechos reproductivos es más probable en contextos donde se produce un desencuentro entre los datos clínicos y la interpretación médica que se hace de ellos y las expectativas normativas con las que funcionan los médicos. Es decir, la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el contexto hospitalario es un efecto de la propia estructura de poder del campo médico.

Es evidente la vinculación funcional que existe entre un orden social fundado en la desigualdad de género, y los esquemas de percepción y apreciación de los médicos en su práctica profesional: ambos se potencializan recíprocamente. En virtud de ello, debemos pensar los cuerpos como territorios de las políticas, prácticas y representaciones específicas de las regulaciones de su uso reproductivo. Por ejemplo, el estigma social asociado con “diferentes tipos de maternidad” estratifica y categoriza a las mujeres por su estado civil, reproduciendo la violencia implícita en los modelos normativos de sexualidad y maternidad femenina y la retórica de lo que significa ser una “buena” mujer, madre y esposa (Ellison, 2003).

Lo mismo cabe decir de la medicalización del embarazo y el parto consumada simultáneamente al des-conocimiento (activo) de las relaciones desiguales de poder presentes entre los géneros. Ello hace posible

que socialmente los varones sean conceptualizados como agentes que pueden obstaculizar o facilitar la atención, pero no como agentes corresponsales y copartícipes en ella, contribuyendo así a la subordinación de las mujeres. El análisis de estos fenómenos debe llevarnos a cuestionar y evidenciar el papel que ejercen las distintas instituciones sociales en la reproducción de las desigualdades de género y poder, y en el mantenimiento del orden social hegemónico. Las respuestas médicas se construyen en el marco de un orden social de género que asigna lo reproductivo como un rol y una responsabilidad femenina. De forma que determinados elementos, que son presentados como profesionales y neutros, en realidad responden a valoraciones que rebasan el ámbito profesional y que son profesionalizadas como una forma de legitimarlos y dotarlos de mayor autoridad.

En este mismo orden social y de género se enmarcan las políticas de salud reproductiva, políticas que, al tiempo que se dirigen a atender las necesidades de la población, también emiten mensajes que “disciplinan” y educan desde su área a los individuos. Las respuestas de las personas entrevistadas develan la complicidad profesional con este orden social, complicidad que se funda en, y a la vez reproduce, formas específicas de desigualdad de género que al mismo tiempo condicionan la práctica profesional de los médicos, sobre todo en materia de salud reproductiva.

Capítulo III

Las luchas clasificatorias en torno del aborto: el caso de los médicos

Introducción

La profesión médica moderna es igualmente activa en dos frentes: tanto en la prestación de los servicios de atención profesionales a los pacientes (o clientes), como en la producción y reproducción de su legitimidad, la cual se funda en la constante presunción del carácter científico de sus conocimientos (Wright y Treacher, 1982) y de la naturaleza neutral, objetiva y libre de valores de sus prácticas (Zola, 1983).⁴⁸ La eficacia de estos dos órdenes de acción práctica (o *doble actividad*) se refleja en el mandato con que cuentan los médicos para ejercer un control socialmente legitimado sobre los cuerpos (Foucault, 1983; Turner, 1992).⁴⁹ En la jerarquía social de saberes, el conocimiento científico en

⁴⁸ A esta construcción han contribuido los abordajes sociológicos funcionalistas que, lejos de problematizar la ideología médica, entendiéndola como un producto central de las relaciones de poder vigentes en el campo médico, permanecen atrapados en su lógica específica y, al igual que los pacientes, la adoptan como principio de explicación de sus prácticas (Parsons, 1982; Gallagher, 1976; Fox, 1989).

⁴⁹ Mandato que se expresa en las disposiciones legales que conceden a la profesión médica moderna el privilegio de *acreditar* los conocimientos y prácticas adecuados y, por ende, de *desacreditar* aquellas que, al provenir de saberes subalternos, no forman parte del canon legitimado (Aries, 2003).

general, y el conocimiento médico en particular, se ubican en los más altos niveles de acreditación, lo que se traduce en el establecimiento de relaciones desiguales de poder (simbólico, en primer lugar; pero también de poder médico, material y económico) en las interacciones con las pacientes,⁵⁰ cuando ambas partes se encuentran (Freidson, 1982; Werner y Malterud, 2003).

Esta constitución de lo médico, en tanto estrategia de poder que se renueva permanentemente, pasa por diferentes momentos en su proceso de producción: por una parte, ya en los capítulos anteriores mostramos cómo la formación de los médicos está constituida por prácticas socializadoras que generan una sistemática transformación de la subjetividad de los estudiantes (*self*) mediante las cuales éstos no sólo aprenden el conocimiento técnico-especializado propio de la profesión, sino que además *incorporan* (es decir, inscriben en sus propios cuerpos) las estructuras sociales de las cuales aspiran a formar parte: esto es, desarrollan un *habitus* que les permite actuar en el campo de manera “natural”, dando por sentadas —y reproduciendo en la práctica— las diversas jerarquías que el campo médico presupone,⁵¹ así como el conjunto de normas no escritas, valores entendidos, criterios de apreciación y

⁵⁰ No sería difícil probar que, más allá de su origen etimológico, el término “paciente” cumple una función performativa en el campo de la medicina por cuanto además de designar un rol comunica también un mandato, una instrucción a ser acatada. Por tanto, debemos ser cuidadosos con el uso de este término. En lo que sigue, nos referiremos a veces a las mujeres, a veces a las usuarias y usuarios de los servicios de salud, y a veces, como aquí, a “pacientes”, sobre todo si hacemos referencia a la literatura sobre la materia.

⁵¹ Como señala Ringheim (2002), el entrenamiento que generalmente se da a los profesionales de la salud ayuda a invisibilizar la dinámica de las relaciones de poder que se involucran en las interacciones médicos-pacientes.

formas de percepción y de práctica que le son característicos (Bourdieu, 1991; Becker, 1958; Becker, Geer, Hughes y Strauss, 1961; Davis, 1968; Phillips, 1997).

Contrario a la orientación aparentemente neutral con que la profesión médica busca legitimar su propia actuación, en las interacciones cotidianas que se establecen entre los prestadores de servicio y las usuarias/os, la conducta de los profesionales médicos está mediada por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de diversos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991). Se trata de la aplicación de principios profesionales de *visión y división del mundo* (Bourdieu y Wacquant, 2005) que tienden a ordenar el ámbito médico diferenciando a pacientes “colaboradores” de pacientes “problemáticos”, “distinguidos” de “ordinarios”, “deseables” de “repugnantes”, y a las enfermedades y los padecimientos “normales” de los “anormales”, y a las “legítimas” de las “ilegítimas” (Lorber, 1982). Tales clasificaciones son constitutivas del tratamiento y la disposición para atender a las usuarias de servicios médicos, tal como lo adelantamos en el capítulo anterior, lo que repercute en la calidad del servicio otorgado y en una atención diferencial (Steele y Chiarotti, 2004).

El caso de las mujeres que acuden a hospitales públicos con un proceso de aborto constituye un escenario idóneo de observación de los mecanismos clasificatorios de la práctica médica y sus consecuencias. En este capítulo damos cuenta de ello con más detalle. Mostraremos que a partir de las descripciones que hacen los médicos de la atención que brindan a mujeres con un aborto en curso es posible, por un lado, apreciar las clasificaciones que elaboran los primeros de los diversos casos de aborto (“espontáneos” o “inducidos”, “confiables” o “sospechosos”) y

reconstruir la génesis social de tales categorizaciones. Y por otro lado, es posible también advertir cómo la clasificación que se asigna a los diversos casos de aborto constituye el principio de prácticas tendientes a la *reafirmación* o a la *restauración* (según el caso) de un orden social que se presume como el único legítimo en relación con la maternidad y con el papel reproductivo de las mujeres. Mostraremos que el carácter estructurante de tales clasificaciones responde al carácter estructurado de ellas mismas, en tanto que son producto de la estructura del campo médico y de la incorporación de ésta en la subjetividad de los médicos (incorporación que cristaliza en el *habitus* profesional). Terminaremos mostrando que tales clasificaciones se vinculan con el autoritarismo de la práctica médica, que eventualmente puede desembocar en la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

Es importante aclarar que no sostenemos aquí que todos los médicos sean autoritarios. Como cualquier otro campo social, el médico admite actores heterogéneos, con una distribución desigual del capital simbólico en juego en el campo y, por ende, con diferentes *disposiciones* hacia la práctica. Ello no obsta, sin embargo, para que el análisis que sigue se centre en el carácter socialmente estructurado de la práctica médica autoritaria.

El campo médico y su relación con el aborto

Género y práctica médica

Los estudios sociológicos en torno tanto de la formación de médicos como de la relación médico-paciente muestran que la práctica médica

no es ajena a las relaciones de poder entre los sexos, prevalecientes en la sociedad en general (West, 1984; Rance, 1997a). De hecho, es justamente el médico uno de los campos donde con más contundencia se ha mostrado el funcionamiento de los dispositivos de poder que simultáneamente derivan de y perpetúan la desigualdad de género.

En términos de la reproducción profesional (o formación de médicos) sabemos, por una parte, que en muchos de los textos de medicina, escritos con aparente objetividad científica, abundan los sesgos de género y las concepciones sexistas acerca de la anatomía y del funcionamiento de los cuerpos (Martin, 1987; Filc, 2004). Por otra parte, hemos mostrado que en el proceso de formación de los estudiantes de medicina, en la manera en que está organizada la escuela y las residencias médicas, y en el tipo de interacciones sociales que ahí predominan, se reproduce una jerarquía de género que los estudiantes incorporan como “normal” en su visión profesional del mundo (Hinze, 2004; Rance, 1999). Ambas dimensiones, la de los textos donde se codifica el conocimiento, y la de las prácticas de entrenamiento mediante las cuales se transita hacia la acreditación profesional, son constitutivas de un *habitus médico* que funciona de manera espontánea en el ejercicio cotidiano de la medicina.

Respecto de la relación médico-paciente, algunos estudios, hoy clásicos, han mostrado que la medicina moderna ha hecho de las mujeres un objeto preferencial de intervención y dominación. Desde mediados del siglo XIX muchas de las “terapias” recomendadas a las mujeres eran al mismo tiempo estrategias de resocialización a sus roles subordinados tradicionales (Ehrenreich y English, 1990). Y si bien con frecuencia las mujeres reportan sentirse cuestionadas por el personal médico que las atiende, y realizan esfuerzos ostensibles para mantener, en este

proceso, su dignidad como pacientes y como mujeres (D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002), también es verdad que en muchas ocasiones, a través de diversas formas de *dominación simbólica*, se da una plena cooperación por parte de las mujeres con el propio aparato médico que las oprime (Castro y Erviti, 2003b). Las mujeres aprenden a “ser mujeres” dentro de estructuras sociales dirigidas hacia el control y sometimiento de sus cuerpos (Fisher y Groce, 1985). Estas estructuras, interiorizadas mediante procesos de socialización específicos —y que ya cuando son parte de la subjetividad llamamos *habitus*— ayudan a controlar y a disciplinar a las mujeres, sus cuerpos y su sexualidad (Haug, 1992; Bush, 2000).

El papel activo de la medicina moderna en torno de la desigualdad de género se manifiesta, quizás aún con mayor crudeza, en el ámbito de los servicios de salud reproductiva, donde históricamente ha ocurrido una expropiación de los saberes tradicionales de las mujeres, y una deslegitimación de casi toda forma de conocimiento médico sobre aspectos reproductivos que no esté acreditada y certificada por la medicina moderna (Oakley, 1993; Erviti, 2005). A través de modelos normativos medicalizados de la sexualidad y la fecundidad femeninas, la mirada clínica, con sus esquemas cognoscitivos, con sus estrategias de clasificación, y con sus prácticas diagnósticas y prescriptivas, mantiene en circulación la retórica —y por su vía, el mandato— de lo que socialmente significa ser una mujer, madre y esposa “buena”.

El campo médico se caracteriza, entre otras cosas, por la clara jerarquización de los diferentes saberes médicos, donde el conocimiento médico académico u occidental mantiene una relación de dominio sobre todas las otras formas de conocimiento médico alternativas, subalternas y/o tradicionales; por la igualmente clara existencia de una jerarquía de género, donde las mujeres (y lo femenino) están mayoritariamente

confinadas al papel de grupo subordinado,⁵² y por la coexistencia de dicha jerarquía de género con otras de clase y etnia. El *habitus* de los médicos, a la vez, que es la interiorización de esas estructuras, se encuentra “como en casa” en ese medio y puede, por tanto, generar prácticas que desde el punto de vista de los agentes son prácticas profesionales, desinteresadas y apolíticas, y que, sin embargo, simultáneamente (*doble actividad*) cumplen un papel pedagógico, reproductor de un orden determinado, y sancionador de prácticas (como el aborto) que desafían los supuestos básicos de dicho orden.

Práctica médica y aborto en México y América Latina

Como gremio, los médicos en México y en América Latina han mantenido una posición conservadora respecto de la interrupción del embarazo (Ramos, Gogna, Petracci y otros, 2001; González de León y Salinas, 1995). La *doble actividad* —clínica y política— que caracteriza a la práctica médica se aprecia aquí con toda claridad: una posición *clínicamente* conservadora es aquella que busca minimizar o posponer las intervenciones médicas sobre el cuerpo, reduciéndolas sólo a lo *estrictamente necesario*. Se trata de un criterio de acción médica en general plausible, dado el supuesto de que las prácticas invasivas son también las más riesgosas para la salud. En el caso del aborto, una posición *políticamente* conservadora es aquella que escatima el derecho de las mujeres de decidir por su cuenta acerca de la interrupción del embarazo.

⁵² La profesión de enfermería, por ejemplo, subordinada a la profesión médica, es mayoritariamente femenina.

Los médicos pueden adoptar un criterio clínicamente conservador en relación con el aborto y proclamar su desinterés en la dimensión política del problema. No por ello resulta menos verdadero que el conservadurismo clínico sirve de vehículo al conservadurismo político. Se actúa en ambos planos independientemente de que en el nivel individual muchos médicos puedan estar conscientes sólo de los aspectos clínicos de su práctica. Por lo demás, este conservadurismo clínico dista de ser el estándar de oro de la práctica médica, sobre todo ahora que la creciente disponibilidad de tecnologías modernas ha facilitado el desarrollo de una medicina invasiva. En general, los médicos parecen estar mayoritariamente de acuerdo con el aborto por indicaciones terapéuticas, pero un alto número de ellos difícilmente lo acepta bajo otras circunstancias. Muchos profesionales médicos consideran que el aborto inseguro es un castigo auto-infligido por las mujeres transgresoras que rechazan su destino materno socialmente asignado. Sin embargo, es claro también que esta posición de los médicos no es homogénea y varía en función del contexto, de forma que aunque se evidencian actitudes negativas ante el aborto (Lazarus, 1997; González de León y Billings, 2001), se reconocen también algunas prácticas y discursos de resistencia (Rodríguez y Strickler, 1999) que suelen presentarse en contextos de conflicto profesional y personal (Roe, 1989).

Tanto la formación médica como la tipificación legal del aborto como delito influyen en estas disposiciones, en tanto que en las facultades de medicina pocas veces se aborda el aborto como un fenómeno con una dimensión social y como un problema de salud pública. Pero al igual que con el resto de sus materias, casi todo lo que los médicos aprenden sobre el aborto (y casi todo lo que *no* aprenden) repercute en la atención hospitalaria que se da a las mujeres que sufren complicaciones (Solo, 2000).

Se ha sugerido que las mujeres que demandan atención por complicaciones de un aborto, espontáneo o inducido, en hospitales públicos, son objeto de sospechas y culpabilización (González, 1995; Erviti, 2005; McNaughton, Mitchell y Blandon, 2004). En estos procesos de estigmatización ejercen un papel importante las diversas jerarquizaciones que entran en juego en cada encuentro médico-paciente (la de género, la de los saberes médicos, la de clase y otras), así como las prescripciones y expectativas sociales en torno de las circunstancias en las que el mandato de la maternidad debe ocurrir. En este contexto de expectativas y prescripciones sociales, algunas mujeres que reúnen determinadas “características” resultan particularmente “sospechosas” y vulnerables al estigma social en torno de los embarazos no planeados y el aborto (Wegar, 1997). Como veremos, la atención de un aborto en curso en el contexto hospitalario es escenario de una lucha clasificatoria particularmente álgida, dado el peso de lo que está en juego (desde la perspectiva de los médicos).

Visión y división del mundo de los médicos

En el análisis de las entrevistas, renunciamos de antemano a la ilusión de la transparencia, que supone que en lo explícito, en lo dicho, está la verdad de la práctica y su explicación. Por lo contrario, nuestro método de análisis está dictado por el tipo de objeto que estamos tratando de construir, y los postulados que lo hacen posible: los agentes son parte de un esfuerzo colectivo de invisibilización del origen social de su práctica, que es producto del encuentro entre su *habitus* (producto a la vez de la interiorización de la estructura del campo médico) y la estructura

del *campo médico*. Los agentes desconocen la verdad objetiva de sus prácticas, independientemente de que ellos creen estar simplemente al servicio de cierta vocación de asistencia y ajustándose a ciertas normas profesionales. Como veremos, la verdad objetiva de sus prácticas incluye la constante *doble actividad* que ejercen.

La hipótesis interpretativa más general en este caso es que los médicos despliegan prácticas normalizadoras (que van del regaño al maltrato, a la sanción y, en casos extremos, a la violación de derechos reproductivos y humanos de las mujeres), ahí donde la lectura que hacen del cuadro clínico que se les presenta no concuerda con las expectativas normativas que dan por sentadas y que les orientan.⁵³ Dicha “lectura” es producto de los esquemas de percepción y apreciación, constitutivos de su *habitus* profesional,⁵⁴ que usan cuando atienden a mujeres con un aborto en curso. Por tanto, el objetivo ahora es identificar el carácter social de estos esquemas, y mostrar cómo éstos se encuentran en el origen de las clasificaciones que hacen de sus pacientes.

⁵³ La hipótesis se construyó gradualmente, en el dialéctico ir y venir entre la teoría y el material discursivo de las entrevistas (Glaser y Strauss, 1967).

⁵⁴ Pero el *habitus* no se reduce sólo a estos esquemas de percepción. El *habitus* sólo se realiza —y sólo es plenamente observable— en la práctica. Al ser entrevistados sobre su práctica, los agentes no aciertan sino a teorizar falsamente al respecto: “... tan pronto reflexiona sobre su práctica, situándose así en una postura cuasi-teórica, el agente pierde toda posibilidad de expresar la verdad de su práctica, y sobre todo, la verdad de la relación práctica con la práctica... La interrogación teórica le inclina a tomar sobre su propia práctica un punto de vista que ya no es el de la acción sin ser tampoco de la ciencia, empujándolo a introducir en las explicaciones que propone de su práctica una teoría de la práctica que sale al encuentro del legalismo jurídico, ético o gramatical al que inclina la situación de observador” (Bourdieu, 1991, pp. 152-153).

Para ilustrar nuestros hallazgos, incorporaremos una serie de testimonios derivados de las entrevistas realizadas, que son representativos de un amplio conjunto de expresiones del mismo tipo recolectadas en campo. En el análisis de los esquemas de visión y división del mundo de los médicos entrevistados, cabe diferenciar tres grandes apartados: *a)* las normas y los estereotipos de género predominantes en nuestra sociedad, en relación con la sexualidad y la reproducción, y que permean a las instituciones formadoras de médicos; *b)* los principios de percepción (en relación con las mujeres y el aborto) desarrollados por los médicos en los años de formación profesional; y *c)* los sistemas clasificatorios que utilizan los médicos en su práctica diaria. Los dos primeros corresponden a los contextos normativos —social en general, y de la formación escolar de los médicos en particular— donde es posible rastrear el origen social de los esquemas de percepción y apreciación que exhiben los médicos en su práctica clínica durante la atención de casos de aborto. El tercero corresponde propiamente a las prácticas clasificatorias que despliegan los médicos en sus encuentros con las mujeres que demandan atención por un aborto en curso, y que, sostenemos, pueden explicarse como resultante de los dos contextos normativos que veremos primero.

Los estereotipos y las normas de género predominantes

Como hemos venido señalando, el campo médico se caracteriza por su drástica jerarquización, que se advierte lo mismo en el hospital que en la estructura burocrática de las instituciones públicas, y en los criterios de formación de los estudiantes de medicina. Si bien el campo médico,

como todos los demás campos sociales, presenta un cierto grado de autonomía respecto de la sociedad en su conjunto, no debe escapárseos que algunos de los principales rasgos de ésta necesariamente se reflejan en aquél. Tal es el caso de los estereotipos dominantes de género, que a los agentes se les presentan como *principios de explicación* de su práctica y de la de sus pacientes, y que en realidad cumplen una función reproductora del orden social dentro del cual se originan. Veamos, por ejemplo, el caso de una percepción bien conocida porque circula comúnmente en diversos ámbitos sociales, no sólo en el campo médico, a la que se recurre cuando se trata de *explicar* el alto número de embarazos no deseados por las mujeres:

Mira, aquí el problema del hombre, del mexicano sobre todo, es que tiene que demostrar su machismo y lo demuestra teniendo muchos hijos y le vale de dónde, o sea, si tú ya tienes esposa y todo, no es suficiente, hay que demostrarlo, entonces tienes hijos aquí, tienes hijos allá y todo, porque para el hombre es como un reflejo de lo que tú eres, el hecho de tener más hijos significa que tú te estás proyectando en ellos, entonces por eso es muy difícil que encuentres un hombre que tenga una sola pareja o un solo hijo... (E43).⁵⁵

La eficacia del estereotipo, como expresión y simultáneamente como mecanismo reproductor de la desigualdad de género, radica en que permite depositar en diversas formas de identidad masculina *grupal* el origen de ciertas conductas (como la sexual), construyendo así a

⁵⁵ El número entre paréntesis, al final de los testimonios, corresponde al número de entrevista correspondiente.

los hombres como epifenómenos de fuerzas que les trascienden. Es un mecanismo de *explicación* que permite transferir al grupo de pertenencia la causa última de las conductas que, en contraste, a las mujeres se les demandan en lo individual. Esto es, se atribuye a la masculinidad (...*el problema del hombre...*), a la mexicanidad (...*del mexicano, sobre todo...*), y a las normas propias de esos contextos (...*es que tiene que demostrar su machismo...*) el origen de esa inclinación que lleva a algunos hombres a desentenderse del embarazo del cual son corresponsables. No sorprende, entonces, que junto con esa visión también dominante, que caracteriza a los hombres como depositarios de la *razón* y a las mujeres como depositarias de la *emoción* (Seidler, 2001), los médicos puedan sentenciar justo lo opuesto —sin advertir ninguna contradicción en ello— cuando se trata de la sexualidad: “los varones somos más irresponsables, más impulsivos, razonamos después” (E67). Acorde con esta percepción, estas “determinaciones” masculinas tienden a ser presentadas en los discursos como algo “dado” y, si bien pueden ser cuestionadas, al menos retóricamente, por los médicos, prevalece una visión rígida en la que una transformación de estas prácticas orientada hacia una mayor equidad se presenta como casi imposible:

...¿Qué pasa entonces? Que no estamos preparados para poder delimitar al hombre a su libre albedrío de hacer y deshacer, como que se le va, como que se siente menospreciado porque se le quita un poco ese ser animal superior sobre la hembra de ser el macho, que puede dejar en una, cuántas semillas va a dejar... (E42).

Estos esquemas de percepción y apreciación, que atribuyen a determinantes de orden supra-individual lo que ocurre con la sexualidad

masculina, corren paralelos, como decíamos antes, con aquellos que, mediante una operación inversa, localizan y focalizan en cada mujer la responsabilidad de los embarazos no deseados. Ello tiene una consecuencia inmediata: en los discursos de los médicos se aprecia una autopercepción del importante papel de los médicos en la educación reproductiva de las mujeres y en la imperante necesidad de ejercer influencia desde su profesión con este fin. Sin embargo, en los mismos discursos casi no se advierten expresiones que apunten en la dirección de reeducar a los varones.⁵⁶ Se trata de un eficiente mecanismo de disociación que oculta el doble estándar de apreciación que se aplica a hombres y mujeres. Al preguntarle si debería haber consecuencias para las parejas de las mujeres que son atendidas por un aborto en curso, un médico señaló (haciendo referencia a un caso específico):

También, deberían de haberlas, pero vamos, de ahí quizás la pareja no hubiera tenido tanta culpa porque agarró, tuvo relaciones con ella, se

⁵⁶ Desde luego, existen también narrativas en donde se comienza a vislumbrar la necesidad de que los hombres se involucren en la prevención de embarazos no deseados. Un médico enfatizaba la importancia de "...hacer conciencia de la planificación familiar, estamos hablando de que no va a haber abortos indeseados, no va a haber madres solteras embarazadas o madres abandonadas (...) conciencia exactamente en este punto determinante del varón, yo creo que sería mucho muy importante, o sea, como que meterlos más al aro a los hombres, para que empecemos a pensar que no sólo la mujer es la que debe de controlarse..." (E041: 1100-1110). No deja de ser significativa, sin embargo, que la incipiente conciencia que algunos médicos muestran sobre la necesidad de involucrar a los hombres se manifiesta entretrejida en un número de apreciaciones poco emancipadoras respecto de las mujeres, como la equiparación que se hace aquí entre madres solteras embarazadas, madres abandonadas y necesidad de "control".

embaraza y decide no casarse. Ella decide, lejos de afrontar las consecuencias de su irresponsabilidad, decide practicarse el aborto, pero quién sabe si con el conocimiento de su pareja... (E66).

Lo que queremos señalar es que estas “explicaciones” son ante todo elementos constitutivos de un esquema de percepción y apreciación que los médicos ponen en funcionamiento cada vez que se les presenta el caso de una mujer con un aborto en curso. A los ojos de los agentes, se trata de explicaciones que dan cuenta de las cosas que enfrentan en su práctica cotidiana. Desde una perspectiva sociológica, en cambio, se trata de mecanismos de expresión y de reproducción de una estructura caracterizada por la desigualdad de género, estructura que los médicos ven, inadvertidamente, reproducirse en su propio campo, y que incorporan a su *habitus* bajo la forma de predisposiciones para evaluar la realidad y actuar en ella. Por ello, pueden utilizarlas con naturalidad y, sobre todo, con *autoridad*, cuando se trata de verbalizarlas en busca de cierta articulación congruente ante la demanda de la entrevistadora. La ilusión de la transparencia nos llevaría a adoptar ingenuamente como verdad lo que su sentido literal transmite, o bien (si optáramos por limitarnos a usar en contra de los médicos lo dicho por ellos), nos daría “elementos” para hacer de los médicos los promotores de una visión jerarquizada de las relaciones de género. Lejos de ello, sostenemos que debemos interpretar tales expresiones como un eslabón de una cadena causal que tiene su origen último en la estructura de poder vigente en el campo médico. Desde esta perspectiva podemos apreciar mejor la doble verdad de la práctica médica, esa que le permite a la mayoría de los médicos ser responsables, honestos y bien intencionados en lo individual, pero que al mismo tiempo los tiene cumpliendo funciones

específicas en la reproducción de un orden social jerarquizado, desigual y autoritario.

Desde luego, la cuestión aquí es indagar de qué manera estos principios, que los agentes usan como explicaciones de lo que observan, son en realidad axiomas puestos de nuevo en circulación en la práctica, esquemas de percepción que regulan lo que los médicos hacen y dejan de hacer (es decir, percibir a las mujeres como agentes con una sexualidad regulable y educable, y actuar en consecuencia, por ejemplo, regañándolas, y percibir a los hombres como sujetos dominados por la fuerza indomable de la sexualidad y, también actuar en consecuencia, por ejemplo, dando por sentada la falta de corresponsabilidad de los hombres).

Los aprendizajes durante la formación escolar

Además de la permeabilidad que el campo médico demuestra con respecto de las estructuras y percepciones dominantes en la sociedad en general, debemos registrar también algunos de los principales mecanismos vigentes al interior del propio campo, en particular los que se asocian a la configuración de los esquemas de percepción y apreciación de las cuestiones relativas al aborto.

Destaca, en primer lugar, el hecho de que la mayor parte de los médicos entrevistados reporta que durante sus años de formación escolar el tema del aborto se abordó de manera sólo esporádica e irregular. Algunos comentan que sus maestros usaban videos del grupo Pro-vida con el fin de desalentarlos a participar en “este tipo de cosas”. Otros señalan que generalmente las discusiones al respecto estuvieron

impregnadas de orientaciones religiosas o éticas que impulsaban a cada uno a tomar una postura personal “de rechazo”. A través del conjunto de las entrevistas puede advertirse que, al margen de los aspectos clínicos —que de acuerdo con los entrevistados, casi no se revisan en el aula—, las clases sobre el tema del aborto constituyen básicamente la reproducción de una percepción conservadora —lejos de la orientación “científica” y “neutral” que la medicina moderna proclama como uno de sus principales atributos:

E: ¿El aborto en particular cómo es abordado en estas clases?

M: Lejos de abordarlo desde una perspectiva científica, muchas veces le dan una connotación religiosa, más que desde el punto de vista meramente científico, lo ven desde la perspectiva de la formación religiosa, que debería ser al contrario, deberíamos de fundamentar más la visión del aborto desde el punto de vista científico.

E: ¿Y esto a qué se deberá?

M: A la formación que hemos tenido toda la vida de estar sujetos a que Dios castiga, a que Dios no nos va a premiar por haber padecido, por haber sufrido, en las mujeres por haberlo sufrido, en el hombre por haberlo propiciado, entonces siempre se nos ha inculcado que eso es malo; bueno, en lo particular yo no hago los abortos provocados, porque fue lo que me enseñaron mis padres, y con eso me quedé y no debería de ser así (E66).

En segundo lugar, los médicos aprenden mediante la práctica, sobre todo en los años de internado, lo que “se debe” hacer (y lo que “no se debe” hacer) en torno de las mujeres que llegan con un aborto en curso, al mismo tiempo que —como lo muestra el testimonio anterior—

refuerzan lo que *se debe pensar* al respecto.⁵⁷ Se trata de un aprendizaje mucho más práctico que teórico y, por ende, mucho más espontáneo que reflexivo, de una forma dominante de percepción y apreciación del aborto que repercute en el tipo de servicios que se brindan a las mujeres. Este carácter *práctico* del aprendizaje en torno del aborto que exhiben los médicos se aprecia en la tendencia que exhiben muchos de los entrevistados a mostrar una actitud *defensiva* en sus respuestas, esto es, a deslindarse rápidamente de cualquier sospecha de que ellos podrían “estar a favor del aborto” en el debate social que existe en torno de este problema. Es decir, se aprecia en la necesidad que sienten de introducir una “reflexión”, no preparada, para una pregunta que no iba dirigida directamente a esclarecer su postura personal:

E: ¿Y durante la formación, qué pasa con el aborto, cómo se aborda?

M: Pues se aborda de muchas maneras, existen muchas, todo depende de la situación, nosotros por ejemplo, aquí como institución con respecto al aborto, pues son abortos que son necesarios porque las pacientes ya llegan con un aborto incompleto o una amenaza de aborto, o un aborto en evolución, entonces nosotros nada más realizamos lo que sería la culminación del aborto, que sería la limpieza de la matriz, pero aquí sí estamos un poquito a lo mejor, bueno,

⁵⁷ La ambivalencia manifiesta en este testimonio muestra la coexistencia de dos esquemas normativos jerarquizados en la percepción de los médicos. El entrevistado advierte que se sigue enseñando el tema con connotaciones religiosas en lugar de científicas, y señala que eso “no debería ser”. Inmediatamente reconoce que él mismo ha heredado una visión religiosa de sus padres (mediante la cual se instituye un deber ser específico), y vuelve a admitir que “eso no debería ser”. Se trata de un discurso que oscila entre la descripción de una práctica establecida y el intento por teorizar sobre ésta que impone la situación de entrevista.

desde mi punto de vista, un poquito descontentos con respecto a esto, porque yo no estoy muy a favor de lo que es la situación de donde hay aborto provocado, sobre todo cuando eres obligado, nadie te puede dar una pistola y decirte: “¿Sabes qué? ¡Mata a esta persona!”. Entonces actualmente la legislación ha cambiado un poco, aquí en [...] tenemos una obligación en los casos específicos de violación... en el Hospital General nos empezamos a ver vulnerables ante esta situación, tuvimos recién un caso que realmente nosotros no tenemos por qué llegar a bajar el switch al final de cuentas, si un juez te dice, o te traen una orden y te dicen “tienes que hacer un aborto”, pues serás un juez, pero yo no puedo dispararle a nadie, o sea, que porque fue un caso de violación, pues sí, pero es un ser humano, o sea, no porque haya sido por lo que haya sido, no quiere decir que tú tengas que quitarle la vida a alguien, entonces nos hemos visto un poquito presionados... (E64).

No desconocemos el derecho que asiste a cada médico de mantener una *objeción de conciencia* frente a la autorización que puede exhibir una mujer, expedida por un juez, para que se le practique un aborto. No es ese el punto. Lo que estamos tratando de mostrar aquí es únicamente el origen social de estas posturas, que derivan de la visión hegemónica sobre el aborto en nuestra sociedad, que con frecuencia se adquieren desde la infancia (como lo muestra el testimonio anterior), y que se refuerzan mediante el aprendizaje *práctico* (pre-reflexivo) en torno del aborto que caracteriza la formación de los médicos. Finalmente, los años de formación brindan también aprendizajes específicos relativos a la estructura de poder (poder simbólico, ante todo) que los médicos deben reconocer, primero frente a sus “superiores” y mentores, e *incorporar*, es decir,

inscribir en sus propios cuerpos, esto es, entrenar a sus cuerpos, emociones e intuiciones para que en su actuación reconozcan las jerarquías establecidas, como lo demuestra, en el testimonio que sigue, la alusión a la inclinación de la cabeza que el subordinado debe hacer ante un superior:

entonces tú vas a ver que llega este hombre que llegó hace rato a saludarnos (se refiere a un alumno que entró al consultorio unos minutos antes) y, o sea, muy educado, ¿no? Sorprende, ¿por qué? Porque para empezar él no me puede hablar de tú, yo sí se lo permitiría, pero en su formación él sabe que no. Él sabe que cuando me vea debe de hacer una especie de inclinación (inclinando un poco la cabeza hacia abajo): no hay ningún papel que diga eso, pero nosotros le debemos gratitud a todos nuestros maestros... (E49).⁵⁸

Y segundo, también ante las pacientes que están destinados a atender, y en el encuentro con las cuales se harán visibles y se reproducirán las jerarquías propias del campo médico y que estructuran los encuentros médico-paciente:

E: ¿Cómo se les enseña (a los alumnos) a manejar estos casos difíciles, por ejemplo, de las pacientes que no cooperan?

⁵⁸ “Todo hace suponer que las instrucciones más determinantes para la construcción del *habitus* se transmiten sin pasar por el lenguaje y la conciencia, a través de sugerencias inscritas en los aspectos aparentemente más insignificantes de las cosas, de las situaciones o de las prácticas de la existencia común: así, la modalidad de las prácticas, las maneras de mirar, de comportarse, de guardar silencio e incluso de hablar (‘miradas desaprobadoras’, ‘tonos’ o ‘aires de reproche’, etc.) están cargadas de conminaciones” (Bourdieu, 1999b, pp. 25-26).

M: Bueno, no existe una materia... sin embargo, hay pequeños tips que pues la experiencia le va dando a uno y a lo mejor en forma inconsciente uno les transmite a los jóvenes, como cómo comportarse ante un paciente. Te explicaba que el médico vende imagen, en términos generales, pero muy particularmente el ginecólogo vende imagen. Yo siempre les digo a mis alumnos: “para un grosero (ella) ya tiene uno en su casa para que todavía la trate uno mal, para que yo no huela bien, para que mi aliento no sea el adecuado, el tono de voz no sea el correcto, mi forma de vestir, de sentarme, de tocarlas; mi textura de mi piel no sea la adecuada para tocar un abdomen o un seno o un brazo o una pierna”. Entonces todo eso es imagen, el mismo consultorio, los diplomas que tengas. *Todo eso te da un puntito más allá del paciente.* Entonces la paciente ve y dice “mira, sí ha estudiado, tiene 20 diplomas”... *Eso hace que la paciente esté subyugada, ¿sí?* Subyugada en el buen sentido de la palabra, y sobre todo en el sentido de que va a ser una paciente más cooperadora, más obediente, más puntual, va a llegar a sus citas cada vez que la citas, *entonces vamos a cambiar el “subyugar”, va a ser una paciente cautiva, porque tú la cautivas, ¿no es cierto?* (E49).

Se trata de un saber práctico que rara vez es verbalizado en el contexto de una entrevista, lo que explica el tono de búsqueda por la mejor palabra (*¿subyugada? ¿cautiva?*) que exhibe el entrevistado para describir una situación que, por lo demás, conoce perfectamente en y mediante la práctica. Es un saber que entrena a los médicos en el reconocimiento de las jerarquías de su campo y en la reproducción de éstas frente a las pacientes.

Los aprendizajes *prácticos* durante la formación escolar y los años de internado y especialización, decisivos para explicar la forma en que los médicos abordan los casos de mujeres que se presentan con un aborto en curso, no son enseñanzas meramente intelectuales que puedan ser sometidas a la prueba de la lógica formal. Se trata más bien de aprendizajes que, en su mayoría, no están codificados en textos o manuales, como se señala explícitamente en el testimonio previo que hace alusión a la reverencia que deben los alumnos a sus mentores. Se trata de aprendizajes *prácticos* que admiten, como lo hemos visto, ambigüedades, ambivalencias y contradicciones, porque la práctica posee su propia lógica: “Es necesario reconocer a la práctica una lógica que no es la de la lógica, para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y condenarse así bien a extraer incoherencias, bien a imponerle una coherencia forzada” (Bourdieu, 1991, p. 145). La práctica médica es inteligible, ante todo, desde la perspectiva de una lógica práctica. Se trata de una práctica cuya coherencia se advierte sólo si se la analiza, como lo hemos venido haciendo, como producto de condiciones materiales específicas (*i. e.*, la estructura del campo médico y el *habitus* de los médicos), y, simultáneamente, como principio generador de nuevas prácticas, tales como las prácticas clasificatorias, como lo veremos en seguida.

Las luchas clasificatorias en la práctica médica

La práctica médica se sustenta sobre una doble verdad objetiva: por el grado de acumulación de conocimientos clínicos que ha logrado, por su nivel de especialización técnica, y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, *es una práctica*

profesional orientada a brindar servicios de salud a la población. Pero por el dominio que ejerce frente a otros saberes médicos alternativos, en alianza con el Estado que le ha provisto de la legislación y las instituciones adecuadas para garantizar su monopolio; por la estructura altamente jerarquizada que despliega el campo médico en su interior, no sólo en términos de género, clase y etnia, sino también por los ordenamientos, escolar y burocrático, que clasifica a los médicos según su grado de formación (pasante, médico general, residente de primer año, residente de segundo año, residente de tercer año, especialista), y según su grado de control sobre su propio trabajo y el de otros colegas (secretario de salud o director del IMSS; director de hospital, jefe de servicio, por ejemplo); y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica *es una estructura de dominación* a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación.

La mayoría de los médicos, como dijimos antes, suele no estar consciente del papel que desempeña la práctica médica como estrategia de dominación, y centran su atención en su práctica clínica. Esto es, usualmente se comprometen a fondo (y, aparentemente, de manera exclusiva), sólo con la dimensión *técnica* de su profesión. Pero no por ello dejan de estar activamente vinculados a la dimensión *política* de su quehacer (aunque no estén conscientes de ello). Justamente, como veremos ahora, las clasificaciones que hacen en relación con las mujeres que demandan atención por presentar un aborto en curso, constituye un área por excelencia para apreciar el origen y el alcance de esta práctica política.

Cabe advertir tres tipos de clasificaciones: *a)* de los abortos, *b)* de los signos y síntomas (incluyendo el dolor), y *c)* de las mujeres que son atendidas por aborto. Respecto de las clasificaciones que hacen los

médicos de los abortos, resulta reveladora la manera en que los entrevistados caracterizan los abortos inducidos:

E: ¿Es posible saber cuando se trata, a la hora de estar atendiendo a una paciente, si fue un aborto espontáneo o un aborto inducido?

M: Pues normalmente cuando se usan maniobras, maniobras ya *criminales*, nos damos cuenta, pero cuando es realizado por una persona que más o menos tiene el conocimiento porque hay huellas, hay huellas del pinzamiento del cuello, que normalmente cuando tú como médico o como médico *deshonesto*, normalmente dejas huella cuando tú haces un aborto o provocas un aborto, normalmente hay huellas en el cuello, básicamente, pero hay gente que toma tantas cosas que no nos damos cuenta, ninguna paciente va a decir: “yo me provoqué el aborto”, sino que trata de ocultarlo, entonces hay tantas cosas que se ponen o ingieren o toman que en un momento dado les puede producir la interrupción del embarazo que no nos damos cuenta, definitivamente (E57).

Lo que se evidencia, en un testimonio como el anterior, es la existencia de una doble verdad en términos sociológicos: una *descripción clínica* de ciertos signos que facilitan el reconocimiento de un aborto inducido, que se monta sobre una *práctica normativa* que, en tanto tal, prejuzga sobre el carácter moral de los actores (“criminales”, “deshonestos”). La mirada clínica necesita de la mayor cantidad de información posible (signos y síntomas) para orientar mejor sus decisiones; pero a esa misma mirada le resulta difícil desprenderse del tono de censura que se advierte en el testimonio anterior precisamente por la doble verdad (clínica-normativa) que la constituye. Diríamos, a primera vista, que los

entrevistados no pueden dejar de oscilar entre un discurso clínico y uno normativo. Hemos argumentado, sin embargo, que la estructura normativa es constitutiva de la mirada clínica. Y hemos ya identificado el origen social de esta perspectiva: los saberes prácticos de los médicos les son transmitidos en condiciones de marcada jerarquización social. Es decir, se trata de saberes que son reproducidos en condiciones idóneas para su incorporación acrítica y disciplinada.⁵⁹ En el caso de un tema sensiblemente cargado de significaciones y rodeado de controversias, como el aborto, esta mezcla clínico-normativa se vuelve evidente. De ahí la ambivalencia que transmiten las respuestas de los entrevistados que lo mismo adoptan un lenguaje médico que fiscalizador:

E: ¿Y hay alguna manera de saber cuándo se trata de un aborto espontáneo y cuándo de un aborto inducido?

M: Sí, no es que se sepa con certeza, pero hay veces que llegan con perforaciones uterinas, desgarros en la pelvis, de que por mucho la paciente no se las pudo haber hecho sola, o ya infectados, nos van guiando acerca de una cierta manipulación que hubo (E68).

⁵⁹ En una jerarquía, como la militar o la médica, no es fácil para los subordinados distinguir entre conocimientos y mandatos (u órdenes). La estructura jerárquica del campo médico le confiere un carácter particular a los conocimientos que se generan en su interior y que se transmiten a los aprendices: al no haber condiciones sociales para la crítica, los conocimientos son incorporados simultáneamente como saber técnico y como norma, como *descripción* y como *prescripción* del mundo. Esto es particularmente cierto para áreas muy disputadas socialmente, como el aborto. Véase, por ejemplo, Ellison (2003); Timpson (1996), y Rance (1999).

El carácter clínico-normativo, constitutivo de los esquemas de percepción y apreciación que los médicos ponen en juego frente a los diversos casos de aborto que se les presentan, explica que ellos, al sospechar de un caso de aborto inducido, perciban a las mujeres como probables culpables del estado en que llegan o como *presuntas responsables* de un delito. Por tanto, la búsqueda de señales, de mayor información para comprender mejor el caso, sirve tanto a la mirada clínica como a la normativa. El expediente clínico es un instrumento particularmente útil para este fin, pues constituye una herramienta de acopio de la mayor información posible: "...en el expediente hay una parte del mismo expediente que se llama Historia Clínica, la historia clínica es una investigación de todos sus antecedentes tanto hereditarios, personales, ginecológicos y del mismo padecimiento. Es una investigación..." (E57).

El *interrogatorio*⁶⁰ clínico es una de las técnicas que permiten completar la historia clínica de los pacientes. En su ejercicio se aprecia, por una parte, el permanente esfuerzo clasificatorio de los médicos, que les permite determinar (en ambos sentidos: "encontrar" y "definir") frente a qué tipo de mujeres y de abortos se hallan; y, por otra, se aprecia el carácter ambivalente de las prácticas médicas, pues la información que genera lo mismo sirve para fines clínicos que fiscalizadores:

⁶⁰ En una presentación preliminar de este trabajo, algunos colegas sudamericanos nos hicieron ver que la palabra *interrogatorio* posee connotaciones abiertamente represivas (policíaco-militares) en sus países, y sugirieron su reemplazo por otra menos agresiva. Sin embargo, un médico mexicano les señaló que dicha palabra es de uso común en el campo médico en nuestro país, porque carece de esa significación represiva. Nos parece que ambas posiciones son una clara expresión del *desconocimiento* (en el sentido activo en el caso sudamericano, en el sentido pasivo en el caso mexicano) que genera la mirada clínica sobre su componente normativo.

nosotros interrogamos a la paciente, habrá gente que nos oculte muchas cosas, (...) cuando uno hace el interrogatorio hay manera de cómo sacar las cosas, (...) existen las dos formas de interrogar a la paciente: cuál fue el motivo que la trajo aquí y qué es lo que ella espera. Hay mamás que desean el embarazo y hay mamás que no lo desean, pero sí existe, o sea, sí hay manera (de saber si era provocado)... (E65).

Este carácter ambivalente de la práctica clínica hace que en los interrogatorios se deslice incesantemente un tono amenazante, intimidatorio, que bajo la apariencia de un recurso estrictamente clínico (y que puede, efectivamente, ser vivido así por muchos médicos), reproduce, con su mera formulación, un conjunto de prácticas normativas destinadas a “llamar al orden” a quienes se han salido de él. Un médico señalaba, con respecto de las jóvenes menores de edad que acuden con complicaciones de un aborto:

muchas veces lo que hacen es tomar algún tipo de medicamentos y generan un aborto y ya llegan acá con su carita de zonzas: “empecé a sangrar”, “¿cuántos años tienes?”, “17”, “okey, el teléfono de tus papás”, “¿qué no nada más me tienen que hacer el legrado?”, “no, mi niña, eres menor de edad y te tenemos que meter al quirófano, pero me tienen que firmar tus papás...” (E49).

La forma extrema que adquiere este tono intimidatorio se refiere, desde luego, a la amenaza, por parte de los médicos, de denunciar ante el Ministerio Público los casos de aborto inducido (González, 1995). Si bien la mayoría de las veces los médicos prefieren ahorrarse el trámite de la denuncia, también es verdad que en ocasiones les conviene

“adelantarse a los hechos”, esto es, denunciarlo como medida precautoria frente a la eventualidad de una demanda por parte de las propias mujeres. Pero también esta medida de autoprotección, que puede ser esgrimida como tal genuinamente por parte de los médicos, tiene un carácter represivo y “normalizador”.

La observación clínica y el interrogatorio cumplen funciones complementarias y permiten a los médicos *verificar* los datos que recaban. Al hacerlo, sin embargo, reproducen la ambivalencia clínico-normativa (o médico-fiscalizadora) que estructura su práctica. De ahí la permanente sospecha con que conducen sus indagatorias: “...en nuestra práctica médica rutinaria hacemos una historia clínica y estamos hablando de un interrogatorio, y de una exploración y pueden engañarnos por interrogatorio pero por exploración conocemos algunos eventos, algunos signos o señales que pueden sugerirnos a nosotros que fue un aborto provocado...” (E50).

Las clasificaciones con que los médicos organizan su práctica para determinar si se trata de abortos espontáneos o inducidos alcanzan también a las propias mujeres que, de acuerdo con ciertos atributos y comportamientos, pueden ser identificadas como mujeres que deseaban el aborto (y que, por tanto, probablemente lo indujeron), o como mujeres que no deseaban el aborto (y que, por tanto, probablemente lo tuvieron de manera accidental). Desde la perspectiva de los entrevistados, las mujeres son clasificables en estos términos, en primer lugar, por la forma en que expresan su dolor:⁶¹ “...y también pues la paciente te dice cuando ella quiere el embarazo y que lo pierde, porque está

⁶¹ En este sentido, a partir del esquema biomédico, se les exige que la apariencia externa esté en armonía con la experiencia interna de dolor (Werner y Malterud, 2003).

inconsolable, está con un sentimiento de culpa de que a lo mejor ella por tomar algún medicamento, por no atenderse a tiempo, por no llevar un control de embarazo adecuado perdió al bebé...” (E65).

Esta perspectiva corresponde, desde luego, con una expresión *virtuosa* del sufrimiento, es decir, con una forma de expresar dolor por parte de las mujeres que se ajusta al conjunto de expectativas normativas constitutivas de los esquemas de percepción vigentes en la práctica médica. Lo contrario, la serenidad frente al episodio, puede ser percibido como un indicio de que el aborto pudo haber sido inducido:

M: ...hay pacientes que lamentan la pérdida si son embarazos deseados y se percibe su pesar, pero ha habido casos en que es un alivio para ellas, se percibe como que era una carga para ellas.

E: ¿Cómo?

M: Un alivio para ellas, sí, porque se quitan la carga de un embarazo no deseado (E63).

Las expresiones de “tranquilidad” son vistas por algunos médicos como señales de que las mujeres deseaban o habían provocado el aborto. Tanto el dolor “inconsolable” de algunas mujeres, como el “alivio” que manifiestan otras, son percibidos como datos clínicos que emergen directamente de cada caso. Pero no hay datos puros. Lo que los médicos no suelen constatar es el carácter profundamente social de las interpretaciones que hacen de estos “datos”, interpretaciones cuya génesis se puede rastrear en la estructura del campo médico incorporada, en el *habitus* de los entrevistados.

En otros casos hay que apreciar, como lo hicimos al comienzo de esta sección, cómo la descripción que hace el entrevistado está

constituida simultáneamente por datos derivados de la observación (si lloran o no) y del interrogatorio (pregunta sobre número de embarazos previos), y por datos *imputados*, como la vida de “promiscuidad” que se presume llevan las mujeres que abortan, o el carácter “habitual” que éstas confieren a sus abortos:

es mínimo el porcentaje de personas que, con un aborto, sentimentalmente expresan su decepción o lloran, por así decirlo, o sea, lo toman como un proceso normal; ya analizando la historia (clínica), se ve que ya llevan dos o llevan toda una vida de promiscuidad, o sea, lo toman como muy habitual, de hecho, cuando se les pregunta: “¿cuántos embarazos ha tenido?”, no toman el aborto como un embarazo, se sale fuera, eso lo consideran aparte, por eso siempre se les pregunta cuántos embarazos ha tenido y si ha tenido un aborto, porque muchas mujeres no lo toman como embarazo... (E68).

Al *denunciar* que las mujeres que abortan suelen hacer de ésta una práctica “normal”, el entrevistado hace referencia, por implicación, a la normalidad que, desde su punto de vista, no admite denuncia por ser la establecida: la de las mujeres que lamentan la pérdida de un embarazo, la de aquellas que no viven “en promiscuidad”. Se trata de una percepción que es claramente también una *apreciación*: una descripción que es también una *prescripción* sobre la normalidad de las cosas, sobre su deber ser. En el mismo tenor, las mujeres (y, por extensión, el tipo de aborto que presentan) son clasificables, *a posteriori*, según sus antecedentes en la materia:

mira, son mujeres que habitualmente en la adolescencia vivieron esa situación, provocaron el aborto, salieron de su problema en ese momento (...) como rutina les tienes que preguntar, “yo empecé a los 14 años”, “¿y

cuántas parejas?”, “cinco”, “¿has tenido un aborto o has tenido abortos?”, “sí”, “¿hace qué tiempo?”, “hace cinco años”, “¿y qué pasó?”, “fue provocado”, y ya ahí queda, entonces tú te das cuenta que esa muchacha ya tiene cinco parejas, anduvo de allá para acá y metiéndose con fulano de tal y que en una de esas se embarazó y tuvo la necesidad de inducirse el aborto... (E43).

La mirada clínica-normalizadora suele percibir regularidades incluso en las condiciones sociales en que las mujeres llegan al hospital. Las mujeres pueden llegar al hospital acompañadas de sus parejas (novios, compañeros, esposos), o pueden llegar acompañadas de otros familiares o de alguna amistad. Mientras menos “formal” es la pareja con la que llegan, más susceptibles son las mujeres de ser clasificadas como mujeres que provocaron el aborto. Esto es, en unos casos se presume “solidaridad” de la pareja formal ante un embarazo perdido espontáneamente. En otros casos se presume “complicidad” del novio o de los familiares o amigos ante un aborto inducido. El lenguaje de la virtud, de la moral burguesa que propugna que toda pérdida de embarazo debe ser dolorosa emocionalmente (porque todo embarazo debe ser deseado, o al menos aceptado), se refleja constantemente en las narraciones de los médicos, donde se evidencia un notable paralelismo entre el lenguaje del entrevistado y el lenguaje religioso con que se habla de “caer en pecado”:

E: ¿Y en estos casos, posteriormente a que se atienden, a estas mujeres se les plantea la posibilidad de algún método anticonceptivo?

M: Definitivamente, pues lamentablemente *hay gente que cae una vez y cae otra y así*, entonces definitivamente nosotros estamos conscientes de eso, hacemos hasta lo imposible porque se lleve un método (E57).

Lo mismo ocurre con el carácter normalizador de la mirada médica. Las situaciones que constituyen una transgresión al orden prescrito, tales como no tener una pareja formal, u optar por ser madre soltera, o bien, no contar con “educación suficiente”, se asocian más fácilmente con la posibilidad de abortos inducidos:

Aquí las pacientes casi llegan que son parejas informales, que son novios, que la persona es madre soltera, o que la persona es viuda, o sea, que no tiene una pareja formal, y es ahí donde llega el paciente pidiendo una solución a los embarazos de temprana edad, que serían del primer trimestre, y aquí lo que quieren es ellos evitar el nacimiento para hacer un compromiso porque normalmente son personas jóvenes o madres solteras o personas que tienen entre dieciséis y veinticinco años (...) es gente que no tiene una preparación porque si tuviera un poco más de cultura, preparación, no solicitaría este método porque es un riesgo también para la vida de la paciente... (E65).

No sorprende, entonces, que la práctica profesional de los médicos que atienden a mujeres por complicaciones de aborto muestre constantemente un perfil entre paternalista y autoritario. En el lenguaje de los médicos entrevistados es posible identificar diversas actitudes punitivas hacia las mujeres que se expresan sobre todo mediante el uso de regañones y amenazas (y que pueden incluir, como dijimos antes, la denuncia legal frente al Ministerio Público). Al describir la atención que brindó a una joven, un médico narra:

(llegó diciendo) “ay, doctor, ayúdeme por favor”, “¿qué te pasa, m’hija?”, “es que vengo sangrando”, pálida completamente, ya casi se *shockeaba*. La canalicé y todo eso, lo bueno es que llegaron sus patrones y la salvamos.

Entonces, ese tipo de cosas pues sí me impactó y le dije: “es que *nunca vuelvas a hacerme eso*, opérate si ya no quieres tener hijos, incluso usa métodos anticonceptivos si tienes relaciones sexuales”; no quería que se enterara la mamá, madre soltera con dos hijos... (E41).

La doble verdad de la práctica médica se vuelve evidente en un testimonio como el anterior: hay médicos que reaccionan con un genuino sentimiento de miedo e indignación frente a pacientes que “no se cuidan” (primera verdad). Al expresar dichos sentimientos, sin embargo, utilizan y reproducen una estructura jerárquica que les permite hablar en tono paternalista, que a la vez sirve de vehículo para la transmisión de “recomendaciones” que no son fácilmente distinguibles de una “orden” propiamente como tal (segunda verdad), como lo sugiere la expresión “*nunca vuelvas a hacerme esto*”.

En síntesis: el discurso de los médicos contiene las claves que delatan la *posición* (objetiva) dentro del campo médico, desde la cual hablan, y la *toma de posición* (subjetiva) que adoptan desde ella. En tanto agentes sociales, es decir, actores profundamente comprometidos con lo que está en juego en el campo, los médicos están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación cuyas estrategias de reproducción impactan más allá del campo médico, pues involucran a la sociedad en su conjunto.

Conclusión

El encuentro entre médicos y pacientes en torno de abortos en hospitales públicos se caracteriza por la violencia simbólica que los primeros

ejercen sobre las segundas. Como se ilustró en un testimonio, con anterioridad, existe un conjunto de símbolos que incluyen el uso de la bata blanca y el estetoscopio colgado al cuello, los diplomas exhibidos en el consultorio, el uso de un lenguaje técnico que con frecuencia resulta incomprensible para las mujeres y que, por lo mismo, posee un poder performativo indiscutible;⁶² la apariencia física y los modales, y muchos otros *detalles* más, constituyen expresiones de una forma de poder que resulta altamente eficaz precisamente porque es reconocido por las pacientes como legítimo: éstas, en efecto, terminan en una relación de subyugación o cautiverio, como bien decía uno de los entrevistados, pues reconocen en los médicos una forma de autoridad que les es exclusiva. En ese contexto, las clasificaciones que hacen los médicos en torno del aborto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder, profesional y de género, de la cual los médicos forman parte; esto es, como producto de las relaciones de fuerza que estructuran el campo médico.⁶³ Ello significa que las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres que solicitan atención por un aborto en curso, están lejos de ser meras “etiquetaciones”, como querrían los teóricos de la etiquetación, o meras proyecciones prejuiciadas individuales (Scott, 1970). Por lo contrario, poseen toda la fuerza que caracteriza a la *acción pedagógica*, en tanto que constituyen definiciones de la realidad

⁶² El lenguaje utilizado por los médicos y las clasificaciones que formulan poseen fuerza performativa: instituyen la realidad, la crean, la definen, en un ejercicio de fuerza que termina imponiéndose sobre las definiciones subalternas de las pacientes.

⁶³ “Las taxonomías prácticas, instrumentos de conocimiento y de comunicación que son la condición de la constitución del sentido y del consenso sobre el sentido, sólo ejercen su eficacia estructurante en tanto que ellas mismas están estructuradas” (Bourdieu, 1991, p. 159).

formuladas desde una posición de poder y sirven para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen (Bourdieu y Passeron, 2005).

La frecuente asociación que hacen los médicos entre abortos inducidos y la noción de “caos” o “desorden”, expresada, por ejemplo, con la idea de “vivir en promiscuidad” o “dedicarse a la prostitución”, o incluso “madres solteras” (expresión que nunca logra formularse sin una pesada carga peyorativa), que imputan a algunas de las mujeres que atienden, es reflejo de la estructura de valores —normada y normativa— constitutiva de sus *habitus* y que a la vez estructura sus esquemas de percepción y apreciación: derivado de un *orden* social específico, expresado en la estructura vigente en el campo médico, con ese *habitus* no se puede sino percibir como *desorden* lo que no se ajuste a él, al menos en términos del deber ser.

El análisis sociológico que hemos propuesto acerca de las descripciones y clasificaciones que hacen los médicos de sus encuentros con mujeres con un aborto en curso, nos permite alejarnos de cierto estilo de *análisis* que, al tomar al pie de la letra los testimonios de los entrevistados, termina reduciéndolos a cuasi-verdugos o agentes intrínsecamente mal intencionados. Con el enfoque adoptado aquí podemos apreciar de qué está hecho el *profesionalismo* de los médicos, que es menos una virtud moral abstracta y más una práctica socialmente constituida, esto es, un objeto de estudio igualmente importante para la ética crítica y para la sociología. A pesar de la doble dimensión —clínica y política— que constituye su práctica profesional, los médicos suelen ser conscientes sólo de la primera, como resultado del efecto invisibilizador que su propio *habitus* impone sobre la segunda.⁶⁴ Y sin embargo, no son menos

⁶⁴ El carácter político de muchas de sus interpretaciones es clave para identificar los mecanismos sociales que deben desmontarse para lograr un cambio.

activos como *empresarios morales* (Freidson, 1982) y como actores en la parte política y normativa. La sociología nos permite acceder científicamente a estas verdades y evidenciar el carácter infinitamente más “social” de los actores y de sus prácticas, de lo que quizás ellos mismos querrían enterarse.

Como lo señalamos desde un principio, no sostenemos aquí que como la práctica médica *en general* es autoritaria, también lo es cada médico *en particular*. Entenderlo así sería apartarse del enfoque sociológico que defendemos aquí. Al nivel del estilo personal de interacción con sus pacientes, cada médico presenta atributos específicos que nos permitirían clasificarlos como más o menos democráticos, o como más o menos autoritarios. Lo que estamos sosteniendo aquí es que, precisamente por la doble verdad que caracteriza a la práctica médica, incluso aquellos médicos que en lo personal son más igualitarios y amables en su trato, son partícipes de un sistema autoritario que se expresa y se reproduce en el profesionalismo que muestran en su desempeño. Esto último es lo que nos permite entender que la posibilidad de una verdadera transformación del autoritarismo médico no radica sólo ni principalmente en el desarrollo de programas de “sensibilización” de los médicos en lo particular —no es nada más un problema de psicología laboral—, sino que depende ante todo de la correcta identificación de los mecanismos sociológicos que articulan la lógica del campo en su conjunto.

En el capítulo que sigue mostraremos que las mujeres perciben con claridad la desigual distribución de poder que estructura sus encuentros con los médicos cuando acuden en busca de atención con un aborto en curso, y evitan *activamente* cualquier intento de culpabilización y, por ende, de estigmatización, que puedan recibir de parte de los médicos, si son “acusadas” de haber provocado el aborto o de

haber perdido el embarazo por no haber tenido los cuidados suficientes. Documentaremos en seguida las diversas formas de resistencia que despliegan las mujeres frente al poder de las clasificaciones médicas que hemos analizado aquí.

El análisis subsiguiente permitirá seguir confirmando la hipótesis de que la vigencia de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (en el marco de sus encuentros con médicos en el área de gineco-obstetricia) es más probable en aquellos casos en los que los médicos perciben una mayor consistencia entre su diagnóstico del caso y sus propias expectativas normativas (que a la vez son producto de los esquemas de percepción y apreciación del mundo); y a la inversa, que la violación de derechos reproductivos es más probable en contextos donde se produce un desencuentro entre los “datos” clínicos y la interpretación médica que se hace de ellos, y las expectativas normativas con las que funcionan los médicos. Es decir que, sin menoscabo de la responsabilidad individual en que incurre cada profesional por sus actuaciones en el ámbito de su desempeño laboral, al igual que el “profesionalismo”, la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el contexto hospitalario es ante todo un efecto de la propia estructura de poder del campo médico y un objeto de estudio perfectamente pertinente para las ciencias sociales.

Capítulo IV

La resistencia de las mujeres: estrategias de manejo ante un aborto “espontáneo”

Introducción

Las condiciones en la atención del aborto y sus efectos para la salud de las mujeres, así como las experiencias subjetivas de estas últimas en torno a ello dependen claramente del contexto político, legal y sociocultural que existe en un país dado en relación con este problema (Rylko-Bauer, 1996; Harden y Ogden, 1999). En la mayoría de los países pobres o en desarrollo existen leyes que penalizan la práctica del aborto, lo que obliga a las mujeres a practicarse abortos en la clandestinidad y, con frecuencia, de manera insegura. Las mujeres sin recursos de estos países son quienes recurren con más frecuencia al aborto inseguro y son las que nutren la lista de mujeres muertas por complicaciones de un aborto (Birth Control Trust, 1998; UN, 1995; Henshaw, Singh y Haas, 1999; AGI, 1994). La restricción legal inhibe la existencia misma de servicios para la atención del aborto, o bien, crea barreras legales, administrativas, políticas y/o sociales que dificultan el acceso a los servicios existentes.

En México, como en muchos otros países, el tema del aborto está altamente politizado, es decir, es objeto, como pocas otras cosas, de feroces y encarnizadas luchas. De hecho, sociológicamente cabría explorar la existencia del *subcampo* del aborto, que incluiría al conjunto

de instituciones y actores sociales que luchan por imponer la definición legítima del aborto, con la estructura axiológica, el marco normativo y legal, y las conductas socialmente plausibles que le son concomitantes. Así, el *subcampo* del aborto estaría formado por el conjunto de iglesias cristianas, dentro de las cuales la católica es la predominante y hegemónica, y que propugnan por una interpretación religiosa en esta materia, y por ende totalmente prohibitiva en cuanto a su práctica; por las organizaciones civiles cercanamente vinculadas a dichas iglesias, como Pro-Vida y similares; por las organizaciones totalmente opuestas a aquéllas, que impulsan una comprensión científica del problema y defienden el derecho al aborto para toda mujer que lo desee, como GIRE, SIPAM, IPAS y similares; por los representantes de los diversos partidos políticos en los congresos estatales y nacional, que tienen en sus manos el poder de legislar en la materia; por las instituciones de impartición de justicia que tienen en sus manos el poder de juzgar tanto la constitucionalidad de las leyes sobre esta materia (en el caso de la Suprema Corte de la Nación) como la punibilidad de las conductas de las personas que son demandadas por asuntos relacionados con el aborto (en el caso de los tribunales del fuero común y de alzada); por los prestadores de servicios de salud, fundamentalmente médicos y enfermeras, que deben atender a las mujeres que presentan un aborto “espontáneo”, así como prestar servicios de interrupción del embarazo ahí donde ésta sea legal, o sea ordenada así por un juez; por las diversas organizaciones profesionales, gremiales, científicas, educativas y políticas que tienen intereses ideológicos, políticos o comerciales en esta lucha (colegios de médicos, de abogados y de científicos; despachos de asesoría legal, clínicas y hospitales, entre otros); y, desde luego, por las mujeres y los hombres que directa o indirectamente se ven afectados en cuanto a sus

márgenes de acción en relación con el aborto, en función del curso y del carácter que asumen las luchas dentro de este subcampo.

En ese marco, es posible interpretar mejor los cambios legislativos en materia de aborto ocurridos en México sobre todo a partir de abril de 2007, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) aprobó la despenalización total del aborto hasta las doce primeras semanas de gestación y estableció el marco legal respectivo para que dicha interrupción legal del embarazo sea parte de los servicios que ofrecen los servicios de salud de esta entidad federativa. El carácter profundamente agonista de estos cambios quedó evidenciado cuando desde el gobierno federal y la Comisión Nacional de Derechos Humanos se promovieron sendas controversias constitucionales que la Suprema Corte de Justicia desechó; pero sobre todo cuando, como consecuencia de este cambio en el Distrito Federal, se impulsaron y aprobaron legislaciones regresivas en materia de aborto en las constituciones locales en 17 de las 32 entidades federativas del país, en las que se estableció el derecho a la vida desde el momento de la concepción (GIRE, 2013; Myers y Seif, 2010).

El aborto en México es un delito que se regula a nivel local, con causales de exclusión de responsabilidad que dependen de la entidad federativa: cuando ocurre sólo por la imprudencia de la mujer embarazada (en 30 estados), o bien, que se realice para salvar la vida de la madre (en 25 estados), o cuando el embarazo es producto de una violación sexual (en todo el país). Algunos estados del país despenalizan otras causales como la existencia de malformaciones graves en el feto (en 14 entidades) o que el embarazo ocasione grave daño a la salud de la mujer (en 13 entidades), inseminación forzada (en 11 entidades) y por causas económicas cuando la mujer tiene al menos tres hijos (sólo un estado) (GIRE, 2013). Además, la normativa de la mayoría de los estados carece

de perspectiva de género y de bases científicas; por ejemplo, en más de diez estados se refieren a la mujer que aborta como “la madre” (GIRE, 2013). En la entidad federativa donde llevamos a cabo este estudio, en el año 2000 se hicieron reformas a la ley para incorporar los problemas de malformaciones graves del feto como una causa que permite la autorización del aborto y se estableció la obligatoriedad de las instituciones públicas de salud de realizar la interrupción del embarazo en todos los casos previstos por la ley (*Periódico Oficial “Tierra y Libertad”*, 2000, p. 2); y en 2008, los diputados estatales aprobaron la mencionada contrarreforma que consistió básicamente en el reconocimiento como persona con todos los derechos al embrión desde el momento de la concepción. No obstante, en el país, el acceso de las mujeres a las causales legales de aborto es muy precario o nulo, salvo en el Distrito Federal, lo que en la práctica se traduce en una obvia dificultad para practicarse un aborto incluso cuando se cuenta con la autorización legal correspondiente (GIRE, 2013; 2000a; 2000b; Poniatowska, 2000).

Junto a esta condición de restricción legal y administrativa, existe en México un complejo ambiente social y moral en torno del aborto. Una serie de encuestas mostraron que, *a nivel personal*, la mayoría de la población mexicana considera que la decisión de interrumpir un embarazo debe residir en la mujer y su pareja (GIRE, 2000a; Population Council, 2001). Sin embargo, *en el nivel de lo público* prevalece un discurso que condena el aborto y que busca identificar como criminales a las mujeres que interrumpen un embarazo y a quienes les apoyan. A través de los medios, la Iglesia y organizaciones conservadoras como el Comité Nacional ProVida (hoy Cultura por la Vida) y la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) difunden imágenes estereotipadas negativas de las mujeres que se presume tienen alguna responsabilidad

en la interrupción del embarazo. Se trata de las mismas instituciones y actores sociales que lideran las acciones y discursos en contra del libre ejercicio de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

En México, las consecuencias de este discurso hegemónico culpabilizador alcanzan a todas las mujeres que sufren complicaciones por un aborto, sea inducido o espontáneo, y que se ven forzadas a acudir en demanda de atención médica, principalmente en las instituciones públicas de salud. Toda mujer que llega a un hospital público con un proceso de aborto es “sospechosa” de haber realizado acciones dirigidas a finalizar el embarazo (Valle Gay, 1994; Erviti, 2005), especialmente cuando el aborto cursa con un proceso infeccioso y la mujer presenta determinadas características consideradas “típicas” de las mujeres que abortan, tales como un bajo nivel socioeconómico y un alto número de hijos, o bien, una edad menor a los 20 años. La calidad de la atención que reciben, así como la clasificación que “merecen” como personas depende de la etiquetación inicial que haga el personal de salud sobre ellas en términos del tipo de aborto que presentan: espontáneo o inducido, es decir: legítimo o ilegítimo (Roth, 1986; Rance, 1997a y 1997b; González de León, 1994). Ello, como veremos, obliga a las mujeres a desplegar una serie de estrategias orientadas a presentar su caso lo mejor posible para sobrevivir en este contexto socialmente hostil, con el fin de alejar de sí toda sospecha de que ellas hayan podido tener alguna responsabilidad en la producción del aborto.

El aborto en México

Tradicionalmente, el interés de los investigadores en México y América Latina ha sido el de determinar la magnitud del problema (Llovet y

Ramos, 2001), así como el de señalar las graves consecuencias que éste tiene en términos de morbi-mortalidad materna.

A pesar del contexto que rodea al aborto, cada año un importante número de mujeres mexicanas opta por la interrupción de su embarazo. La legislación restrictiva y los obstáculos para el acceso al aborto —en relación con las barreras legales-administrativas, médicas, económicas y socioculturales (estigma) (Fawcus, 2008; Grimes, 2003)— contribuyen a que un gran número de mujeres mexicanas se exponga a los riesgos en salud derivados de los abortos inseguros (clandestinos). Las limitaciones legales y la clandestinidad dificultan el conocimiento tanto del número de abortos que ocurren en el país como de su clasificación entre “inducidos” y “espontáneos”. En 2009, se estimó que la tasa de abortos inducidos fue de 38 por cada 1,000 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 44 años, lo que representa una cifra anual superior al millón de mujeres (1,025,669 abortos inducidos) (Juárez y Singh, 2012), cifra que se ubica entre las más altas del mundo. En 2010, el aborto representó 11% de las muertes maternas en México (GIRE, 2013). Sólo una de cada seis mujeres que se realizan un aborto clandestino busca u obtiene atención hospitalaria, el resto permanece sin atención adecuada (Juárez y Singh, 2012; GIRE, 2013) Además, muchas mujeres mueren por complicaciones de un aborto, lo que representa 11% de las muertes maternas y esta causa ocupa el cuarto lugar de muertes maternas en México (GIRE, 2013). Asimismo, las mujeres que se someten a procesos de aborto clandestinos se exponen a ser sujetas a procesos penales.

En México hay un acceso desigual a la atención en salud de acuerdo con el lugar de residencia. Las personas con escasos recursos sólo tienen acceso a los servicios públicos otorgados por la Secretaría de Salud, de forma que las personas atendidas en estos servicios de asistencia

pública pertenecen a los grupos más marginados de la sociedad. Esta desigualdad se manifiesta también en el acceso a servicios de aborto seguro, aun en la clandestinidad, y en la atención de las complicaciones de un aborto, lo que hace que el tema del acceso al aborto sea un problema de justicia social y de discriminación de género (GIRE, 2000a). Se ha documentado que las mujeres pobres con bajo nivel educativo e indígenas tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres con más recursos, más educación y que no pertenecen a etnias indígenas. En cuanto al lugar de residencia, las mujeres que viven en los estados más pobres del país tienen más riesgo de tener un aborto inseguro y, por tanto, mayor probabilidad de morir por complicaciones de un aborto que las mujeres que viven en áreas de baja marginación (Sousa, Lozano y Gakidou, 2010).

Por otra parte, se han publicado diversos trabajos que exploran el significado del embarazo no deseado y el aborto inducido en diversos sectores sociales. Uno de los aportes más relevantes de estos estudios es que muestran a las mujeres que abortan como agentes sociales *activos*, es decir, capaces de discrepar respecto de la ideología y los valores morales dominantes, y de decidir de manera individual sobre la interrupción del embarazo, aun al costo de optar por servicios clandestinos poco seguros (Rivas y Amuchástegui, 1996; Mora, 1994; Rance, 1994; Cardich, 1994; Cardich y Carrasco, 1993).

Otros estudios han mostrado la influencia del contexto, de la sanción moral, social y legal en la experiencia del aborto y que frente a esto es difícil que la mujer admita, o reconozca incluso para sí misma, su deseo de interrumpir un embarazo. Por ejemplo, un estudio realizado en Bolivia muestra que las mujeres anhelan y buscan el “fracaso” del embarazo, o un “aborto natural” mediante prácticas que implican gran

riesgo para la propia salud antes de recurrir directamente a un aborto provocado que se considera “anormal” y que conlleva sentimientos de angustia, culpabilidad y riesgo de castigo (Rance, 1994, p. 28).

El hecho de que las mujeres internalicen las concepciones morales y éticas de la sociedad que condena el aborto (transmitidas por la educación y a través de los medios de comunicación masiva) no evita que aborten en caso de decidirlo así, ya que pesan más las *consideraciones concretas* que se experimentan en el momento de hacer frente a un embarazo no deseado, que las *normas abstractas* que existen en torno de estas circunstancias (Mora, 1995). De esta forma, legitiman para sí mismas el aborto pero, al mismo tiempo, apoyan públicamente el discurso represivo que existe sobre él.

Un estudio realizado en Brasil con mujeres que solicitaban atención en un hospital público por complicaciones de un aborto inducido, mostró que las mujeres recurren a diversas estrategias para hacer frente a los discursos dominantes que condenan a las que abortan. A través del uso de remedios de la medicina tradicional y otros saberes populares acerca de la regulación de la menstruación y la reproducción, expresan en forma velada su disenso de la ideología hegemónica acerca de la ilegalidad y la inmoralidad del aborto inducido (Nations, Misago y Fonseca, 1997).

Otros estudios han documentado el papel de la profesión médica en la reproducción de los discursos sociales que condenan el aborto, a través de su interacción con las mujeres en el consultorio (Rance, 1997a, p. 17). Desde esta posición, se ha mostrado cómo la terminología médica está permeada por categorías morales, como es el caso de la clasificación médica entre “aborto espontáneo” y “aborto inducido”. Ambos están claramente asociados al discurso moral dominante: libre de culpa el primero, culpabilizador el segundo; y, por ende, asociados a la sospecha

respecto de la veracidad del relato de una mujer que arguye que el suyo ha sido un aborto espontáneo. El poder de tales discursos influye negativamente en la disponibilidad y calidad de la atención que se brinda a las mujeres que acuden a los hospitales con abortos incompletos.

Sin embargo, un aspecto que ha sido ignorado hasta hoy es el que se refiere al estudio de los significados del aborto en el contexto de *abortos espontáneos* (o que se presentan como tales) en países con legislación restrictiva para la práctica del aborto. Como hemos señalado, los abortos espontáneos en México están lejos de ser no-problemáticos. Bien porque sobre las mujeres pesa el mandato de que todo embarazo debe llevarse a término, y por tanto, cada mujer es responsable si ello no ocurre así; o bien, porque la categoría de aborto espontáneo es un espacio donde muchas mujeres que han tenido un aborto inducido buscan refugiarse, manejando la información convenientemente, con el fin de evitar los concomitantes procesos de estigmatización y culpa. En este capítulo nos centramos en las experiencias de mujeres con abortos “espontáneos”. Buscamos mostrar precisamente que tales experiencias no sólo no son “no problemáticas”, sino que además exigen de las mujeres un trabajo activo para presentar y, por tanto, legitimar su aborto como espontáneo, disminuyendo así en lo posible cualquier sospecha de responsabilidad de su parte.

Hallazgos

El contexto social de las mujeres: cautiverio y aislamiento

La mayoría de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio transmitía en sus narraciones una visión del mundo y de sí mismas en la que

parece contarse con un proyecto de vida centrado en la vida dentro del hogar. Tanto el matrimonio como la maternidad son vividos con una sensación de “cautiverio”, tal como lo refleja el siguiente testimonio: “Desde que me casé ha sido un martirio para mí, no salgo para nada, me he dedicado mucho a mi bebé, a mi familia, pero así a disfrutar, no he salido hasta la fecha...” (E011).

“Cautiverio” es una categoría política que remite a un espacio de poder y conformada en la historia de opresión de las mujeres; “las mujeres están cautivas porque han sido privadas de autonomía, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de la posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir” (Lagarde, 1990, p. 165). La base del cautiverio de las mujeres es la participación desigual en la reproducción social y cultural de la vida, desde la subalternidad, apuntalada por el dominio de los otros. En el grupo de mujeres de esta investigación, la mayoría no realizaba tareas remuneradas, fuera ni dentro del hogar, y sólo siete contaban con recursos propios por las actividades laborales remuneradas fuera del hogar, la mayoría como trabajadoras domésticas.

Las razones señaladas por las mujeres para explicar por qué no realizan un trabajo remunerado tienen que ver con una división social del trabajo basada en los roles de género (el hombre como proveedor y la mujer como cuidadora del hogar), ya que por una parte se necesita quién cuide de los hijos, pues no tienen acceso a guarderías y, por otra parte, se presenta la resistencia de la pareja a aceptar que la mujer tenga un trabajo remunerado fuera del hogar: “Yo le dije (a la pareja) que quería trabajar, que si trabajo para mí y él trabaja para él. Me dice, ‘No, mejor no, no quiero que trabajes, lo que te haga falta yo te lo traigo’. Y no quiere que trabaje...” (E49).

He aquí claramente expresados los roles de género, donde el hombre se obstina en su papel de proveedor aun cuando con los recursos que aporta al hogar no resuelve las necesidades más básicas. Por otra parte, la invisibilidad del trabajo de las mujeres en el hogar, el hecho de que éste no sea pagado, unido a la escasez de recursos, en la mayoría, las margina totalmente en las decisiones y elección de los consumos. De esta manera se reducen los márgenes de autonomía que tienen. Ante la pregunta de qué decisiones pueden tomar solas, las respuestas se sitúan entre qué comer o cómo vestirse: "...cómo vestirme, qué hacer para comer, cómo arreglarme yo misma, nada más..." (E05). "...pues ahorita no puedo decidir nada sola porque él es mi pareja" (E014).

Esta condición de poca autonomía en la vida de estas mujeres influye en su manejo de cualquier situación adversa. El sentimiento de mujeres cautivas se refuerza tanto por las dificultades objetivas que enfrentan muchas de ellas para tomar una decisión de separación de la pareja, incluso en casos graves de violencia doméstica (una de cada cinco mujeres entrevistadas narra problemas de violencia de la pareja), como por el temor que muchas de ellas experimentan de tener que enfrentar una nueva identidad de "mujer separada", que también está estigmatizada y que requiere de estrategias y recursos específicos para enfrentarla: "¿cómo voy a enfrentar que lo abandoné?" (E47).

La escasez de recursos económicos muchas veces se asocia a una vida social limitada. En otro trabajo hemos documentado que también se trata de mujeres cuyas redes sociales son más bien pobres y poco funcionales (Castro y Erviti, 2003a), que vivían en áreas marginadas de la ciudad o del medio rural, muchas veces con problemas de accesibilidad geográfica y/o económica a los servicios de salud. La doble marginación —de pobreza y género— impone a veces un enorme aislamiento, dando

lugar a personas dedicadas casi en exclusiva al hogar y con escasas posibilidades para movilizarse, mantener relaciones sociales y buscar servicios de salud, entre otras limitaciones.

Estrategias de supervivencia moral ante un aborto

El análisis de las narrativas pone de manifiesto el enorme esfuerzo que despliegan las mujeres para escapar a los intentos de culpabilización, tanto por no haber prevenido el embarazo como por haber inducido el aborto.

Aceptación de las normas sociales: los cuidados del embarazo

Una primera estrategia consiste en mostrarse como mujeres que “actúan de acuerdo con las normas” y que, por tanto, no son susceptibles de ser acusadas de haber hecho algo equivocado. Desde el discurso médico dominante se establece la necesidad de que las mujeres planifiquen sus embarazos, tanto por razones de salud como por razones económicas. Por ello, mediante los programas de planificación familiar, se promueve el uso de métodos anticonceptivos, principalmente los femeninos (Sayavedra, 1997), poniendo la responsabilidad de los embarazos en las mujeres. Ello, independientemente de la falta de autonomía de muchas de ellas, la frecuente falta de acceso material y cultural a los métodos anticonceptivos y el maltrato de que, en ocasiones, son objeto las mujeres por parte del personal de los programas institucionales (Figuroa, 1996), son factores todos que operan en contra del

mandato médico en torno de la obligación de las mujeres de planificar su familia.

Que las mujeres sean culpabilizadas por su fecundidad y por no haber evitado los embarazos no deseados, explica el tono autoexculpatorio con que muchas de ellas dan cuenta del origen de su embarazo: la mayoría de las mujeres señaló que ese embarazo no había sido planeado —“yo me estuve cuidando y me inyectaba” (E28)— ni era deseado —“él (la pareja) me dijo que ya no, que porque pues ahorita así como está la situación” (E19)— y por lo menos una de cada tres mujeres señaló que dejaban el control de los embarazos en manos de la pareja: “él me cuidaba para que yo no me embarazara... no se venía adentro de mí” (E038).

Esta *demonstración* de sometimiento a las normas que emanan del discurso médico dominante puede alcanzar niveles extremos, como en el caso de una mujer cuyo embarazo ocurrió con dispositivo intrauterino (colocado hacía dos años): “No le echo la culpa al dispositivo, ni a nadie, sino que fue un descuido mío porque no me lo revisaba cada mes...” (E20).

Lo que es aún más sugerente, con su afirmación de que *ella* falló al no ir a que se lo revisaran “cada mes”, es que la mujer demuestra que sabe lo “esencial” —que debe mantenerse siempre disponible a la vigilancia médica— aunque su conocimiento sobre los detalles —la frecuencia con que debe ir a supervisión— sea erróneo.

Desconocimiento o ambigüedad con el embarazo

Además de culpabilizar a las mujeres por tener embarazos no deseados o no planeados, o por tener muchos, el discurso dominante las

responsabiliza de los cuidados que deben tener, así como del resultado del embarazo. Existe una serie de normas sociales y médicas regulatorias del comportamiento de las mujeres embarazadas —lo que debe y no debe hacer una mujer— considerados como los cuidados para el desarrollo “normal” del embarazo. Estas normas constituyen parte esencial del deber ser femenino, en un grupo social donde la maternidad es la que define su identidad como mujer. Este discurso etiqueta como “imprudentes” a las mujeres que no cumplen con los cuidados adecuados y pierden el embarazo. Para evitar estas acusaciones, una segunda estrategia a la que recurren las mujeres es su apelación al *desconocimiento*. Pero, como en el ejemplo anterior, las mujeres se esfuerzan por demostrar que su desconocimiento es selectivo: al tiempo que señalan que no sabían que estaban embarazadas, insisten en que sí conocen lo que desde el discurso médico se les indica que *deben* saber:

Muchas veces *dicen que es mejor cuidarse estando embarazada*, no cargar cosas pesadas, y ese día fui a traer agua en la tarde y llegando me fui a lavar al río. [...]. Yo soy muy irregular en la regla. No sabía exactamente cada vez, hay veces que se me pasan dos meses, dos meses y medio. Y como veía que mi panza crecía y que no, y como yo de por sí soy panzona [...] Sentía yo muchos ascos y todo me daba coraje, pero luego pensaba yo que no (estaba embarazada), como soy muy irregular... (E03).

En sus testimonios las mujeres dan cuenta de su conocimiento de los cuidados que una mujer embarazada debe tener, de conformidad con lo que se señala desde el saber médico hegemónico. Pero tales normas de cuidados médicos suelen estar en contradicción con las condiciones de vida de las mujeres pobres, que deben realizar permanentes esfuerzos físicos:

(el doctor me dijo) *que estuviera yo tranquila*, que no me preocupara por nada, que eso le puede hacer daño al bebé... *lo único que me recomendó que yo tuviera reposo. Pero, o sea, “acuéstese, no haga quehacer, no haga nada, no le recomiendo que barra, ni que saque agua de su tanque [...] ni que esté lavando, es lo único que le recomiendo”*... (E19).

Así, al tiempo que demuestran conocer las normas de cuidados que debe acatar toda mujer embarazada, las mujeres entrevistadas encuentran una explicación de por qué no cumplen con esas normas: no sabían que estaban embarazadas:

Yo no sabía que estaba embarazada... yo normal, nada, no sentía nada. Eso sí, fue mi retraso pero yo dije: “pues a lo mejor por algo se ha de haber atrasado”, pero nunca me imaginé que estuviera embarazada porque no sentía pues ninguna molestia, ningún síntoma de que estuviera embarazada... por eso yo ni por enterada... hasta ese día que ya me sentía yo bien mal... me imaginaba que a lo mejor era algo así, pero no estaba segura... (E17).

Esta actitud ambigua respecto de su embarazo, que mantenían algunas mujeres, era sustentada principalmente en la irregularidad de su ciclo menstrual: “Pensaba que estaba embarazada porque no me bajaba mi regla (pero) como no sentía yo ascos ni mareos, nada, pensé que no era embarazo y así lo dejé... como soy anormal en la regla...” (E16).

El desconocimiento sobre el embarazo les libera también de la responsabilidad por no acudir oportunamente en busca de atención médica ante los primeros síntomas del aborto. El desconocimiento unido a la semejanza de los primeros síntomas con la menstruación (“pensé que era una regla normal”: E16), explican que muchas mujeres opten por pasar largas

horas en su propia casa, observando el curso de sus síntomas o atendién-dolos sólo de manera doméstica, antes de acudir a los servicios de salud. Así narra su proceso en la casa una joven que ingresa al hospital con aborto séptico: “En la mañana me desmayé y no sentí, me echaron alco-hol... estuve así casi todo el día... nomás sentí fríos y calentura, una señora fue y me puso suero con vitamina... después yo ya no supe...” (E30).

“Aceptación” del embarazo

Una tercera estrategia exculpatoria consiste en mantener una actitud ambivalente respecto del deseo del embarazo, afirmando que aunque no habían planificado ni deseaban el embarazo, ya lo habían acepta-do, incorporando los mandatos religiosos que ordenan la aceptación de todo embarazo. Al argumentar que ya lo habían aceptado, las mujeres buscan escapar a la etiquetación de “sospechosas”, bajo la lógica de que si ya lo habían aceptado no había razón por la que ellas hubieran podido hacer algo para interrumpirlo: “Yo la verdad sí deseaba que na-ciera, aunque todavía no le decía nada a mi esposo. Dije ‘ya está, Dios quiere que tengamos otro, pues ya que nazca’” (E03).

Al mismo tiempo, esta mujer insiste en condenar a las mujeres que tienen un aborto y al aborto en sí, y adopta los argumentos que la igle-sia maneja en contra del aborto, con expresiones como “a Dios no le agrada” o “es una vida que se va” para condenar al aborto. Asimismo, establece diferencias entre su caso, “yo como no lo provoqué [...] sos-pechaba que estaba embarazada y luego sospechaba como que no y no me cuidé”, y el de otras mujeres: “hay muchas mujeres que se lo provo-can y ahí sí es un delito, ¿no?”. Esta mujer incluso incorpora aquellos

argumentos que comparan al embrión con una persona ya nacida para representar “lo negativo” de interrumpir un embarazo: “(el embrión) es un humano, es una vida que va a venir al mundo y haga de cuenta que dijeran que fuera usted que no va a nacer o yo que no quieran que naciera y sí nació, es una vida” (E03).

Ante el señalamiento social y médico, que condiciona el ambiente de sospecha de que es objeto una mujer cuando se presenta en el hospital con un proceso de aborto, las mujeres construyen sus propios significados del aborto, elaborando en la mayoría de los casos explicaciones finales relacionadas con causas externas a su voluntad, con el destino y con una voluntad exterior, “Dios lo quiso así”, como el elemento determinante del final de su embarazo. Esto sugiere que las mujeres, ante actitudes de sospecha, sienten la necesidad de exculparse, dejando claro que su voluntad no estuvo involucrada en este hecho y que, por lo contrario, lo aceptaron como parte de un destino que ellas no deciden.

Las mujeres argumentaban que su intención en este embarazo no era la interrupción y que ellas, aunque no hubieran planeado el embarazo, sí lo aceptaban. Por lo menos una de cada cuatro mujeres mencionaba a Dios como la voluntad que decidió sobre el embarazo y el aborto, los cuales son aceptados, aun en contra de su deseo, como un mandato superior:

...no lo entiendo... no tengo ni idea... solamente Dios sabe por qué lo hace... (E50).

...sí ya estoy embarazada, ¿qué podía hacer?, ya nada, esperar nada más, pero pues Dios no me dejó, me lo quitó y pues ni modo, él sabe por qué hizo las cosas (E31).

Accidentes o acciones no intencionales

Finalmente, una cuarta estrategia exculpatoria consiste en presentar el evento del aborto como un “accidente”, o como consecuencia no intencional de actividades rutinarias. Las causas del aborto presentadas como caídas y ejecución de tareas pesadas, identifican a las mujeres como responsables del aborto cuando se realizan intencionalmente para interrumpir el embarazo, por lo que ellas insisten en que no sabían de su estado:

...me caí una vez, pero yo no sabía que estaba embarazada (E19).

...me pasó eso, que me caí. Regresé y ya sentía que me dolía la cadera... nada más no pensé que era embarazo... después creí que era embarazo porque me dolía la cadera... (E54).

Muchas mujeres antes de llegar al hospital acuden con curanderos, farmacéuticos o médicos y reciben tratamientos de medicina tradicional o doméstica como sobos, tés, pastillas o inyecciones. Pero en tanto la aplicación de estos tratamientos las puede hacer “sospechosas” de realizar acciones dirigidas a la interrupción del embarazo, todas las mujeres aseguran que estas prácticas buscaban evitar el aborto: “...me dieron un té para que no se me cayera...” (E04); “...me puso unas inyecciones, las que son para evitar el aborto” (E37).

Se trata de prácticas que pueden apoyar uno u otro fin: conservar el embarazo o favorecer el aborto. Por su ambigüedad semántica, la visita a la partera es permanentemente invocada como “prueba” de que se hizo mucho para evitar el aborto.

Estas estrategias autoexculpatorias reflejan que, por lo menos discursivamente, las mujeres endosan las normas sociales que condenan el aborto inducido y condenan a quienes las transgreden. No obstante, aunque se culpabiliza a las otras (las que cumplen determinados estereotipos), se elaboran argumentos de auto-exculpación, señalando que en su caso no se cumplen esas condiciones: “A mí no me gusta eso de que abortan las mujeres... yo sí pensaba mal de la gente que abortara... a veces, hay unas que abortan, pero porque no los quieren... como que quieren estar como señoritas... yo ¿por qué voy a abortar si soy casada? Tengo mi marido...” (E38).

En síntesis, ante una práctica médica que responsabiliza a las mujeres y las hace sospechosas de haberse provocado el aborto, las mujeres recurren a una estrategia justificatoria presentando una conducta no reprochable, y aunque mantienen una actitud ambigua respecto del conocimiento que tenían de su embarazo, aseguran que finalmente sí deseaban que éste se desarrollara normalmente. Señalan también que no sabían de éste cuando ocurrió la causa que provocó el aborto, y que son presentadas como *accidentes o acciones no intencionales*. Los síntomas del aborto son presentados como semejantes a la menstruación, lo que justifica su falta de reacción y, en cuanto a las primeras acciones que realizaban las mujeres como sobos, tés, pastillas o inyecciones, argumentaban que estaban dirigidas a salvar el embarazo. Finalmente, junto con estas estrategias dirigidas a contrarrestar la culpabilización social de las mujeres ante un aborto, la mayoría asegura que su embarazo y aborto son producto o bien de una voluntad externa a la cual se someten como parte de un mandato religioso, o bien de lo azaroso y lo accidental, y, por tanto, en ninguno de los dos casos les es imputable una responsabilidad.

Conclusión

El contexto del aborto en México determina el tipo de estrategias de *suspervivencia moral* que despliegan las mujeres que tienen un aborto y que buscan escapar a los procesos de culpa y estigmatización que pueden enfrentar por ese mismo hecho. La *culpa* es importante en el control de las conductas porque permite la legitimación del castigo de la persona transgresora y porque traduce un incremento de su deseo de obediencia. Las transgresiones individualizadas tienen un alto componente socializador, pues la culpabilidad tiene la función de legitimar ante el sujeto transgresor las normas que no ha cumplido, convirtiéndolo en un sujeto más obediente (Douglas, 1969; Foucault, 1995; Goffman, 1986; Balandier, 1989). Un ejemplo concreto de procesos de “normalización”, a través de la construcción de riesgos y de culpabilización, se refiere cierta concepción de la medicina moderna que sostiene la existencia de una serie de riesgos asociados con el embarazo. De esta manera, sobre el cuerpo de la mujer embarazada se ejerce una presión y vigilancia que condicionan su vida en cuanto a comidas, ejercicio, relaciones sociales y sexuales, en una palabra, los “cuidados” que debe tener una mujer embarazada (Ettorre, 2010; Root y Browner, 2001; Lupton, 1999; Layne, 1990; Ehrenreich y English, 1990). En el caso de México, bajo el discurso conservador que pregona que toda mujer embarazada debe llevar a término su embarazo, se construyen dos tipos de riesgos (es decir, dos áreas de vigilancia y monitoreo) en torno de las mujeres embarazadas: por una parte, los riesgos de carácter biomédico que, como señalamos con anterioridad, apuntan a la regularización de los cuidados que toda mujer embarazada debe tener; y por otra parte, los riesgos sociales, que señalan los peligros (desde la descalificación

moral hasta acusaciones penales) que enfrenta toda mujer que no haga su mayor esfuerzo por preservar su embarazo y llevarlo a buen fin.

Las mujeres que tienen un aborto y que son, por tanto, sospechosas de no aceptar la norma o el mandato de la maternidad como el fin primordial que deben cumplir, sufren el estigma que se asigna a una persona por su conducta, transgresora o “mala”, es decir, que ha roto con las normas (Goffman, 1986). Ello explica en parte que en la cultura occidental los “fracasos” en la maternidad, tanto los abortos espontáneos como inducidos, sean vividos en silencio (Layne, 1990).

Al acudir al hospital público para ser atendidas por aborto, las mujeres se ven obligadas a desplegar una serie de estrategias de manejo de la información orientadas a reafirmar que el suyo fue, en efecto, un aborto espontáneo y evitar así ser consideradas sospechosas de haberlo inducido (Scott y Lyman, 1968). Diferentes estudios han documentado que las personas que son estigmatizadas por transgredir determinados códigos morales recurren a estrategias de evitamiento del estigma. Las estrategias de evitamiento del estigma van desde el control de la información hasta justificaciones de su decisión y argumentos que condenan la posición de quienes les señalan (Park, 2002; Remennick, 2000; Miall, 1994; Scott y Lyman, 1968).

En México, los individuos disponen de al menos dos conceptos no sólo para explicar, sino además para atribuir significado a los diversos eventos desafortunados que experimentan. Por una parte, la “voluntad de Dios” es invocada como una fuerza impredecible sobre la que no se puede tener el menor control y que está presente en todos y cada uno de los sucesos de la vida. La mayoría de las tradiciones religiosas proporciona a las personas elementos que les permiten dar significado a la experiencia, explicarse tanto los hechos extraordinarios como sus

propias vidas, así como el problema de la culpa y el sufrimiento (Geertz, 1989). Por otra parte, en el marco de la vida cotidiana, la noción de “accidente” es utilizada para dar cuenta de hechos que se presentan sin que haya habido intención o motivación por parte de los afectados, lo que a la vez se considera que los exime de toda responsabilidad. En estricto sentido, ambas categorías —la voluntad de Dios y los accidentes— son contradictorias desde cierta perspectiva. La primera hace referencia a un mundo pre-moderno, donde nada ocurre sin que Dios así lo permita. La segunda, en cambio, hace referencia a una sociedad secularizada —*desencantada*, en términos de Weber— donde ya no hay espacio para las fuerzas mágicas ni supra terrenales para dar cuenta del mundo. Característico de la modernidad es la noción de que los accidentes simplemente ocurren (Green, 1997). Como vimos anteriormente, sin embargo, las estrategias de manejo de la información de las mujeres mexicanas, orientadas a liberarse del estigma que les generaría una acusación exitosa de que su aborto espontáneo fue, en realidad, provocado, incluyen la posibilidad de articular sin aparente contradicción estas dos categorías en principio incompatibles.

Las nociones dominantes sobre el aborto y sobre el papel de las mujeres en la reproducción condicionan la experiencia del aborto. Esto se evidencia tanto en la incorporación que hacen las mujeres del discurso como en las estrategias a las que recurren para evadir la sospecha y/o culpabilidad, sin negar el discurso dominante. A través de las narrativas es posible advertir la habilidad de las mujeres para elaborar estrategias de *manejo* de su proceso de aborto; en otras palabras, la perspectiva analítica adoptada en esta investigación nos permite apreciar a las mujeres *en permanente actividad* (de re-significación de las conductas, de manejo de las condenas sociales, por ejemplo), lo que contrasta con una lectura

ingenua que coloca en la “enajenación” de las mujeres, producto de la ignorancia y la pobreza, y en la “incapacidad” para asumir el control de su propio cuerpo, la explicación de embarazos no deseados y abortos. Por lo contrario, la perspectiva interpretativa nos permite apreciar las habilidades que despliegan las mujeres para oscilar estratégicamente entre los márgenes de un discurso normativo aparentemente uniforme, pero que ellas saben interpretar con la habilidad necesaria para asegurar su supervivencia moral. Las frecuentes afirmaciones que encontramos en las entrevistas, en el sentido de que tanto el embarazo como el aborto fueron acciones “no deseadas”, son quizás más un indicador de la capacidad de las mujeres de utilizar el discurso dominante en su favor, que una descripción de cómo viven estas circunstancias.

En este capítulo hemos mostrado una forma específica en que mujeres mexicanas en condiciones de pobreza en México, actúan para afrontar los procesos de aborto y los embarazos no deseados; dicha forma de actuar —o conjunto de estrategias de supervivencia moral— tiene su origen tanto en la condición de subordinación de las mujeres en general (Juliano, 1998) como en las condiciones concretas de las mujeres de este estudio. Las mujeres pobres y marginadas, conscientes de su posición doblemente subordinada, prescinden del discurso reivindicativo y sin cuestionar el sistema que obliga a las mujeres a llevar a “buen término” un embarazo no deseado, elaboran estrategias más fácilmente aplicadas dada su invisibilidad al disfrazarlas de sumisión y aceptación formal de las normas sociales. Esta posición contrasta con las posiciones feministas que cuestionan la discriminación y la posición subordinada de la mujer y exigen un papel activo en la decisión de ser madres. En otras palabras: aun en los casos de subordinación extrema, las mujeres parecen estar encontrando las mejores maneras de actuar

según su propia voluntad, echando mano de los recursos que el propio discurso dominante ofrece para evitar ser condenadas.

Sin embargo, más allá de la constatación de esta forma de afrontar un evento como el aborto, representativo de las condiciones de género que viven las mujeres, interesa reflexionar en relación con los riesgos para la salud y con los niveles de sufrimiento que implican estas estrategias. Las mujeres pobres son muchas veces sobrevivientes de estos procesos, ya que conllevan riesgos para la salud que no son atendidos oportunamente: por ejemplo, muchos de los eventos expresados como causas del aborto, como las caídas o masajes acompañados de determinadas infusiones, entre otras, generan situaciones de riesgo que si no son atendidas pueden llevar a muerte por hemorragia o sepsis. La situación de inaccesibilidad de los servicios de salud para estos grupos, especialmente en las urgencias nocturnas, incrementa los riesgos sobre su vida. El hecho de que las mujeres de este grupo hayan retrasado la búsqueda de atención hasta los momentos de extrema gravedad es una clara indicación de las condiciones de marginación socioeconómica que las caracteriza y pueden ser también del contexto de condena que rodea a cualquier forma de aborto.

Con nuestra propuesta de conceptualizar el subcampo del aborto podemos comprender mejor la naturaleza de las luchas que se libran en su interior, así como el sentido de las estrategias que despliegan las mujeres que son atendidas en el área de urgencias del hospital al presentar un aborto en curso o mal terminado. Tales conductas son indicativas de las fuerzas que operan sobre las mujeres necesitadas de atención, y que ellas deben tomar en cuenta para presentar de sí la mejor imagen posible en un contexto que no les es favorable. De ello se desprende la necesidad de trabajar en acciones de difusión orientadas a contrarrestar

las imágenes estigmatizadas de las mujeres que tienen un aborto, así como realizar intervenciones a nivel de los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres. Tales intervenciones permitirían ayudar a cuestionar su predisposición a culpabilizar y a sospechar de quienes bien pueden haber tenido un aborto espontáneo, tal como lo reportan al ingresar al hospital, o bien pueden haberse visto obligadas a provocárselo y a buscar ayuda, debiendo así articular estrategias de supervivencia tanto física como moral.

Por último, la investigación sobre el aborto en México enfrenta problemas y retos derivados de su condición de ilegalidad en la mayoría de los estados y su consecuente clandestinidad. Por un lado, hay dificultades para cuantificar el problema del aborto; y por otro lado, también son escasos los estudios que busquen ahondar en la comprensión interpretativa —sociológica— del fenómeno. En este sentido, queremos llamar la atención sobre la necesidad de profundizar en las investigaciones como la que hemos presentado aquí: es en la narrativa de las mujeres donde se encuentran las claves que explican mejor tanto el funcionamiento de los discursos dominantes como las posibilidades de adaptación y resistencia que frente a ellos se pueden desplegar. La información que provee este tipo de investigaciones, por tanto, es fundamental para desarticular las formas de dominación y de segregación que obligan a las mujeres a implementar toda una estrategia de manejo de los significados con vistas a evitar procesos de estigmatización y sufrimiento a los que están expuestas por el simple hecho de no adecuarse al mandato de maternidad obligatoria que pesa sobre ellas.

Capítulo V

El origen social de los patrones (autoritarios) de prescripción anticonceptiva de los médicos

Introducción

El funcionamiento del campo médico que hemos descrito hasta ahora, y del *habitus* médico autoritario que le es concomitante, se advierte también cuando indagamos los criterios y las prácticas que privilegian los profesionales al recomendar métodos de planificación familiar a las usuarias de los servicios de salud reproductiva. El *habitus* de los actores (tanto médicos como usuarias) es el producto de la incorporación que unos y otras han hecho de las estructuras sociales (que incluye su posición objetiva en éstas, ya sea del lado de los dominantes o del lado de los dominados, así como la recíproca exterioridad de posiciones existente entre todos los actores del campo). Siendo el resultado de la incorporación de tales estructuras, el *habitus* de los médicos está en el principio del conjunto de los esquemas de percepción y apreciación que ponen en juego al valorar la situación de cada mujer y al decidir qué método de anticoncepción es el que más le conviene. Y si tales recomendaciones profesionales no hacen, en el fondo, sino reproducir con plena espontaneidad los mecanismos de reasignación de las mujeres a sus papeles de agentes destinados sobre todo a la reproducción y a hacerse cargo de manera individual de la responsabilidad sobre ella, se debe básicamente a la complicidad que existe

entre las estructuras cognitivas de los agentes y las estructuras objetivas del campo que las produce,⁶⁵ así como al *habitus* colonizado de las mujeres, que por las mismas razones propende a reconocer como natural o lógica la actuación de los médicos sobre ellas.

Las decisiones reproductivas se construyen en conexión con un orden social y cultural de género que produce en los actores valoraciones diferenciales de los cuerpos según el sexo (Lupton, 2000; Viveros, 1999). Mirar así las cosas nos permite comprender que los cuerpos femeninos y masculinos son también espacios donde se expresan las luchas del campo, es decir, son territorios de políticas, prácticas y representaciones específicas, entre ellas las de los profesionales de la salud, y de tácticas de regulación de su uso reproductivo (Barret y Harper, 2000).⁶⁶ Es en este contexto donde se moldean las preferencias médicas en torno de la anticoncepción, las cuales son decisivas en la “elección” del método que hacen las usuarias de los servicios de salud reproductiva. Por tanto,

⁶⁵ “El discernimiento que reside simultáneamente en el principio de los actos clasificatorios y de sus productos (es decir, de prácticas, de discursos o de obras diferentes, por ende, discernibles y clasificables) no es el acto intelectual de una conciencia que plantea explícitamente sus fines en una elección deliberada entre algunos posibles constituidos como tales por un proyecto, sino la operación práctica del *habitus*, es decir, de esquemas generadores de clasificaciones y de prácticas clasificables que funcionan en la práctica sin acceder a la representación explícita, y que son producto de la incorporación, bajo la forma de disposiciones, de una posición diferencial en el espacio social” (Bourdieu, 2013, p. 15).

⁶⁶ Moore (2002) y Martin (1991) sostienen que los discursos científicos sobre la reproducción humana están dialécticamente relacionados con el género, la agencia y el capitalismo, y emergen de esta relación. Ambas autoras demuestran la presencia y constante actualización de las estructuras objetivas y cognitivas de género que están relacionadas con las definiciones de lo femenino/masculino en los discursos y la práctica científica.

esta perspectiva de género es fundamental para explorar las preferencias y orientaciones anticonceptivas en un grupo de médicos mexicanos vinculados con servicios de salud reproductiva en la red del sistema de atención pública. El estudio apunta a la anticoncepción en general, aunque frecuentemente se enfoca en la esterilización masculina y femenina para indagar cómo se construyen las preferencias anticonceptivas en relación con el género, dado que la vasectomía es el método anticonceptivo masculino que requiere de la intervención médica, equivalente en ese sentido a la oclusión tubaria bilateral (OTB).

Reproducción, género y derechos

La reproducción humana es un ámbito en el cual se manifiestan de manera importante las desigualdades de género. A pesar de la existencia de una política de planificación familiar fundamentalmente enfocada en las mujeres, y de que la mayoría de los métodos anticonceptivos existentes son para uso femenino, en la práctica, con frecuencia lo que tenemos son diversas formas de coacción que se traducen en impedimentos para que las mujeres puedan tomar, con plena libertad y autonomía, decisiones sobre sus propios cuerpos en materia de sexualidad, reproducción y salud. En contraste, las mismas políticas y programas son pasivos respecto de los varones, lo que se expresa en una escasa participación de éstos en las prácticas anticonceptivas y en un menor desarrollo de tecnología anticonceptiva dirigida hacia ellos (Van Kammen y Oudshoorn, 2002; Ringheim, 2002).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, en 1994, las políticas de planificación familiar (PF)

prevalecientes en la mayoría de los países del mundo enfrentaron diversos cuestionamientos por el énfasis puesto en el mero descenso de la fecundidad en función del logro de determinadas metas demográficas, aun a costa de violar los derechos reproductivos de las mujeres, y por la pasividad de los programas ante la urgencia de impulsar la co-responsabilidad de los varones. La incorporación de la perspectiva de salud reproductiva contribuyó a identificar diversas formas de desigualdad de género en esta materia, y permitió poner en el centro del problema el enfoque de derechos humanos, lo que hizo más crítico aún el hecho de que con la complicidad del Estado se ha dejado básicamente a las mujeres la obligación de afrontar las consecuencias derivadas del ejercicio sexual, en relación con los embarazos y su prevención, así como con otras consecuencias de salud.

Sin embargo, pese a las recomendaciones establecidas en dicha Conferencia, en la que se enfatizó la necesidad de repensar y recuperar el papel y la responsabilidad de los varones en esta materia (Dudgeon e Inhorn, 2004), diversos estudios han documentado la presencia ambivalente de éstos en la reproducción, así como las formas sexistas de interpretación y validación de dicha ambivalencia por parte de los médicos (Villa, 1998; Ringheim, 2002). El predominio de anticonceptivos para intervenir preferentemente sobre los cuerpos de las mujeres refleja, asimismo, el papel de la ciencia médica en la reproducción de esta asignación generizada de la reproducción. Así, al reproducir y fortalecer los cuestionados modelos que identifican a los varones como actores meramente secundarios en la reproducción, el campo médico y sus actores siguen ocupando un papel central en la reproducción de prácticas que obstaculizan la plena vigencia de los derechos reproductivos.

Por tanto, lo que se nos presenta como preferencias perfectamente lógicas (o naturales) por los métodos anticonceptivos femeninos entre

los profesionales de la salud, son en realidad predisposiciones adquiridas mediante la incorporación de esquemas de interpretación ancladas en una estructura social donde la reproducción y la sexualidad están a la vez sujetas a determinaciones sexistas (Sayavedra, 1997; Barret y Harper, 2000). Esta “preferencia” por intervenir en el cuerpo de las mujeres responde a una génesis histórica muy compleja que combina tanto aspectos de genuina emancipación (a través de la anticoncepción las mujeres pueden controlar sus funciones reproductivas y separarlas del ejercicio libre y placentero de su sexualidad), con —en el otro extremo— tácticas de dominación y vigilancia médica sobre el cuerpo de las mujeres. Por citar un ejemplo, estudios como el de Joanna Schoen (2005) revelan que los médicos suelen considerar que las mujeres, sobre todo quienes pertenecen a clases menos favorecidas, son “incapaces” de usar adecuadamente los anticonceptivos y que dicha percepción los lleva a favorecer la medicalización de la anticoncepción, desincentivando así la producción de anticonceptivos que puedan ser suministrados y controlados por las usuarias sin “supervisión médica”.

Anticoncepción, género y campo médico

La anticoncepción es simultáneamente la cristalización de la lucha de las mujeres por lograr el control sobre su reproducción y la historia de la vigilancia de la profesión médica sobre los cuerpos de las mujeres, a través del control del acceso a la mayoría de los métodos anticonceptivos (Oakley, 1993). Los anticonceptivos femeninos representan casi en su totalidad la oferta de métodos para el control de los embarazos, siendo la esterilización femenina (oclusión tubaria bilateral: OTB) la forma de

control natal más utilizada en el mundo (Engender Health, 2002). La enorme diferencia entre el número de esterilizaciones femeninas realizadas frente a las masculinas, pese al menor costo y menores riesgos implicados en la realización de una vasectomía con respecto de la OTB, es otra evidencia de que en el campo prevalece una lógica específica cuyas características pueden rastrearse en las desigualdades de género ante la anticoncepción (Viveros, 1999). Un análisis más profundo sobre esta cuestión revela, asimismo, otras desigualdades, ya que la mayoría de personas a quienes se les realiza una esterilización vive en países en desarrollo, son pobres y con frecuencia indígenas (Barroso y Correa, 1991; Lupton, 2003).

La baja prevalencia de vasectomías puede deberse, en parte, como sugieren algunos estudios, a los prejuicios en torno de este procedimiento, entre los que sobresalen creencias que relacionan la esterilización masculina con una disminución de la virilidad (Vernon, 1996; Ringheim, 2002; Oudshoorn, 1999; 2004). Pero esencialmente se explica por el efecto de la asignación diferencial de responsabilidades a varones y mujeres en distintos ámbitos de la vida cotidiana y en particular en la reproducción, expresión del orden corporal hegemónico que refleja y condiciona las decisiones reproductivas y las orientaciones médicas sobre la materia (Bush, 2000).

El personal de salud es una fuente de consulta importante en el proceso de toma de decisión de una vasectomía. En este sentido, es importante advertir tanto la preferencia de la población médica por la esterilización femenina frente a la masculina como la existencia de una oferta inapropiada de servicios de vasectomía. Por ejemplo, se ha documentado que los varones señalan como causas del ausentismo a los servicios de planificación familiar la superposición de horarios laborales con

las consultas, el temor e inhibición que les genera que la información sea ofrecida por personal femenino, y la percepción de que ellos no son convocados a los servicios de planificación familiar (PF). De nueva cuenta, estamos ante una lógica muy específica que subyace a éste que podría ingenuamente reportarse simplemente como un problema de accesibilidad social y cultural de la población masculina a los servicios de salud reproductiva (Cobián y Reyes, 1998).

En esa lógica, suelen documentarse barreras institucionales para un mayor involucramiento de los varones, que son en realidad la consecuencia de modelos sexistas de atención en salud reproductiva, que van desde la aceptación, por parte de los directores de los programas de salud, de que los hombres están menos accesibles que las mujeres, hasta la creencia generalizada de que los varones carecen de interés en participar en la planificación familiar. Asimismo, existe la noción de que involucrar a los varones en los procesos reproductivos implicaría costos elevados, en tanto se considera “necesario” construir una infraestructura separada para prestar servicios a esta población (UNFPA, 1995). Se trata, desde luego, de percepciones con carácter performativo, que producen efectivamente los hechos que se describen como causas de los sesgos de tales programas. Esto es, porque se asume que los hombres están menos accesibles a los servicios de PF, éstos se concentran en las mujeres; al hacerlo, el acceso efectivo a los hombres queda, de hecho, reducido, lo que confirma la creencia de que los hombres son una población más difícil de alcanzar.

Podemos, en consecuencia, indagar en torno de las relaciones de poder que subyacen a esta reproducción de roles y expectativas sociales en torno de la regulación de la fecundidad, así como sobre las estructuras y redes de relaciones sociales en las que la sexualidad, la

reproducción humana y las decisiones en torno de éstas están inmersas (Ringheim, 2002). Debemos cuestionarnos sobre la relación entre el *habitus* médico, los cuerpos masculinos y femeninos, la reproducción y la anticoncepción.

El contexto del estudio

México cuenta con un marco jurídico y normativo que reconoce el derecho de la población para elegir libre e informadamente sobre el número de hijos y el momento para concebirlos. Este derecho está plasmado en la Constitución mexicana, que a la vez reconoce la primacía de los tratados y convenios internacionales suscritos, así como las normas oficiales en materia de prestación de servicios de planificación familiar. El Estado tiene la obligación de garantizar el fortalecimiento de las instituciones y el establecimiento de las condiciones que permitan a las personas ejercer sus derechos reproductivos, incluyendo el derecho de acceder a servicios de planificación familiar de calidad. No obstante, se han documentado diversas dificultades para el ejercicio de este derecho, así como la imposición de métodos anticonceptivos en las usuarias de servicios de salud reproductiva (Bronfman y Castro, 1989; Castro y Erviti, 2003b; Erviti, 2005).

Los métodos anticonceptivos disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. En 2011, la población mexicana de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años era de 31 millones (OPS, 2012). En 2009, tres de cada cuatro (72.5%) mujeres unidas en edad fértil usaban algún método anticonceptivo, con diferencias por grupo de edad, nivel de escolaridad, lugar de residencia y condición indígena (Enadid, 2009).

La esterilización femenina (OTB) es el método anticonceptivo más usado, casi la mitad de las mujeres en edad fértil usuarias de algún método controlaba su fecundidad con la OTB (48.85%), seguido por el dispositivo intrauterino (DIU) (15.7%), el condón masculino (12.1%), las pastillas (6.1%) e inyecciones (5.3%), el implante subdérmico (1.5%), el parche anticonceptivo (1.1%), el condón femenino (0.1%) y la pastilla de anticoncepción de emergencia (0.1%). Sólo 2.7% de las parejas había recurrido a la vasectomía (Conapo, 2011, con datos de la Enadid, 2009). Como se puede observar, menos de 3 de cada 100 parejas en edad reproductiva regulaba la fecundidad con una vasectomía frente a la mitad de las parejas que lo hacía con la esterilización femenina. Éste es un indicador fundamental de la desigualdad de género en esta materia.

Las instituciones públicas en México tienen un papel fundamental en el perfil de consumo de métodos anticonceptivos. En 2006, dos de cada tres usuarias de métodos de planificación familiar obtuvieron sus anticonceptivos en los servicios públicos: 34.3% los obtuvo en los servicios de asistencia médica de la seguridad social (IMSS), 24% en servicios públicos de asistencia social, 4.7% en el ISSSTE, 2.9% en el DIF, 19% los obtuvo en las farmacias o tiendas, y 15.1% en consultorios, clínicas y hospitales privados (Conapo, 2011). Los servicios de atención prenatal y del parto aprovechan para promover, y con frecuencia imponer, la planificación familiar entre las mujeres. En México, en 2009, dos de cada tres (58.7%) mujeres en edad fértil que recurrían a la práctica de la planificación familiar, iniciaron el uso del método en el posparto. Cuatro de cada cinco (83.1%) de las usuarias de OTB y más de la mitad (63.8%) de las usuarias de DIU comenzaron el uso del método en ese mismo periodo (Conapo, 2011).

Lo anterior refleja la importancia del papel de los médicos que trabajan en los servicios públicos de salud reproductiva para las decisiones

anticonceptivas de las personas usuarias de estos servicios. Podemos ahora pasar a la exploración de las bases sociales que sustentan las preferencias y orientaciones en torno de la anticoncepción, masculina y femenina, en un grupo de médicos varones que laboraban en instituciones públicas de salud mexicanas. El material empírico forma parte de la misma investigación con médicos varones que reportamos en capítulos anteriores.⁶⁷

El carácter autoritario de la consejería anticonceptiva que se ofrece a las mujeres

El análisis de las entrevistas a los médicos permite identificar diversos mecanismos sociales que están en el origen de sus actitudes y “preferencias” anticonceptivas. Al expresar sus apreciaciones sobre su práctica profesional en materia de consejería anticonceptiva, los médicos revelan, sin percatarse de ello, el constante trabajo de naturalización que hacen en torno de ese arbitrario cultural que llamamos desigualdad de género. En sus respuestas predomina una visión generizada que reproduce la asignación de a “quién” le corresponde en una pareja prevenir los embarazos y sobre qué cuerpos —masculinos o femeninos— debe practicarse la anticoncepción y concretamente la esterilización. Se trata de un discurso profesional que combina descripciones acerca de la “dificultad” que representa “convencer” a los varones de practicarse vasectomías, con caracterizaciones en las que la mujer aparece como “más fácil de convencer” de usar algún método anticonceptivo; es una narrativa articulada bajo una lógica que combina “conveniencia” con “inteligencia” y “sumisión”

⁶⁷ Véase capítulo III de este mismo libro.

por parte de las mujeres, pues se las describe como agentes que “son las que más tienen que perder” (si no lo hacen, pues al final las que van a quedar embarazadas son ellas y “por ende” serán ellas las que tendrán que hacerse cargo de la crianza del bebé), o, según convenga, son “más inteligentes”, o “más ignorantes” o más sumisas que el hombre:

Normalmente la paciente femenina es una paciente obediente, tranquila, sumisa. Se oye mal, pero es una paciente sumisa que obedece: “tómese esto, tómese lo otro” y lo hace, se lo aplica. El más difícil sería el hombre. Afortunadamente no veo hombres ni para saludarlos, en cita (en las consultas de salud reproductiva) (E49).

Esta descripción de lo que en apariencia constituye una serie de diferencias “naturales” entre hombres y mujeres, ignora el papel activo que ejerce la medicina en la producción social de agentes con esos aparentes atributos: la caracterización de las mujeres como más “sumisas u obedientes” se conjuga con la posición de poder del médico que legitima la posible imposición y dominación en los encuentros médicos-mujeres. Esto adquiere expresiones específicas en las relaciones que se establecen entre las mujeres y los médicos en los servicios de salud reproductiva donde, de nueva cuenta, en la práctica entran a escena los condicionantes de género.

En las respuestas de los entrevistados también se advierten descripciones en las que las mujeres son caracterizadas como “irresponsables” y hasta “incapaces” de decidir por sí mismas sobre la regulación de su fecundidad, lo que sienta las bases para sustentar esa visión que postula la ineludible necesidad (u obligación) médica de “educarlas”, “asesorarlas” y/o “guiarlas”. Así, es aparentemente en función de las características de las mujeres (ya sean con estudios o carentes de educación),

y no en función de las características de la práctica médica autoritaria (que incluyen presiones institucionales para alcanzar cierto número de usuarias de métodos de planificación familiar), que la profesión médica cree encontrar los motivos de su actuación en materia de anticoncepción en los encuentros médicos-mujeres. Por una parte, encontramos relatos que sugieren la necesidad de enfocar el desempeño profesional en la información y educación de las mujeres y relegar a un segundo plano la obligación del cumplimiento de metas, pero que no dejan de revelar las claves de su verdadero proceder: “Lo ideal sería que uno pudiera decir: ‘de acuerdo, le di bien la enseñanza a mis pacientes, les di una buena atención prenatal, les voy a hablar de planificación y no les voy a poner *casi, casi de manera forzosa* el dispositivo” (E68).

Se trata de una descripción que acepta de manera abierta que lo común, lo real (contrario a lo “ideal”, como comienza diciendo esta respuesta) es que el dispositivo se les pone a las mujeres “casi, casi de manera forzosa”. En general, la práctica de “forzar” a las pacientes a ponerse el DIU o a practicarse la OTB se presenta como “necesaria” y “bien justificada”, ya sea porque los médicos deben responder a las presiones institucionales a las que están sometidos en términos de cumplimiento de metas, o bien, por los riesgos reproductivos y a la salud que, se dice, enfrentan las mujeres que no limitan su descendencia. Aunque existen matices acerca de la “necesidad” de imponer métodos anticonceptivos a las mujeres, es relevante que en general se parte del supuesto de que esto se hace por el bien de ellas:

Muchas veces tenemos que caer en eso, en obligar a las pacientes casi, casi, en: “si no te pones el dispositivo, no te hago tu legrado; si no te vas a operar para no tener niños, dejamos tu cesárea”. Eso sí lo he hecho, que

no debería de ser, tengo toda la convicción que no debería de ser, pero muchas veces yo lo hago por salud de mis pacientes (E66).

En las narraciones de los entrevistados también encontramos evidencias de que la imposición no sólo es vista como necesaria, sino incluso como indispensable, cuya práctica, se argumenta, debería incluso estar protegida de forma legal. Se trata de una posición claramente contrapuesta a la noción de derechos reproductivos, que refleja la posición de jerarquía desde la que se ejerce la práctica:

Nos tienen amarrados de manos, por un lado nos dicen: “haz algo para el riesgo reproductivo y todo eso”, pero la señora dice “no quiero”; o sea, yo creo que llega un momento en el que ya no es de nosotros y no está en nuestras manos si no está en la legislación (...) que la ley nos protegiera a nosotros, que nos dijera la ley “en el momento en que una paciente represente riesgo reproductivo, aunque la paciente no lo desee así, tú tienes la obligación por juramento hipocrático de evitarle que esa paciente vaya a representar un riesgo reproductivo” (E64).

Se aprecia cómo en función de “los riesgos reproductivos” (o lo que para los médicos representa “riesgo”) y las “muertes maternas”, junto con un deber profesional de “salvar vidas”, se invalidan las decisiones y los derechos reproductivos de las pacientes de decidir sobre sus propios cuerpos. En el testimonio anterior, es notorio también cómo el derecho de las pacientes a no aceptar un método anticonceptivo es visto como un riesgo potencial para los médicos, surgiendo así un aparente conflicto de intereses entre los derechos y “obligaciones” de los médicos, por una parte, y los derechos de las pacientes, por otra.

La dual organización de los servicios de salud reproductiva y su efecto en la perpetuación de las desigualdades

La actual división de la atención médica en salud reproductiva según un esquema de sexo-género —servicios de ginecología y obstetricia para mujeres y servicios de urología para los varones— reproduce la noción en la que parece fundarse (*i. e.*, que se trata de cosas que van separadas) y, mediante ese mecanismo, reproduce también la inequidad de género en diversos sentidos. Los médicos entrevistados señalaron la falta de espacios y tiempos institucionales para incluir a los varones en las consultas y realizar labores de “convencimiento” con esta población, al tiempo que esta forma de organización favorece el acceso al cuerpo de la población femenina “cautiva”: “Tal vez sigamos optando por ofertar más la salpingoclasia porque la mayor parte de las veces tenemos cautivas a las pacientes, o sea, el varón tiene que llegar espontáneamente y muchas veces no llega, y aquí tenemos mucha mujer en control prenatal y obviamente en el embarazo y el parto” (E63).

No deja de ser reveladora la contraposición de términos que elige el entrevistado para describir las diferentes posiciones desde las que hombres y mujeres son atendidos por los servicios de salud reproductiva. Los primeros, señala, tienen que “llegar espontáneamente”; a las segundas, en cambio, se las tiene “cautivas”, y es justamente aprovechando esa sujeción que las instituciones de salud pueden implementar sobre ellas sus programas de control. Este cautiverio institucional sobre las mujeres es posible, desde luego, porque descansa en esa noción “de sentido común” de que son las mujeres quienes deben evitar los embarazos. Un sentido común, a todas luces, tautológico: las mujeres son las que deben evitar embarazarse, *ergo*, la institución las captura; las mujeres

están sujetas a cautiverio en las instituciones, *ergo*, que sobre ellas se implemente de una vez el control de planificación familiar.

En sus respuestas, los participantes constituyen un binomio, una vinculación *natural* e inextricable entre “ser mujer” y el “control” de la fecundidad. Se trata de una concepción con consecuencias prácticas en la organización de los servicios, organización que a la vez confirma las nociones que le dieron origen en primera instancia: “La mujer es como la relación directa niños-mujer, entonces, bueno, pues obviamente tenemos que incidir en la mujer porque ella es la que puede controlar más esta situación” (E60).

Esta relación directa entre las mujeres y su capacidad reproductiva que se presenta como “obvia” se combina con la “accesibilidad” a los cuerpos femeninos que existe en los espacios de salud institucionales. Los entrevistados expresan cómo la accesibilidad respecto de las mujeres en las áreas de salud reproductiva facilita que sean esterilizadas, “aprovechando” la ocasión y la oportunidad:

(Le decimos): “Señora, ya que está usted aquí, la vamos a operar, hable con su esposo y platique”. Aquél (el marido), ante la situación de que ‘o se opera ella o me van a operar a mí’ (responde): “ella ya está aquí adentro doctor, pues de una vez, opérela”. Esa es la verdadera situación, (...) casi todas son decisiones obligadas por nosotros, pero también nosotros tenemos la culpa, porque nosotros no hablamos con los maridos... (E64).

¿Qué condiciones sociales hacen posible que un médico encuentre natural ofrecer una respuesta como la anterior? En primer lugar, hay un reconocimiento implícito del carácter autoritario de la práctica médica. De otra manera no podría este médico escenificar al imaginario marido

de la mujer de este relato diciendo “o se opera ella o me van a operar a mí”. En segundo lugar, hay una descripción tácita de las relaciones de género desiguales que privan en el contexto social al que se hace referencia, que hacen posible que la pareja de la mujer y el médico se entiendan entre ellos, dejando a la mujer en silencio, como si no tuviera ella nada que decir acerca de la intervención que se está acordando sobre su propio cuerpo: “ella ya está aquí adentro doctor, pues de una vez, opérela”. En tercer lugar, queda claro el reconocimiento de parte del médico entrevistado de que en ese contexto de múltiples jerarquías de género y profesionales, la actual organización institucional de los servicios de salud reproductiva combinada con la obligación que se asigna a las mujeres de ser ellas quienes deben prevenir los embarazos, favorece la toma de decisiones respecto de la esterilización femenina de manera autoritaria: “casi todas son decisiones obligadas por nosotros”. De más está señalar que la mayoría de estas coacciones son ejercidas en un contexto donde las mujeres se encuentran solas y en una situación de vulnerabilidad extrema, como lo es el trabajo de parto.

La incipiente noción del papel de los varones

Pese a lo antes mencionado, en las entrevistas de los médicos se aprecia un cierto reconocimiento de que los varones podrían ejercer un papel más activo en cuanto a corresponsabilizarse del control de la fecundidad, pero esta noción también es concebida bajo la guía y el liderazgo de la medicina profesional: “...actualmente el hombre ha cambiado, o sea, yo pienso que ahora participa más, no en el número que quisiéramos, pero creemos que esto es una labor que nosotros como médicos

tenemos que hacer para tener un control sobre la natalidad más bajo, tasas más bajas” (E65).

En este sentido, algunos entrevistados señalaron que en la decisión de practicarse una vasectomía es central el establecimiento de una relación de confianza entre el médico y el paciente varón:

Yo fui el médico que atendió todos los partos de su esposa y pues nos unió una gran amistad, por así decirlo, entre paciente y el médico. Y eso fue uno de los factores, yo le aconsejé: “¿Ya no quieres tener bebés?, opérate, es gratuito, no es doloroso”. Me dijo: “¿Va a estar conmigo doctor?”, y le dije: “Yo voy a estar contigo hasta lo último”, y yo creo que ese fue uno de los grandes convencimientos... (E41).

Sobresale esta posición sobre todo si se contrasta con lo que sucede con la esterilización femenina, donde los términos en que se plantea ésta es como de una obligación y donde el acompañamiento emocional, como el que se solicita y ofrece en este testimonio, no suele ser un factor a tomar en cuenta. Es notoria la diferencia que marcan los condicionantes de género y la relación que se establece desde los médicos con los cuerpos femeninos y masculinos.

Resalta, asimismo, que la mayoría expresó la necesidad de promover una mayor participación de los varones en la salud reproductiva, no tanto para mejorar las condiciones de salud de las mujeres ni para fortalecer relaciones más equitativas, ni aun hacia el cuidado de la salud de hombres y mujeres, sino para reducir las tasas de natalidad. Y aunque a nivel discursivo presentan la necesidad de la participación tanto de hombres como de mujeres para controlar el crecimiento poblacional, la imposición de métodos anticonceptivos, como una forma de

participación obligada, únicamente se refiere a las mujeres. El marco de este discurso de planificación familiar dota de sentido a la necesidad de incluso imponer los métodos anticonceptivos:

La situación del país hoy nos obliga a que definitivamente debes de ser un poquito más estricto, no tanto por lo que representa el riesgo reproductivo, sino por la sobrepoblación que tenemos. Definitivamente yo soy de la idea de que esto (la planificación familiar) debe de ser un poquito más obligado (E64).

Se trata de una expresión del autoritarismo médico que subyace a la práctica profesional de consejería en materia de planificación familiar. Apenas disimulada bajo un lenguaje aparentemente suavizante (“debe ser un poquito más obligado”), se aprecia una predisposición para actuar bajo los dictados de la autoridad que puede obligar a utilizar métodos anticonceptivos a hombres y mujeres.

Formación profesional, prestigio y riesgo: el orden masculino de la ciencia

Desde luego, la división sexo-género de los servicios de salud reproductiva se refuerza, asimismo, desde una formación curricular en medicina que fragmenta y especializa a los médicos para atender “problemas de la mujer” o del “varón”, según sea el caso. Desde la formación se condiciona en mayor o menor medida la práctica médica en virtud de lo que se considera prioritario o importante de enseñar a los alumnos. Los testimonios analizados sugieren que dentro del currículum y la

formación profesional se le da poca importancia a la capacitación dirigida a la práctica de vasectomías, mientras que con la oclusión tubaria (OTB) sucede lo contrario. Los participantes en este estudio expresaron que durante sus residencias médicas o internado se les capacita en la práctica de las OTB, mientras que se pone poco o nulo énfasis en la enseñanza y práctica de las vasectomías, por lo que refieren no saber cómo practicarlas o no estar debidamente capacitados para poder realizarlas: “Sí, también se ve la vasectomía, pero hasta ahí, es como una última opción; se ve todo primero y al final los métodos definitivos. Se le da mucho énfasis a la OTB, pero la vasectomía es como muy poco, es como una hoja aparte” (E68).

La formación curricular desempeña un rol importante en la configuración de las preferencias y prácticas “legítimas”. Por ello, lo aprendido desde los años en la escuela o facultad de medicina, o durante la especialización, constituye las bases de lo que serán, en la práctica, las preferencias en la atención que se brinda en los servicios de salud reproductiva, así como las diferencias en la apreciación en lo que se refiere al “riesgo” profesional inherente a la práctica de OTB y vasectomías. No deja de ser sorprendente que mientras la promoción de las OTB se incorpora en el *habitus* médico como un deber, como parte del cometido profesional que no entraña mayores riesgos, la promoción de las vasectomías se percibe como una actividad que debería venir acompañada de algún estímulo monetario o de otra especie que compense el supuesto riesgo profesional a que se exponen quienes las practican. Se trata de un nuevo dato que ilustra el carácter jerárquicamente desigual con que se percibe la planificación familiar para uno u otro sexo: “No hay incentivos para nosotros, en general estamos de la jodida, pero hace poco otorgaron el concepto 30, es un concepto que se ofrece al

trabajador de la salud por riesgo: fíjate que no había caído en cuenta del compromiso que implica hacer una vasectomía” (E60).

Lo anterior redundante en el hecho de que ser un médico varón que practica vasectomías no representa ni material ni simbólicamente una ventaja competitiva respecto de los colegas y, por lo contrario, puede ocasionar que el médico que promueva y realice esta práctica sea visto como alguien que atenta contra los varones:

En la profesión médica el hombre sigue siendo una mayoría y pues regresamos a lo mismo, no me voy a atacar, no me voy a enterrar un cuchillo si sé que me va a doler; a menos de que esté yo muy bien preparado y no me afecte, vamos, que quiera yo realmente, que esté yo consciente de que se necesita un cambio; muchos de los médicos en el sector salud y a nivel particular son gentes con un machismo muy arraigado... (E65).

En este sentido, encontramos que además de que materialmente son pocos los incentivos hacia quienes practican las vasectomías, contrario a lo que ocurre con las OTB, existen nociones entre los médicos que asumen como equivalente el hecho de practicar una vasectomía con el hecho de “atacar” la sexualidad de un hombre:

Yo estuve trabajando 5 años con un médico, pero este médico estaba en contra de la vasectomía, o sea, yo a veces tenía que operar solo; le decía yo: “ayúdame”. Es un médico que decía: “no, ¿yo cómo voy a atacar contra la sexualidad de un hombre?”, o sea, siendo médicos, también hay muchas personas que tienen su propia opinión, muy reservada, muy respetada, pero en contra total de la vasectomía (E59).

En una sociedad y en una práctica médica y científica que ha tomado al cuerpo y a la anatomía del varón como “la norma”, la vasectomía puede representar en el terreno simbólico y social un atentado grave, en tanto que el campo está organizado sobre la base material y conceptual de que los cuerpos sobre los cuales puede intervenir en términos de reproducción son los femeninos. Además de lo anterior, entre las distintas explicaciones acerca de la escasa oferta de vasectomías encontramos nociones que relacionan la vasectomía con el cáncer o con una disminución de la libido o alteraciones en las funciones sexuales de los varones que se la practican: “Es una de las causas principales de muerte, el cáncer de próstata en hombres, entonces pues se platica con los urólogos y los urólogos te dicen que hay cierto riesgo (...) que la realización de vasectomía es causante de cáncer testicular o de próstata en el hombre” (E64).

Se presenta a la vasectomía como un factor de riesgo para los varones que acceden a practicársela. Este es uno de los argumentos más usados para justificar que ésta no se practique y se recomiende poco. Pese a que la información que vinculó a la vasectomía con el cáncer testicular y la disminución de la libido ya fue rebatida (Goldacre, Wotton, Seagroatt y Yeates, 2005; Bernal-Delgado, Latour-Pérez, Pradas-Arnal y Gómez-López, 1998), la idea de que ésta se relaciona con el cáncer permanece. En las entrevistas también pervive el temor de que la vasectomía puede llegar a asociarse con el desarrollo de enfermedades auto-inmunes:

Respecto a la vasectomía, los hombres le tienen miedo, no les gusta, es el machismo, indudablemente a los hombres nos gusta “ser como Gabino Barreda: con hijos en donde quiera”. Yo mismo la verdad no le tengo

confianza porque ya ves que hay enfermedades autoinmunes en las cuales el organismo empieza a atacarse a sí mismo y la verdad pues esos espermias que ya no salen y se quedan en el cuerpo, pues la verdad existe la probabilidad de que reaccionen contra el organismo y provoquen una enfermedad autoinmune, se sabe poco de la enfermedad y la probabilidad es mínima pero ¿para qué arriesgarse? (E62).

En una descripción como la anterior hay que destacar, en primer lugar, la construcción de la masculinidad a partir de “poder” embarazar a cualquier mujer y tener “hijos en donde quiera”. Al mismo tiempo es relevante la relación que se establece entre los “*espermias que ya no salen* y se quedan en el cuerpo” y “la probabilidad de que reaccionen contra el organismo *y provoquen una enfermedad autoinmune*”. Esta última línea vuelve a hacer referencia al poder y agresividad que confieren las imágenes en torno del “doble poder” de los espermias. Esto es, no sólo aparecen como capaces de “generar vida en otro cuerpo”, sino también de generar enfermedades (autoinmunes) en los cuerpos masculinos si permanecen en ellos.

Las predisposiciones que los médicos tienen ante la vasectomía y la OTB son el producto de la incorporación de la estructura de poder vigente en el campo médico y en el espacio de las relaciones de género. Ellas permiten comprender su propensión a cierto tipo de prácticas, así como la influencia que tienen en las decisiones reproductivas de la población usuaria que acude a consejería para controlar la fecundidad. Y desde luego, desenmascara la supuesta “neutralidad” con la que la práctica médica se presenta a sí misma, y muestra que esta profesión ocupa un papel muy activo en la preservación y reproducción del orden de género vigente.

Conclusión

Si tras el análisis presentado resulta tan evidente el carácter autoritario con que operan los servicios de salud reproductiva en materia de planificación familiar, y si es tan clara la desigualdad de género sobre la que se funda y que a la vez contribuye de manera decisiva a reproducirla —mediante la perpetuación de la noción de que la responsabilidad en la prevención de los embarazos corresponde a las mujeres en cuyos cuerpos se debe intervenir médicamente aprovechando que se las tiene “cautivas”, noción que a la vez no es una mera entelequia, sino que está bien fundada en bases materiales concretas tales como la organización objetiva de los servicios de salud—, tendríamos que preguntarnos cómo puede ser tan sistemáticamente eficaz esta manera de organizar los servicios y esta forma de estructurar e implementar la consejería y la intervención médica en esta materia. La respuesta estriba en los *habitus* que produce este campo médico y este orden social, que predispone a los diversos actores —incluyendo a las mujeres— a cooperar de manera inconsciente con un orden que creen reconocer como lógico y natural, y que no puede ser de otra manera:

el milagro de la eficacia simbólica queda abolido si percibimos que esta verdadera acción mágica de influencia o... de *posesión* sólo tiene éxito en tanto quien la sufre contribuye a su eficacia; que ella no lo constriñe, sino en la medida en que por un aprendizaje previo está predispuesto a *reconocerla*. Y en verdad las cosas no tomarían ese cariz si las categorías de percepción y de acción que pone en práctica en los actos individuales con los cuales se cumple la “voluntad” y el poder de la institución (ya se trate de las apreciaciones de un médico, o bien, de las preferencias de las usuarias) no estuvieran en concordancia inmediata con las estructuras objetivas de la

organización porque son el producto de la incorporación de esas estructuras (Bourdieu, 2013, p. 14; cursivas en el original; paréntesis añadido parafraseando el original que se refiere a un profesor y a un alumno, en lugar de a un médico y a una usuaria).

El análisis que hemos presentado confirma que los servicios de salud reproductiva son espacios privilegiados para analizar las relaciones de género y poder prevaletentes en el campo de la salud, pues funcionan como una especie de lente de aumento que permite advertir con claridad la participación de las instituciones y los médicos en la consolidación de las desigualdades de género. Bajo esta perspectiva, es importante visibilizar cómo las preferencias anticonceptivas de los médicos constituyen respuestas colectivas —individualmente producidas y al mismo tiempo socialmente orquestadas— a partir del desarrollo de un *habitus* profesional específico, concomitante al campo médico al que pertenecen.

Nuestros resultados muestran el papel clave que desempeñan los médicos en las “decisiones” anticonceptivas de las mujeres y hacen evidente que en el campo de la reproducción humana las preferencias en torno de la regulación de la fecundidad son mediadas por condicionantes sociales. Tales factores son reproducidos y naturalizados en el campo médico, donde la acción profesional genera su propia “agiografía” que postula que la atención en salud procede ante todo con criterios científicos (Abbott, Wallace y Tyler, 2005). Dicho trabajo de legitimación termina por validar el desarrollo de “especializaciones” y exclusiones (como la de los varones del ámbito de la responsabilidad en salud reproductiva) mediadas por relaciones sociales y no meramente “naturales”.

En efecto, en la práctica y la normatividad institucionales es factible observar elementos sexistas que se expresan en el estímulo a la presencia

femenina en los programas anticonceptivos y en la exclusión sobreprotectora de los varones, tal como también lo han señalado otros estudios. Y si bien el *habitus* y su complicidad con el campo donde funciona están en el origen de la explicación de muchos de estos fenómenos, estamos lejos de concluir que la determinación que pesa sobre los actores es ineludible. El *habitus* es materia transformable, y el primer paso para ello es el desarrollo de la conciencia, por parte de los actores, acerca de las fuerzas que los regulan. Por ello, con base en éste y otros trabajos similares, es indispensable promover acciones con perspectiva de género en salud reproductiva que impulsen debates acerca de la estructura de las prácticas médicas y su papel en nuestra sociedad, y que permitan cuestionar la organización institucional médica y su agenda oculta.

En el mismo sentido, es necesario cuestionar la organización de los servicios de salud reproductiva y los principios sobre los que descansa dicha organización, ya que la actual división según un esquema de sexo-género dificulta incluir a los varones en las consultas y realizar labores de “convencimiento” para involucrarlos de manera más activa. En los testimonios de los médicos participantes sigue predominando una visión de los Programas de Planificación Familiar en la que el objetivo central es contribuir a la reducción de la sobrepoblación, lo que parece indicar que el cambio hacia una práctica médica en salud reproductiva integral aún está lejos.

Un aspecto importante para posibilitar un cambio es la revisión de la formación curricular de los médicos con miras a visibilizar aspectos y hacer conscientes vacíos que obstaculizan la equidad de género en salud. Este estudio sugiere que el entrenamiento que generalmente se da a los profesionales de la salud dificulta hacer visibles las relaciones de poder que se establecen en las interacciones médicos-pacientes, de

donde se desprende la necesidad de reflexionar con los profesionales de la salud acerca de las dimensiones de género implicadas en estas interacciones.

También es necesario impulsar acciones que permitan a las mujeres tomar consciencia de las determinaciones a las que están sujetas con miras a crear las condiciones para su transformación. Acciones que permitan dejar de ver como natural aquellas concepciones que perciben los cuerpos femeninos cargados de sexualidad y “riesgos”, y que por ende, los presentan como factibles de ser controlados mediante la supervisión médica y la regulación de su capacidad reproductiva.

A partir de lo encontrado en este trabajo, es necesario resaltar también que el uso de anticonceptivos masculinos demanda una renegociación de las identidades masculinas. Moore (2002) sugiere que la creación de nuevas tecnologías anticonceptivas para hombres requiere la desestabilización de las convencionales identidades de género. La innovación en tecnologías anticonceptivas no es sólo la historia de la invención de éstas, sino que es una historia acerca de la construcción y emergencia de nuevas identidades, así como de un orden social y corporal diferente que involucra a amplios sectores sociales entre los que los profesionales médicos ejercen un papel central.

Finalmente, este capítulo ha hecho evidente la necesidad de modificar las presiones y restricciones organizacionales del contexto en donde los encuentros médicos-mujeres tienen lugar (Potter y Mckinlay, 2005). Esto implica visibilizar que las prácticas anticonceptivas no son únicamente un conjunto de procedimientos médicos con consecuencias biológicas, sino que expresan y reproducen significados y actuaciones genéticamente vinculadas a la organización social de la reproducción humana y de la reproducción social.

Capítulo VI

El *habitus* médico autoritario ante las recomendaciones de las Comisiones de Derechos Humanos en el campo de la salud reproductiva

Introducción

La sociología de las profesiones demostró tempranamente que existe una diferencia sustancial entre lo que constituye una mera ocupación y lo que es propiamente una profesión. “Una profesión es una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, ésta es autónoma e independiente” (Freidson, 1982, p. 15). La historia de las profesiones es muy ilustrativa acerca de las maneras en que una ocupación puede alcanzar la anhelada autonomía y devenir así en profesión. En el caso de la medicina, se trató de una alianza con el Estado que permitió la promulgación de leyes que garantizaron a la medicina científica el monopolio de la práctica médica en detrimento de otras medicinas. Dicha alianza fue posible no sólo por el desarrollo académico y científico de la medicina moderna, sino porque hubo condiciones sociológicas específicas que lo permitieron (Turner, 1987).

La autonomía que una profesión reivindica frente al Estado se refiere básicamente al control sobre el aspecto técnico de su quehacer

(no necesariamente sobre sus condiciones de trabajo).⁶⁸ Así se explica que un atributo fundamental de cualquier *profesión* sea su capacidad de dictar los términos con que deben nombrarse los problemas sobre los que trabaja, así como las condiciones en que debe evaluarse el trabajo de sus integrantes. Mientras que cualquier persona puede evaluar el trabajo de quien ejerce tan sólo una ocupación (puedo juzgar si el trabajo que hizo el plomero en mi casa está bien hecho; o el del carpintero, o el del pintor), los integrantes de una profesión reclaman para sí mismos la capacidad de juzgarse técnicamente. Y aunque el ciudadano común pueda tener sus dudas acerca del servicio prestado por un profesional (por ejemplo, un médico), es frecuente que esta opinión sea descalificada y se remita al quejoso a consultar a otro especialista, es decir, a otro representante de la profesión. Esa es la prueba de la autonomía, rasgo central que diferencia a una profesión de una mera ocupación: la capacidad de sustraerse del juicio de los legos y de reservar para los especialistas de la propia profesión la evaluación del trabajo que se hace.

A lo largo de este libro hemos mostrado que frente a la creciente evidencia de violaciones de los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva, la profesión médica ha pugnado por mantener la definición de estos abusos en el marco de lo que eufemísticamente llama “problemas de calidad de la atención”. Se trata de una denominación que es producto de las posibilidades objetivas del campo médico en tanto que, al ejercer su autonomía, la profesión médica está atrapada en la necesidad de definir “médicamente” los problemas que se suscitan

⁶⁸ La prueba de la profesionalidad es la autonomía, y la prueba de la autonomía es el control.

en el ámbito de su competencia.⁶⁹ Estamos aquí frente a un invaluable material para una bien fundada sociología del conocimiento. En efecto, al ejercer su capacidad de evaluarse a sí misma, la profesión médica define estos abusos como problemas de calidad de la atención, y reduce la cuestión al ámbito de la interacción médico-paciente con todo lo que esto implica: busca ahí sus causas (por ejemplo, deficiencias en la capacitación del médico, o problemas en la conducta del paciente, o problemas en el abasto de equipo y medicamentos), identifica ahí sus características (normalmente definidas en la jerga profesional),⁷⁰ y propone ahí sus soluciones (por ejemplo, capacitar a los médicos en el conocimiento de las normas oficiales o en el buen trato a los pacientes). Al mismo tiempo, la profesión médica tiende a ignorar (activa y pasivamente) los efectos que la estructura y el funcionamiento del campo médico tienen sobre estos problemas, así como sobre su propia propuesta para nombrarlos (en términos de “calidad”) y reducir su incidencia. Por ello hemos argumentado que es indispensable redefinir el problema sustrayéndolo de la lógica médica (que tiende a reducirlo a cuestiones meramente instrumentales), y reconstituirlo como un problema sociológico en el marco del análisis de las cuestiones de ciudadanía y de derechos en salud. Sólo en la medida en que podamos comprender que la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva es un epifenómeno de la

⁶⁹ Sólo una mirada ingenua presupone que la acción médica es, como ésta tiende a presentarse a sí misma, afectivamente neutral y guiada sólo por criterios estrictamente clínicos. La acción médica también es altamente política e ideológica.

⁷⁰ Por ejemplo: “Según nota post operatoria, bajo anestesia con bloqueo peridural previa asepsia y antisepsia se realizó cesárea tipo Kerr y la oclusión tuboovárica de la que se obtuvo producto vivo del sexo femenino, quien lloró y respiró de manera espontánea” (Recomendación CDEH/I/005/08 del estado de Sinaloa).

estructura de poder dentro del campo médico, estaremos en condiciones de aprehender mucho más radicalmente las características centrales del problema y de influir en su transformación.

En este capítulo final queremos continuar con esta argumentación, presentando nuevas evidencias acerca de la manera en que funciona el *habitus* de los principales actores del campo médico —los propios médicos— e ilustrar cómo dicho *habitus*, a la vez, reproduce las mismas estructuras de razonamiento que son centrales en la justificación y perpetuación de las violaciones de derechos de las mujeres. Para ello, destinaremos la primera parte a retomar los conceptos sociológicos básicos en nuestra investigación: campo y *habitus* médicos. En la segunda sección describiremos brevemente el trabajo de acopio de evidencias que hemos realizado a lo largo ya de varios años, parte de las cuales son el sustento de lo que aquí presentamos. Y en la tercera parte presentamos un análisis de una muestra selectiva de recomendaciones de la Comisión Nacional y de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos en materia de violaciones en el ámbito de la salud reproductiva.

De nueva cuenta: campo médico y *habitus* médico

A lo largo de este libro hemos venido trabajando con dos conceptos centrales: campo y *habitus* médico. Desde el enfoque de la *sociología espontánea* (es decir, un enfoque sin controles metodológicos, meramente intuitivo), suele pensarse en “la sociedad” como la variable que determina muchas de las conductas de los individuos. Sin embargo, dicha categoría es demasiado general y abstracta, y por tanto, no suficientemente

precisa para estudiar problemas específicos de un campo como los que aquí nos interesan.

En cambio, la noción de *campo* resulta más apropiada para estos fines. Como ya dijimos en capítulos previos (y aun a riesgo de ser repetitivos), un *campo* es “un conjunto de espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en estos espacios, y que pueden ser analizadas independientemente de las características de sus ocupantes (que en parte están determinadas por las posiciones)” (Bourdieu, 2000, p. 112). Tales posiciones pueden identificarse objetivamente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí (de dominación, subordinación, homología, entre otras). El *campo médico*, entonces, abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así entendido, el *campo médico* está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquéllas y éstas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico)

del campo; por los representantes de las medicinas subalternas (desde la homeopatía hasta las diversas modalidades de medicina tradicional); por las diversas industrias (de aparatos, farmacéutica, de seguros), y finalmente, de manera más marginal (en tanto que suelen ser los actores con menos poder para operar dentro del campo) por los y las usuarias y las y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo.

El campo médico produce (y es simultáneamente el producto de) una serie de subjetividades, entre las que nos interesa destacar el *habitus médico*. El *habitus* se define como el conjunto de predisposiciones adquiridas mediante la incorporación de las estructuras objetivas y de la historia del campo, y que funcionan como un sistema de esquemas generativos. El *habitus* “es generador de estrategias que pueden ser objetivamente conformes con los intereses objetivos de sus autores sin haber sido expresamente concebidas con este fin” (Bourdieu, 2000, pp. 118-119; véase también Bourdieu, 1991). Esto quiere decir que cada campo (y el campo médico no es la excepción) forma la subjetividad de sus actores y la condiciona para que éstos puedan funcionar dentro del campo de manera adecuada. Y al funcionar apropiadamente dentro del campo, los actores lo reproducen y le dan nueva vida. Es decir, existe una complicidad genética entre un campo determinado y el *habitus* de sus actores, que da cuenta de la mutua determinación de estas dos formas de lo social. Parte constitutiva del *habitus* es la *illusio*, que consiste en el reconocimiento tácito que los actores confieren al valor de lo que está en juego y al dominio práctico de las reglas.

Una analogía deportiva, aunque imperfecta como ejemplo, puede clarificar parcialmente estas cuestiones: en un partido de fútbol, es posible observar a los jugadores profundamente interesados en el juego, al grado tal de hacer cosas que resultan por lo menos indiferentes

(cuando no francamente absurdas) a los que no están comprometidos de esa manera con ese deporte. Así se explica la pasión con la que corren detrás del balón, o la valentía para formarse en la “barrera” en un tiro de castigo. Todos los jugadores comparten una misma *illusio* y un mismo *habitus*, es decir, confieren un alto valor a lo que está en juego, al mismo tiempo que dominan perfectamente las reglas del juego. Este dominio se refiere no sólo a las 17 reglas formales de este deporte, sino también a todas esas otras actitudes, habilidades y estrategias que es preciso conocer e *incorporar* (es decir, hacer parte del cuerpo) para poder jugar adecuadamente, tales como la mejor manera de patear el balón, las mejores tácticas para desmarcarse, la capacidad de anticiparse a un pase y llegar en el momento justo al lugar donde va a caer el balón, por ejemplo. Y también las emociones: la angustia previa al partido, la felicidad del gol, el llanto de la derrota, son expresiones del *habitus*, de la estructura del campo hecha cuerpo en forma de sentimientos y predisposiciones psíquicas. El fútbol produce actores con un *habitus* tal que les permite jugar casi automáticamente cada partido (es decir, sin necesidad de someter a consideración racional cada acción o jugada que emprenden); y al hacerlo, los jugadores recrean una y otra vez el fútbol. El campo produce y reproduce *habitus*, y los *habitus* producen y reproducen el campo.

En consecuencia, la relación entre el campo médico y el *habitus* médico (como la de cualquier otro campo y su respectivo *habitus*) es de plena concordancia entre sí y esa complicidad entre ambos es el principio de la acción que tiene lugar en dicho campo. Ambas realidades (el campo y el *habitus*) son dos expresiones de lo social que se implican recíprocamente: “la historia hecha cuerpo y la historia hecha cosa, o más precisamente [...] la historia objetivada en las cosas, en forma de estructuras y mecanismos (los del espacio social o los campos), y

la historia encarnada en los cuerpos, en forma de *habitus*” (Bourdieu, 1999a, p. 198).

Podemos entonces definir al *habitus* médico como el conjunto de predisposiciones que resultan de la *incorporación* de las estructuras objetivas del campo médico, que adquieren los profesionales de este campo, en primer lugar los médicos, que engendra todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales, al mismo tiempo que transforma en impensables o inconcebibles otra serie de potenciales conductas que no se ajustan a las condiciones objetivas estructurantes de la acción. La coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un *sentido práctico* propio del campo, es decir, a una práctica casi intuitiva, espontánea, inconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo, y que, por tanto, son más prácticas que lógicas, o bien, son lógicas sólo hasta el punto en que no dejen de ser prácticas.

Lo que queremos mostrar en este capítulo es que con estos conceptos también podemos explorar la manera en que las instituciones y los profesionales de salud se defienden cuando enfrentan acusaciones formales por los abusos que cometen. Con este fin, hemos revisado vía internet todas las recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) a las instituciones de salud, del año 1990 al año 2012, en virtud de quejas por abuso y violaciones de derechos presentadas por las y los usuarios de dichos servicios. De la misma manera, hemos revisado todas las conciliaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) a las que nos ha sido posible acceder vía internet, y hemos hecho también un recuento de todas

las notas periodísticas publicadas sobre esta materia en los periódicos *El Universal*, *La Jornada* y *Milenio Diario*, en el periodo comprendido entre los años 2000-2012. En este capítulo centraremos el análisis focalizándonos en lo que revelan las recomendaciones de la CNDH y las Comisiones Estatales.

Donde lo profesional se confunde con lo autoritario

En la recomendación 007/2002 de la CNDH, se asienta la queja por negligencia médica que culminó en la muerte de un recién nacido y en la contracepción (esterilización) forzada de una señora atendida por parto en un hospital del IMSS en Aguascalientes. La queja la presenta el esposo de la afectada, y en ella se asienta que la señora declara que mientras estaba anestesiada, “no supe quién, pero me agarraron la mano y me hicieron firmar unos documentos, los cuales no sé qué contenido tenían’. Finalmente mencionó el quejoso que al parecer operaron a su esposa para ya no tener hijos, en contra de su consentimiento y autorización así como del suyo”.

La CNDH hizo del conocimiento del IMSS esta queja y solicitó a las autoridades del referido hospital de Aguascalientes que dieran su versión documentada de los hechos. Resulta del todo revelador revisar la manera en que la institución se defiende y argumenta en su favor contra la queja presentada. En su defensa, el IMSS arguye:

En efecto, en la nota médica que obra en el expediente clínico de la paciente, el citado galeno consigna que “se platica con la paciente con respecto a su alto riesgo obstétrico y a su alto riesgo reproductivo, por lo que

era conveniente efectuar OTB y al no haber familiares en sala de espera la paciente decide aceptar el método de planificación familiar”. Fue en ese momento que la señora María Esther Pérez de Lira decidió utilizar el método de planificación familiar sugerido, firmando el documento de consentimiento informado, estando consciente y bien orientada.

De tal manera que tenemos dos versiones completamente opuestas acerca de lo sucedido. La de la señora que presentó la queja, que en síntesis acusa a los médicos que la atendieron de haber incurrido en un atropello de su persona al “hacerla firmar” un papel mientras estaba inconsciente; y la del hospital donde esos médicos trabajan, que argumenta que todo se hizo con la plena colaboración, consciente e informada, de la señora. En el expediente en cuestión de la CNDH se lee:

Por otra parte, el director del Hospital General de Zona No. 1, doctor Fernando Díaz Morales, informó que el médico que practicó la salpingoclasia (OTB), doctor Arturo Flores y Ruiz, le indicó que por instrucciones suyas, el enfermero Pedro Álvarez Macías recabó la firma de consentimiento a la paciente en el formato respectivo. De dicho formato sobresale el espacio relativo al aceptante, nombre y firma o huella, toda vez que no obstante que la agraviada sabe firmar, como quedó anteriormente establecido, en ese lugar aparecen como firma unas letras que pretenden ser el nombre de la agraviada sin sus apellidos, escritas de manera casi transversal a la línea de firma, diferente en la estampada en la autorización inicial de la operación, así como una huella dactilar borrosa; lo que contradice lo informado por el doctor Arturo Flores y Ruiz, en el sentido de que la paciente expresó su consentimiento informado “estando consciente y bien orientada”.

Ante la contradicción en las versiones, la CNDH decide realizar una investigación por su propia cuenta, y concluye que el análisis de la forma y rasgos de la supuesta firma de consentimiento de la señora:

crea convicción en este Organismo Nacional respecto a lo afirmado por la agraviada, en relación a que le “agarraron su mano y le hicieron firmar unos documentos, los cuales no sabía que contenido tenían”; pues en todo caso la supuesta o aparente consejería que se le proporcionó se efectuó en condiciones de presión emocional, como indudablemente lo es un postparto con producto obitado, situación que no permite la Norma Oficial Mexicana, pues con ello se conculca su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de los hijos que deseaba procrear en su vida reproductiva.

Con toda probabilidad estamos frente a un acto autoritario por parte del personal de salud de este hospital, que decidió imponer sobre la señora en cuestión un método anticonceptivo definitivo e irreversible, sin consultar a la afectada o abiertamente en contra de su decisión expresa. Decenas de quejas de este tipo, referidas a negligencia y abuso por parte del personal de salud, así como de las recomendaciones correspondientes, constan en los archivos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos del país, y son accesibles, en su mayoría, vía internet.

El hecho de que se trate de una cantidad considerable de casos y recomendaciones, permite vislumbrar la existencia de un patrón que amerita un examen minucioso. A los efectos de nuestra investigación, no es tanto el detalle de los atropellos cuanto el interrogarse por las condiciones de posibilidad que les anteceden y que también están presentes en el proceso

“jurídico” mismo (acusación, investigación y defensa) de que dan cuenta estas recomendaciones. ¿Qué se requiere, en términos de funcionamiento institucional y profesional para que —aun suponiendo que no estamos frente a una práctica rutinaria, sino sólo marginal— se pueda: *i*) imponer un método anticonceptivo definitivo a una mujer que había expresado claramente su negativa para ello, *ii*) instruir a un enfermero para que tome la mano de la paciente y la haga “firmar” (obviamente, con una firma que no corresponde a la auténtica) y asentar su huella digital a modo de “consentimiento informado”, y *iii*) presentar estas “evidencias” (en realidad inculpativas) como recursos de “defensa” ante la Comisión?

Si, como hemos venido diciendo, el *habitus* médico es ese conjunto de predisposiciones que, producto de las condiciones objetivas y de los arreglos de poder propios del campo médico, engendra la mayor parte de las conductas razonables y de sentido común de dicho campo; si ese mismo *habitus* no solamente no confina este tipo de atropellos al reino de lo “impensable” o de lo “inconcebible”, pues la abundancia de recomendaciones de las Comisiones Nacional y Estatales de Derechos Humanos así lo demuestra, sino que incluso las vuelve posibles y quizás hasta rutinarias, ¿cuáles son sus características y cuáles las del campo que lo produce, que lo hacen posible?

Como lo hemos argumentado a lo largo de este libro, para responder a estas interrogantes es necesario explorar los atributos del campo médico, cuya estructura y funcionamiento se funda en un conjunto de jerarquías y disciplinamientos siempre en operación y que comienza y se perpetúa en/sobre/con los propios médicos y paramédicos; es necesario ahondar en el conocimiento de un *habitus* médico que, al entrar en contacto con eso “social hecho historia”, esa “historia objetivada en las cosas, en forma de estructuras y mecanismos (los del espacio social o los

campos)” (Bourdieu, 1999a, p. 198), puede dar lugar “naturalmente”, de manera lógica⁷¹ a este tipo de violaciones de derechos de las mujeres.

Otra recomendación (046/2002) de ese mismo año da cuenta de una queja de una ciudadana indígena chinanteca del estado de Oaxaca que relata que acudió a realizarse un examen de papanicolau en una Unidad Médica Rural del IMSS, tras lo cual, y por espacio de dos años, presentó dolores en los ovarios y sangrados abundantes. Al término de ese lapso acudió a una clínica particular donde le diagnosticaron una infección vaginal y le informaron que traía colocado un DIU, situación que ella desconocía y que nunca solicitó ni autorizó. En su “defensa”, las autoridades del IMSS presentaron un consentimiento informado que posteriores pruebas grafoscópicas demostraron que era falsificado, tal como en el caso anterior.

¿Por qué se coloca un DIU sin conocimiento ni autorización de la usuaria? Cabe hipotetizar que estamos ante una lectura desde la dominación, que se ejerce sobre este tipo de mujeres y que *motiva* a los prestadores de servicios a proceder con este grado de autoritarismo, básicamente porque se puede hacerlo. Por una parte, este impulso a la acción profesional autoritaria habría sido reforzado desde el Estado mexicano, que en la década de los ochenta del siglo pasado asoció *profesionalismo* con un alto grado de cumplimiento de las metas de usuarias de anti-conceptivos por centro de salud, que se definían desde la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud (Bronfman y Castro, 1989). Por otra parte, estaríamos frente a un estilo profesional autoritario, que ve en las mujeres más vulnerables (como las indígenas), condiciones más propicias para la imposición de su agenda.

⁷¹ Pero una lógica práctica, y no una lógica-lógica.

Donde lo autoritario se confunde con lo ético

Un tercer ejemplo paradigmático se refiere al contenido en la recomendación de la CNDH 091/1994, donde se refiere el caso de una señora con diez semanas de embarazo que acudió a la Clínica 33 del IMSS en la Ciudad de México, y donde le detectaron que el producto había fallecido (“huevo muerto retenido”), por lo que se procedió a extirparlo. Dos semanas después, ante la negativa de la propia clínica de recibirla en consulta por saturación de citas, acudió con un médico particular que le informó que traía un DIU colocado, sin que ella supiera ni lo hubiera autorizado. La afectada relata que cuando le dieron el diagnóstico de su producto muerto, entró en crisis nerviosa y en ese estado, previo a la operación, le solicitaron que firmara unos papeles, los cuales firmó sin leer. Lo más llamativo del caso es que cuando la CNDH solicitó su informe sobre los hechos al IMSS, la institución respondió:

que a la paciente se le colocó el dispositivo intrauterino tomando en cuenta las normas de control de fertilidad que rigen en la institución; que estaba indicado médicamente y era indispensable, en este caso, para espaciar el período intergenésico; que el médico está autorizado para tomar decisiones en beneficio de la paciente por lo que, no obstante que ella manifestó que no aceptaba el método, le fue colocado el dispositivo con el fin de preservar su salud, y que ello no implicaba negligencia médica.

En su recomendación, la CNDH les “recuerda” a los directivos que las políticas de planeación familiar del propio IMSS “no dan a las autoridades médicas atribuciones para decidir, sin acuerdo de las pacientes

o de los esposos de éstas, aún a efectos de protegerlas, la aplicación de métodos anticonceptivos para espaciar los períodos intergenésicos”, además, desde luego, que se menciona el marco jurídico, comenzando por el Artículo 4° constitucional, que ampara el derecho de las personas de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Sorprende entonces que, aun siendo parte del marco normativo interno de la institución la prohibición de imponer un método anticonceptivo a las mujeres, la respuesta oficial del IMSS se haya centrado en la defensa del supuesto deber del médico de así proceder, si lo considera conveniente. Es un indicio de que estamos ante una forma de profesionalismo que no se inspira, contra lo que suele creerse, tan sólo de las normas formales o escritas del gremio, sino que, por lo contrario, más allá de los códigos oficiales, existen otras fuerzas más poderosas estructurando la acción profesional de estos agentes. Se trata de una concepción del profesionalismo médico profundamente autoritaria que sólo puede esgrimirse en propia defensa porque se está plenamente convencido de ella (de lo contrario tendríamos que estar dispuestos a aceptar que se trata de una institución de cínicos). Estamos frente a un *habitus*, fruto y cómplice de un campo de poder, el médico, que se despliega con toda claridad ante nuestra mirada.

La defensa anterior muestra a un grupo de médicos que argumentan poseer la licencia y el mandato que caracteriza a una profesión. “Los profesionales profesan⁷² saber más que los otros sobre la naturaleza de

⁷² En el sentido de estar obligados para toda la vida a cumplir con los votos propios de su profesión, tras haberse acreditado como conoedores ante alguna institución autorizada para expedir tal reconocimiento.

ciertas cosas” (Hughes, 1993, p. 375). Pero el *saber* profesional, como lo revelan las nociones de campo y *habitus*, y como lo documentamos en el primer capítulo de este libro, está formado por mucho más que el conocimiento formal y la agenda oficial de los programas de entrenamiento, e incluye a más lógicas que la contemplada en los reglamentos y las normas establecidas. Para quienes elaboraron la defensa que acabamos de leer, resulta *lógico* esgrimir, como protección frente a la acusación de la usuaria, el mandato que pesa sobre la profesión médica de ver por el bien de los pacientes, pese a la existencia de una serie de normas que garantizan como un derecho humano inalienable la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos (facultades que competen única y exclusivamente a cada individuo);⁷³ y si podría parecernos una contradicción —una falta de lógica— el argumento de defensa esgrimido con tales normas, sería sólo por olvidar que la práctica (comenzando por la profesional) posee una lógica que no es la de la lógica formal; como señalamos antes, la lógica de la práctica es una lógica práctica, que se caracteriza por ser lógica sólo hasta el punto en que por serlo se dejaría de ser práctico (Bourdieu, 1996). Estamos ante un sentido práctico —el del médico profesional— que asume prácticamente (es decir, no necesariamente de manera deliberada ni consciente) que cuenta con la licencia necesaria para pasar por alto los mandatos legales y resolver situaciones concretas de manera práctica, que propende a actuar de ciertas maneras pre-reflexivamente porque el campo del que es producto y reproductor así lo ha formado.

⁷³ Artículo 4º constitucional y diversas normas oficiales e institucionales.

La colonización médica del pensamiento jurídico

Llama la atención que en muchas recomendaciones de la CNDH se orienta a los servicios para que “capaciten e instruyan a su personal” en el manejo de las normas oficiales, dando la impresión de que el origen de estos atropellos se ubica básicamente en el desconocimiento que tiene el personal de salud acerca de estas normas. Se trata de un claro indicio de que las estructuras de razonamiento de las Comisiones de Derechos Humanos han sido colonizadas por el pensamiento médico, y han adoptado, en consecuencia, la reducción que propone el enfoque de la calidad de la atención a una cuestión meramente de capacitación⁷⁴ y de interacción con los pacientes, ignorando así el origen más estructural del problema y ratificando inconscientemente la autonomía del campo médico, es decir, su derecho a dictar los términos en que deben pensarse y resolverse los problemas definidos como médicos.

Que el *habitus* médico está formado, entre otras cosas, por una predisposición autoritaria, se confirma al revisar nuevas evidencias acerca de la lógica con que operan los representantes de esta profesión. Por ejemplo, en la recomendación 003/2004 emitida por la CEDH de Jalisco, se da cuenta de un caso de muerte de una recién nacida por negligencia médica, en el Hospital Regional Magdalena, de la Secretaría de Salud. En su informe ante dicha Comisión, el doctor José Antonio Rivera Robles manifiesta que:

⁷⁴ Sin duda, el problema pasa por el conocimiento que deben tener los médicos de las normas oficiales mexicanas, pero está muy lejos de agotarse allí.

a las 22:30 horas del 16 de mayo realizó la primera revisión a María del Rosario Álvarez Hernández. Encontró una dilatación de 3 centímetros más un borramiento de 70 por ciento sin alteraciones, y **agregó que la paciente mostró poca cooperación** al momento de practicar la revisión. ... y a las 6:00 horas la paciente presentó 9 centímetros de dilatación con 90 por ciento de borramiento. **El doctor agregó que la paciente fue poco cooperativa.** Narró que finalmente se trasladó a la señora Álvarez a la mesa de expulsión a las 7:00 horas, con dilatación y borramiento completos, y le explicó la forma de hacer fuerza para la expulsión del producto, **pero no respondió e hizo caso omiso de las instrucciones**, razón por la cual el periodo de expulsión fue de 45 minutos, aproximadamente. Agregó que tomó la frecuencia cardiaca fetal (FCF) que escuchó con desaceleraciones. **Entonces le insistió a la paciente que cooperara** porque ya se encontraba en tercer plano de tiempo. En seguida realizó la episiotomía y obtuvo un producto del sexo femenino que fue valorada por la médica pediatra (negritas añadidas).

Por su parte, al detallar su queja ante la CEDH, el esposo de la señora atendida en este hospital señaló que “el médico que revisó a su esposa por la noche del 16 de mayo solamente le realizaba el tacto **diciéndole que no se quejara.** Además, cuando su esposa estaba en la sala de labor y se quejaba del dolor, **lo único que hicieron fue decirle que se aguantara porque ella se había buscado su situación**” (negritas añadidas).

En el capítulo II de este libro hicimos ya un extenso análisis de lo que significa en el contexto de una sala hospitalaria de labor y parto que “se debe cooperar”. Si los esquemas de percepción y apreciación son producto de los arreglos sociales y de poder vigentes, debidamente *incorporados*, podemos entonces preguntarnos qué poder y qué distorsiones

producto de ese poder están en funcionamiento que permiten a los médicos: *a*) describir una situación como “falta de cooperación” por parte de la paciente; y *b*) esgrimir dicha forma de nombrar al mundo como elemento central de su recurso de defensa ante la CEDH. Es decir, suponiendo (sin conceder) que efectivamente se trataba de una mujer “poco cooperadora”, ¿en qué le ayuda ese hecho a la defensa del médico? ¿Por qué piensa este último que le favorece esgrimir ese dato en su favor?

El orden hospitalario descansa en un conjunto de jerarquías que se hacen valer —a veces mediante el regaño— en cada ocasión en que los médicos perciben su necesidad. “¡Aguántese, usted se lo buscó!”, es una recriminación que se espeta contra las mujeres de manera sistemática, con el fin de asegurar su *cooperación*. Como lo mostramos en el capítulo II, hemos verificado este patrón (y sus variantes sexualizadas del tipo “si antes te gustó, ahora lo sufres”, “antes también gritaste, ¿verdad?”, entre otras) en trabajo de campo, en testimonios de diverso tipo, y ahora también en los documentos de las Comisiones de Derechos Humanos.

Una nueva evidencia de la capacidad del campo médico para imponer los términos con que se describe una situación se aprecia en el lenguaje que utiliza la propia Comisión Nacional de Derechos Humanos. En efecto, resulta muy llamativo que este lenguaje de “cooperación” sea impuesto incluso a la CNDH, como se aprecia en la recomendación 064/1997, en donde se relata el caso de una señora atendida por parto en un hospital del ISSSTE en Zitácuaro, Mich., que resultó en la muerte del bebé por mala práctica médica. En dicha recomendación se asienta el dictamen de la Comisión de Servicios Periciales de la propia CNDH, que afirma: “Resulta incomprensible... que si el médico observó

la poca cooperación de la paciente y el deterioro en la evolución del trabajo de parto, no haya solicitado el auxilio de las autoridades del hospital para canalizar a la paciente oportunamente a otra unidad que le pudiera brindar la atención que requería” (puntos suspensivos en el original; negritas nuestras).

Es decir, la propia CNDH asume como no-problemática la descripción que se hace desde la mirada médica de una señora “no cooperadora” para proceder a objetar otras conductas, en este caso las omitidas en ese momento por el médico. Lo que confirma que estamos ante una colonización de los esquemas de percepción y apreciación de las instituciones, en este caso de la propia CNDH, llevada a cabo desde el campo médico. El tema es de extrema relevancia porque se trata de un discurso (el discurso médico) que prevalece sobre (o es constitutivo de) otro (el discurso jurídico). O si se quiere, tenemos aquí un discurso jurídico que recurre a las descripciones no problematizadas del discurso médico para proseguir con su argumento en contra del propio poder médico.

La violación de derechos como herramienta de castigo

En la recomendación 008/2007 de la CNDH, se reporta que en el Hospital General Regional No. 72 del IMSS en el Estado de México, una mujer acudió a que le fuera practicada una cesárea,

“y en dicho lugar el médico que la atendió le preguntó si quería operarse para ya no tener hijos, a lo que tanto él como su cónyuge contestaron que no; **ello originó la molestia del médico, quien le gritó que debía hacerlo,**

ya que tenía cuatro hijos y era la tercera cesárea, e indicándole que firmara un documento en el que ella rechazaba la operación bajo su responsabilidad y autorizaba el dispositivo; asimismo, precisó que su cónyuge fue ingresada a quirófano, lugar en el que... la anestesiaron, y ella le dijo que la anestesia no le había hecho efecto, por lo que sintió cómo le cortaron con el bisturí, lo que le provocó que se desmayara; posteriormente, les informaron que le habían tenido que quitar la matriz, porque tenía mucho sangrado” (negritas nuestras).

En la recomendación respectiva, la CNDH declara contar con elementos que

permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud, así como a la libertad de procreación, en perjuicio de la señora María del Pilar Pérez Sosa, por parte de servidores públicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes emitieron un diagnóstico que no estuvo sustentado en evidencia clínica que fundamentara la decisión de practicarle una histerectomía obstétrica, con base en un estado de urgencia que pusiera en peligro su vida, y así vulnerar su libertad de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, al privarla materialmente de la posibilidad de volver a embarazarse.

En su defensa, el IMSS arguye, mediante copia del memorándum interno del 4 de diciembre de 2006, suscrito por el Jefe de Área de Investigación Médica de Quejas, que

la queja fue resuelta improcedente, debido a que la atención brindada fue adecuada, ya que la paciente evolucionó con atonía uterina irreversible al

tratamiento con oxitócicos: oxitocina 20 unidades internacionales diluida en solución glucosa al 5 % vía endovenosa en 2 ocasiones, a continuación ergonovina 1 ampolleta como reportaron los servicios de anestesiología y de enfermería, por lo que previa información al familiar y en el mismo acto quirúrgico realizaron histerectomía obstétrica.

La CNDH declara que

dicha opinión resulta inconducente, ya que no aporta los elementos técnico-médicos que la sustenten, y omite que los resultados de histopatológica y citología realizados al útero de la agraviada, por los Laboratorios Química Humana, S. A. de C. V., a los que el IMSS remitió para el análisis respectivo, concluyen que el útero post-cesárea no presentaba “alteraciones relevantes”, lo cual permite observar a esta Comisión Nacional que el diagnóstico de “atonía uterina irreversible” no fue adecuado, por lo que el procedimiento quirúrgico de extirpación del útero fue innecesario.

Inevitablemente debemos cuestionarnos sobre la posibilidad de que exista algún vínculo entre el enojo inicial de los médicos, la desatención a la queja de la paciente que reportaba que no le había hecho efecto la anestesia, y la infundada histerectomía obstétrica que se le practicó. Es decir, no necesariamente como un acto de deliberada mala fe, sino como una serie de decisiones tomadas en un contexto de *perturbación* (enojo o ira), donde los esquemas de percepción y apreciación de los médicos se vieron alterados o sesgados, en el marco de lo que permite su *habitus*, por esa supuesta rebeldía de la paciente.

El tema de la ira no debe pasarnos desapercibido. Como hemos señalado en otros trabajos (Castro y Agoff, 2008), los sentimientos no son

meros epifenómenos de procesos mentales, sino que están orgánicamente integrados en el proceso de producción del conocimiento. Nussbaum (2006) sostiene que en la base cognitiva de la ira y la indignación se encuentra la noción de daño o perjuicio. De ser así, ¿cuál es el daño o perjuicio ante el que se indigna el médico cuando la mujer se niega a operarse? La indignación, como estado de excepción, presupone una dignidad que se ostenta y desde la cual se mira el mundo. ¿Qué acción pedagógica recrea el médico en su mero acto de indignarse, qué mundo ordenado preveía en su *actitud natural* (y de qué manera), que se vio súbitamente alterado con la negativa de la mujer, que lo indignó hasta la ira?⁷⁵

Otro ejemplo paradigmático lo constituye la *Recomendación 018/2001* de la CNDH, donde se refiere el caso de nueve varones indígenas del estado de Guerrero, a quienes se les practicó contracepción forzada mediante engaños y chantajes.⁷⁶ Los afectados refieren que personal de la Brigada 3 de salud de la Jurisdicción Sanitaria número 06 de dicho estado, los presionó para que firmaran un consentimiento informado para que se les pudiera practicar la vasectomía, bajo la promesa de que a cambio recibirían bienes materiales; y, bajo la amenaza —al mismo tiempo— de que de lo contrario serían excluidos de programas gubernamentales de apoyo económico como el Progresá y el Procampo. En su defensa, las autoridades de salud del estado argumentaron que:

⁷⁵ “...encontraremos a muchos de estos individuos poseídos que ejecutan cada deseo de la institución porque ellos son la institución hecha hombre (o mujer) y que, ya sea dominados o dominantes, pueden someterse a ella o ejercer plenamente su necesidad, sólo porque la han incorporado, son parte de un solo cuerpo con ella, al tiempo que le dan cuerpo a ella” (Bourdieu, 1996, p. 3).

⁷⁶ No se trata de mujeres en este caso, sino de varones indígenas. Pero el ejemplo sirve igual para documentar el carácter autoritario de la profesión médica, que se exhibe con particular claridad sobre todo ante poblaciones vulnerabilizadas.

[...] no se acreditó que las esterilizaciones hayan sido forzadas ya que [...] los agraviados otorgaron su consentimiento, aunque este fuera motivado por las supuestas promesas que se les hicieron; de igual manera, argumentó la autoridad que la queja se basó en el incumplimiento de dichas promesas y no en la falta de consentimiento para la práctica de la vasectomía que finalmente se les realizó.

En su momento, las indagatorias conducidas por las Comisiones Estatal y Nacional de Derechos Humanos mostraron que el personal de salud de la mencionada brigada no llevó a cabo la consejería que establece la *Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993* (SSA, 1993), en términos de informar las ventajas, desventajas, consecuencias y demás relativas a cada método anticonceptivo, particularmente a los definitivos, y menos lo hizo en la lengua de los afectados o al menos utilizando algún traductor. Y estableció, por tanto, que la huella dactilar de cada uno de los afectados, estampada en las hojas de autorización del paciente que esgrimió la autoridad de salud como prueba de descargo, carecían de cualquier validez como “consentimiento informado”.

No deja de sorprender la *lógica* que subyace a la argumentación defensiva de la autoridad de salud. En síntesis, parece decir: “sí tenemos su huella de autorización; y, además, ellos lo que están reclamando es que no les dimos los premios que les prometimos”. Aunque el procedimiento para ofrecer y aplicar este tipo de métodos definitivos está claramente regulado, resulta del todo revelador que la defensa de las autoridades médicas se centre en tratar de descalificar los móviles de la queja de los afectados, es decir, en un intento por centrar la mirada en una cuestión marginal de este asunto (el incumplimiento de una promesa ilegal), y no en el foco de éste (la violación de los derechos reproductivos de los

afectados). Se trata de una estrategia de defensa que puede esgrimirse porque se da por sentada la *autoridad* desde la que se ejerce la profesión. De otra manera, resultaría evidente que se trata de un argumento muy débil o francamente autoinculpatario. Es un nuevo indicio de que estamos frente a un *habitus* autoritario, fruto y cómplice de un campo de poder: el campo médico.

Conclusión

Las nociones de *campo* y *habitus* nos permiten identificar esos dos estados de lo social a los que hemos hecho referencia —lo social institucionalizado y lo social subjetivizado— que al entrar en contacto entre sí producen la acción social propia del campo. El *habitus* médico, por tanto, debe entenderse como producto de la estructura social y de poder del campo médico. La lectura de las recomendaciones de la Comisión Nacional y de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos muestran que con frecuencia se producen actos autoritarios por parte de los médicos sobre las usuarias de los servicios de salud reproductiva, en donde tomar la mano de una mujer inconsciente para obtener su huella digital y su firma, o imponerles a las mujeres un DIU sin su conocimiento o contra su voluntad “por razones médicas”, son sólo unos ejemplos de los muchos disponibles. Las denuncias de este tipo de acciones en ocasiones van acompañadas de una acusación aún más grave, referida a la muerte del bebé por negligencia médica. Hemos tratado de mostrar que no sólo en los actos denunciados en sí mismos se puede advertir la huella de un *habitus* autoritario, sino incluso en las estrategias de defensa que asumen los médicos cuando son así requeridos por las autoridades: argüir

que “prescribir” (o imponer) la anticoncepción es una obligación médica, o que se actúa de tal o cual manera porque las mujeres *no cooperan* en la sala de labor y parto, por recuperar sólo un par de ejemplos, son indicios de un conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible —porque las define como lógicas, como naturales, y como profesionales— un conjunto de conductas, no siempre deliberadas, no siempre calculadas, pero siempre eficaces en cumplir con los fines y la agenda de la institución médica. Y si estamos ante un *habitus*, y si el *habitus* es la incorporación de la estructura social y de los arreglos de poder que le caracterizan, entonces estamos ante indicios firmes que apuntan hacia el origen epifenoménico de la violación de derechos de las mujeres, y que sugieren la necesidad de rastrear su génesis en la estructura misma del campo médico.

El análisis de las denuncias muestra también a los médicos reprimiendo actos de *rebeldía* de las mujeres (como gritar en pleno trabajo de parto; regañarlas por no “cooperar”). Y muestra que, frente a estos actos de no conformidad de las mujeres a los supuestos (de clase, sexistas, de género y otros) de los médicos, éstos reaccionan con ira, pudiendo llevar sus acciones represivas a niveles de alta severidad. Las reacciones espontáneas y emocionales de los actores sociales son, por definición, indistinguibles de su *habitus*, pues este último es justamente la expresión de posturas, emociones, actitudes, conductas y predisposiciones que son producto de una estructura social que se ha hecho cuerpo, es decir, que son posibles porque es lo que se produce en ese campo.

En esta investigación estamos tratando de establecer la conexión entre el *habitus* médico, su génesis social, y la violación de derechos de las mujeres en el campo de la salud reproductiva. Hemos documentado

con detenimiento los giros argumentativos de los médicos, en el marco de las recomendaciones de la CNDH y CEDH, que delatan una visión del mundo, un conjunto de predisposiciones, un *habitus*. En otros capítulos hemos mostrado cómo dicho *habitus* se comienza a desarrollar desde los primeros años de la formación universitaria. No deja de ser ilustrativo que, desconociendo todo esto, las recomendaciones de la CNDH se centren en la necesidad de capacitar mejor a los médicos. Hemos visto que aun habiendo normas, se puede incurrir en conductas que las contradicen, pero que son consistentes con la lógica de la práctica del campo. Por tanto, las implicaciones de estos hallazgos apuntan hacia una agenda política de enorme envergadura: además de la ciudadanización de los servicios de salud —espacio de ejercicio de los derechos como personas y ciudadanos— es imprescindible realizar importantes reformas en la estructura del campo médico, si se quiere dar lugar al nacimiento de otro *habitus*, menos autoritario, menos propenso a reivindicar para sí todo el poder y toda la atención del campo.

Epílogo

A lo largo de este libro ha quedado acreditada la existencia de sólidas evidencias de corte estadístico, jurídico y testimonial, de que la violación de los derechos reproductivos en los servicios de salud es un problema real, objetivable y de magnitud muy considerable. Tales violaciones están estrechamente vinculadas a la *práctica médica autoritaria*, ese estilo de atención que se funda en un sistemático desconocimiento activo de las condiciones de su propia producción, condición que a la vez resulta central para su constante reproducción. El campo médico ha abordado tales violaciones en términos de “calidad de la atención” o como una cuestión de “deshumanización”, y por lo mismo, ha tratado de mitigar el problema impulsando cruzadas por la calidad y la calidez en el trato, o promoviendo entre el personal de salud la formación en “valores”, o en ética, o en diversas capacidades de mejoramiento del trato a las usuarias de los servicios, o incluso mediante la expedición de un decreto de humanización de la atención hospitalaria, como en España.

Aunque dichas estrategias pueden tener alguna utilidad parcial en la transformación, al menos por un tiempo, de algunas conductas médicas autoritarias, en realidad son sobre todo nuevas evidencias de que tal forma de conceptualizar el problema y de tratar de resolverlo es producto de, y está atrapado por, la lógica del campo médico. Hemos sostenido aquí que para objetivar correctamente el problema hay que

sustraerlo de la lógica médica y construirlo como un objeto sociológico. Así, hemos mostrado la estrecha interrelación que existe entre la estructura del campo médico (jerarquizado, con desigualdad de género y disciplinario) y los *habitus* que produce en sus agentes.

La objetivación sociológica persigue, como fin último, la explicación científica de conductas que, ante la mirada no entrenada, se presentan como expresiones individualizadas de la mala educación de algunos médicos, o de su falta de sensibilidad, o de variables parecidas. Pero la conducta regular de los individuos, ésta que presenta patrones colectivos bien discernibles, no puede explicarse en función de virtudes y defectos personales (sin menoscabo, claro, de la responsabilidad que tiene cada individuo por sus acciones). La acción de los actores es el producto del encuentro entre un campo específico y los *habitus* que produce, los cuales funcionan para reproducir a la vez el campo que les dio origen. Es un mecanismo de autoperpetuación que funciona mejor en la medida en que se mantiene ajeno a la conciencia de los agentes.

El autoritarismo médico es producto de un campo que crea actores que incorporan, en sus predisposiciones, en sus emociones, en su hacer práctico, espontáneo, pre-reflexivo, las estructuras de poder de dicho campo. Así, hemos podido documentar las características de este *habitus* médico autoritario, cuya génesis hemos rastreado desde los años de formación universitaria y de especialidad. Y hemos podido observar su funcionamiento en los servicios de atención en salud reproductiva, tanto en el parto, en la atención del aborto, en la consejería anticonceptiva e incluso en la defensa que esgrimen las instituciones de salud cuando son llamadas a cuentas por las comisiones de derechos humanos, funcionamiento que reproduce y perpetúa la estructura del campo médico otra vez.

Durante varios años hemos podido presentar estos resultados ante múltiples auditorios médicos, lo mismo en eventos organizados por la Academia Nacional de Medicina que por la Secretaría de Salud e instituciones afines, los Servicios de Salud de los estados y diversas instituciones de educación superior, así como en múltiples congresos y seminarios. En general, en dichas presentaciones hemos constatado que al escuchar nuestras ponencias, la mayor parte del personal de salud ahí presente experimenta un sentimiento de *reconocimiento*, no a nosotros, sino de una realidad que ha estado ahí por mucho tiempo y que la dinámica del campo se ha encargado siempre de relativizar. Son actos de reconocimiento de un saber que se porta no necesariamente en la consciencia, sino en el cuerpo, en las predisposiciones profesionales, en el *habitus*.

También a veces nos enfrentamos con resistencias, con reservas, con puntos de vista diferentes al que presentamos. Desde luego siempre estamos abiertos a la discusión. Y no dejamos de observar que muchos de nuestros objetores perciben como un agravio lo que la investigación sociológica ha *des-cubierto*, o como un ataque frontal a la institución —la medicina— en la que se han formado, por la que se han sacrificado largamente, a la que sirven y la que le da sentido a sus propias vidas. Tales actitudes defensivas, tales manifestaciones de ira, también son objetivables sociológicamente bajo el mismo esquema de *campo* y *habitus* que hemos utilizado aquí:

El sufrimiento que a veces suscita el develamiento científico (pese a todo lo que puede tener de liberador) encuentra también su principio en el hecho de que el capital cultural tiene como propiedad específica la de existir en estado incorporado, bajo forma de esquemas de percepción y

de acción, de principios de visión y de división, de estructuras mentales. Según demuestra la violencia de las reacciones suscitadas por las grandes revoluciones simbólicas, religiosas, políticas o artísticas (y el análisis científico representa una variante de ellas, pero particularmente radical), la objetivación de los esquemas implícitos del pensamiento y de la acción constituye, sin duda, un atentado difícil de justificar contra las estructuras mismas de la consciencia, y una violencia contra los fundamentos de la experiencia encantada del mundo que Husserl llamaba “actitud natural” (Bourdieu, 2013, p. 19). La ocasional ferocidad inusitada frente a la crítica científica del campo al que pertenecen, demuestra que los individuos: “defienden no solamente sus activos, sino también algo así como su integridad mental” (p. 20).

La agenda para la erradicación de la práctica médica autoritaria es entonces enorme, pues requiere de vastas transformaciones en la estructura del campo médico y en los *habitus* que le son concomitantes. Implica no agotar los esfuerzos en meros ejercicios de capacitación y buena voluntad, pues ello sería seguir desconociendo el origen verdadero del problema y dejarlo intacto. Pero la ruta específica de dicha transformación no puede ser sugerida unilateralmente ni por los médicos, ni por los juristas, ni por los abogados, ni por las activistas, ni por los sociólogos. Debe ser un esfuerzo multidisciplinario que tome como base, ciertamente, los hallazgos de la investigación científica, como los contenidos en este libro.

Fuentes consultadas

- Abbott, Pamela, Claire Wallace y Melissa Tyler (2005), "Health, Illness and Caring. An Introduction to Sociology", en Pamela Abott y otros, *Feminist Perspectives*, Canadá, Routledge, pp. 171-199.
- Alan Guttmacher Institute [AGI] (1994), *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York, AGI.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014), "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense", *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, pp. 155-180.
- Aries, Nancy (2003), "The American College Obstetricians and Gynaecologist and the Evolution of Abortion Policy, 1951-1973: The Politics of Science", *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 11, pp. 1810-1819.
- Asowa-Omorodion, Francisca I. (1997). "Women's Perceptions of the Complications of Pregnancy and Childbirth in Two Esan Communities, Edo State, Nigeria", *Social Science & Medicine*, vol. 44, núm. 12, pp. 1817-1824.
- Balandier, Georges (1989), *El desorden, la teoría del caos y las ciencias sociales: elogio de la fecundidad del movimiento*, Barcelona, Gedisa.

- Baldwin, Dewitt y Steven Daugherty (1997), "Do Residents also Feel 'Abused'? Perceived Mistreatment during Internship", *Academic Medicine*, vol. 72, núm. 10, pp. 51-53.
- Barret, Geraldine y Rosalyn Harper (2000), "Health Professionals' Attitudes to the Deregulation of Emergency Contraception (or de Problem of Female Sexuality)", *Sociology of Health & Illness*, vol. 22, núm. 2, pp. 197-216.
- Barroso, Carmen y Sonia Correa (1991), "Servidores públicos versus profesionales liberales: la política de la investigación sobre anticoncepción", *Estudios Sociológicos*, vol. IX, núm. 25, pp. 75-104.
- Becker, Howard (1958), "The Fate of Idealism in Medical School", en Gartly E. Jaco (ed.), *Medical Sociology. Professions, Education; Professional Socialization*, III, Glencoe, The Free Press, pp. 300-307.
- Becker, Howard Saul, Blanche Geer, Everett C. Hughes y Anselm L. Strauss (1961), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press.
- Bernal-Delgado, Enrique, Jaime Latour-Pérez, Félix Pradas-Arnal y Luis I. Gómez-López (1998), "The Association between Vasectomy and Prostate Cancer: A Systematic Review of the Literature", *Fertility and Sterility*, vol. 70, núm. 2, pp. 191-200.
- Birth Control Trust (1998), "Abortion Review", *Birth Control Trust, United Kingdom*, núm. 70.
- Bourdieu, Pierre (2013), *La nobleza de estado. Educación de elite y espíritu de cuerpo*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre (2000), *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo.
- Bourdieu, Pierre (1999a), *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (1999b), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.

- Bourdieu, Pierre (1996), *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa.
- Bourdieu, Pierre (1991), *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.
- Bourdieu, Pierre y Jean-Claude Passeron (2005), *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México, Fontamara.
- Bourdieu, Pierre y Lóic J. D. Wacquant (2005), *Invitación a una sociología reflexiva*, Madrid, Siglo XXI.
- Bronfman, Mario y Roberto Castro (1989), “Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina”, *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*, núm. 25, pp. 61-68.
- Brown, Lyn Mikel, Mark B. Tappan, Carol Gilligan, Barbara Miller y Dianne Argyris (1989), “Reading for Self and Moral Voice: A Method for Interpreting Narratives of Real-life Moral Conflict and Voice”, en Martin Packer y Richard Addison (eds.), *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology*, Albano, State University of New York Press, pp. 141-164.
- Bush, Judith (2000), “‘It’s Just Part of Being Woman’: Cervical Screening, the Body and Femininity”, *Social Science and Medicine*, vol. 50, núm. 3, pp. 429-444.
- Camacaro, Marbella (2010), *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*, Valencia, Venezuela, Universidad de Carabobo.
- Camacaro, Marbella (2009), “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica”, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, pp. 147-162.
- Campero, Lourdes, Cecilia García, Carmen Díaz, Olivia Ortíz, Sofia Reynoso y Ana Langer (1998), “‘Alone I wouldn’t have Known what to Do’. A Qualitative Study on Social Support during Child-birth in Mexico”, *Social Science and Medicine*, vol. 47, núm. 3, pp. 395-403.

- Cardich, Rosario (1994), “Desde las mujeres: visiones y circunstancias del aborto”, *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto*, Bogotá, WHO/AGI/Universidad de Externado, pp. 1-13.
- Cardich, Rosario y Frescia Carrasco (1993), *Desde las mujeres. Visiones del aborto*; Lima, Movimiento Manuela Ramos y The Population Council.
- Casas, Lidia, Claudia Dides y Pablo Isla (2002), *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*, Santiago de Chile, CORSAPS.
- Casique, Irene y Roberto Castro (coords.) (2014), *Expresiones y contextos de la violencia contra las mujeres en México. Resultados de la Endireh 2011 en comparación con sus versiones previas 2003 y 2006*, México, Instituto Nacional de las Mujeres y CRIM/UNAM.
- Castro, Roberto (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- Castro, Roberto y Carolina Agoff (2008), “El carácter social de la indignación y la impotencia frente a la violencia de género”, en Irene Casique y Roberto Castro (eds.), *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*, Cuernavaca, CRIM/UNAM, pp. 19-40.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2003a), “Las redes sociales en la experiencia del aborto: el caso de las mujeres de Cuernavaca (México)”, *Estudios Sociológicos*, vol. 21, núm. 63, pp. 585-611.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti (2003b), “Violation of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico”, *Health and Human Rights*, vol. 7, núm. 1, pp. 90-110.
- Castro, Roberto y Alejandra López (2010), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo, UdelaR.

- Castro-Vásquez, María del Carmen (2008), *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Castro-Vásquez, María del Carmen (2004), “La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica”, *Región y Sociedad*, vol. XVI, núm. 30, pp. 43-83.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida [Censida] (2013), *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/sida en México Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 30 de junio de 2013*, <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf> [noviembre de 2014].
- Cervantes, Alejandro (1996), “De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México”, en Juan Guillermo Figueroa, Gloria Careaga y María C. Mejía (eds.), *Ética y salud reproductiva*, Mexico, PUEG/UNAM, pp. 317-48.
- Chaves, Allan, Edgar Madrigal y Juan Gerardo Ugalde (2001), “Denuncias por responsabilidad médica en ginecoobstetricia”, *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, vol. 6, núm. 1, pp. 47-52.
- Cobián, Eduardo y Sara Reyes (1998), *Percepciones masculinas de las necesidades y servicios de planificación familia y salud reproductiva: un estudio cualitativo en Chimbote. Documentos de trabajo*, México, Population Council, INOPAL.
- Collado Peña, Susana Patricia (2010), “‘Tienes que buscarte otro hospital’: acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica”, tesis de maestría en Estudios de la Mujer, México, UAM-X.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2002), *Recomendación General no. 4: Derivada de las Prácticas Administrativas que Constituyen Violaciones a los Derechos Humanos de los Miembros de*

las Comunidades Indígenas Respecto de la Obtención de Consentimiento Libre e Informado para la Adopción de Métodos de Planificación Familiar, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/Generales/REC_Gral_004.pdf>, [noviembre de 2014].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2009), *Recomendación General No. 15 Sobre el derecho a la protección a la salud*; <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/Generales/REC_Gral_015.pdf>, [noviembre de 2014].

Consejo Nacional de Población [Conapo] (2011), *Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana*, México, Consejo Nacional de Población.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer [Cladem] (1999), *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*, Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem).

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer [Cladem] (1998), *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*, Lima, Cladem/CRLP 112.

Congreso del Estado de Veracruz (2010), *Código Penal para el estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave*, <<http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270814.pdf>>, [noviembre de 2014].

Consejo y Chapela, Carolina y Carlos Viesca Treviño (2008), “Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 11, núm. 1, pp. 16-20.

- Cook, Rebecca (1995), "Gender, Health and Human Rights", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 4, pp. 351-66.
- Cook, Rebecca, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla (2003), *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics and Law*, Nueva York, Oxford University Press.
- Cortés, Michelle (2010), "'La letra con sangre entra': el maltrato en la formación médica", *Universidad Médica Bogotá*, vol. 51, núm. 1, pp. 43-48.
- Cribb, Alan y Sarah Bignold (1999), "Towards the Reflexive Medical School", *Students in Higher Education*, vol. 24, núm. 2, pp. 195-209.
- Cruz, Alberto (2003), "Por mala atención de embarazos y partos, el mayor número de quejas en Conamed", *La Jornada*, 26 de febrero, p. 48.
- Davis, Fred (1968), "Professional Socialization as Subjective Experience: The Process of Doctrinal Conversion among Students Nurses", en Howard S. Becker (ed.), *Institutions and the Person*, Chicago, Aldine, pp. 235-251.
- Diniz, Simone Grilo y Alexandra S. Chacham (2004), "El 'corte arriba' y el 'corte abajo': el abuso de las cesáreas y la episiotomía en São Paulo", *Reproductive Health Matters*, vol. 12, núm. 23, pp. 100-110.
- D'Oliveira, Ana Flávia, Simone Grilo Diniz y Lilia Blima Schraiber (2002), "Violence against Women in Health-care Institutions: An Emerging Problem", *The Lancet*, vol. 359, núm. 9318, pp. 1681-1685.
- Donabedian, Avedis (1988), *Los espacios de la salud, aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Douglas, Mary (1969), *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*, Londres, Routledge and Kegan Paul.

- Dudgeon, Matthew R. y Marcia Inhorn (2004), "Men's Influences in Women's Reproductive Health: Medical Anthropological Perspective", *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 7, pp. 1379-1395.
- Eckenfels, Edward J., Steven R. Duaugherty y Witt C. Baldwin (1997), "A Socio-cultural Framework for Explaining Perceptions of Mistreatment and Abuse in the Professional Socialization of Future Physicians", *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, vol. 4, pp. 11-18.
- Ehrenreich, Barbara y D. Deirdre English (1990), *Por su propio bien. 150 años de consejo de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus.
- Ellison, Marcia (2003), "Authoritative Knowledge and Single's Women's Unintentional Pregnancies, Abortion, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, núm. 13, pp. 322-347.
- Elster, Jon (2005), "En favor de los mecanismos", *Sociológica*, vol. 19, núm. 57, pp. 239-273.
- Enadid (2009), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama Sociodemográfico de México. Principales resultados*, México, Inegi.
- Engender Health (2002), *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*, Nueva York, EH.
- Erviti, Joaquina (2005), *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- Erviti, Joaquina (2001), "Aborto y redes sociales en México. Significados, vivencias y apoyo social a mujeres", tesis de doctorado, Universidad de Barcelona.
- Ettorre, Elizabeth (2010), "Bodies, Drugs and Reproductive Regimes", en Elizabeth Ettorre (ed.), *Culture, Bodies and the Sociology of Health*, Surrey, Ashgate, pp. 155-172.

- Fajardo-Dolci, Germán E., Francisco Hernández-Torres, Javier Santacruz-Varela, Mauricio Hernández-Ávila, Pablo Kuri-Morales y Enrique Gómez-Bernal (2009), “Perfil epidemiológico de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007”, *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2, pp. 119-125.
- Fawcus, Susan R. (2008), “Maternal Mortality and Unsafe Abortion”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 22, núm. 3, pp. 533-548.
- Fernández, Sara Yaneth (2007), “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 6, núm. 12, pp. 52-76.
- Ferrajoli, Luigi (2009), *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Madrid, Trotta.
- Figueroa, Juan Guillermo (1996), “La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis”, en Carlos García y Héctor Hernández (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, Cuernavaca, CRIM/UNAM.
- Filc, Dani (2004), “The Medical Text: Between Biomedicine and Hegemony”, *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 9, pp. 1275-1285.
- Fisher, Sue y Stephen B. Groce (1985), “Doctor-patient Negotiation of Cultural Assumptions”, *Sociology of Health and Illness*, vol. 7, núm. 3, pp. 342-374.
- Foucault, Michel (1995), *Tecnologías del yo*, Barcelona, Paidós.
- Foucault, Michel (1983), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1981), *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, Madrid, Siglo XXI.

- Foucault, Michel (1979), *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta.
- Fox, Renée C. (1989), *The Sociology of Medicine. A Participant Observer's View*, Nueva Jersey, Prentice Hall.
- Fox, Renée C. (1957), "Training for Uncertainty", en Robert K. Merton, George G. Reader y Patricia Kendall (eds.), *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press, pp. 207-241.
- Freidson, Elliot (1982), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- Galante Di Pace, María Cristina (1996), "La atención institucional del parto. Contrastes culturales y calidad de los servicios", Oaxaca, *Primera Conferencia por una Maternidad sin Riesgos*.
- Gallagher, Eugene B. (1976), "Lines of Reconstruction and Extension in the Parsonian Sociology of Illness", *Social Science and Medicine*, vol. 10, núm. 372, pp. 207-218.
- García, Erika, Dulce María Guillén y Margarita Acevedo (2010), "Humanismo durante la atención del trabajo de parto", *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, pp. 152-54.
- Geertz, Clifford (1989), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Ginzburg, Carlo (2008), "Indicios. Raíces de un paradigma de inferencias indiciales", en Carlo Ginzburg (ed.), *Mitos, emblemas, indicios*, Barcelona, Gedisa, pp. 185-240.
- Glaser, Barney G. y Anselm L. Strauss (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Goffman, Erving (1989), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.

- Goffman, Erving (1986), *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Goldacre, Michael J., Clare J. Wotton, Valerie Seagroatt y David Yeates (2005), "Cancer and Cardiovascular Disease after Vasectomy: An Epidemiological Database Study", *Fertility and Sterility*, vol. 84, núm. 5, pp. 1438-1443.
- González, Ana Isabel (1995), "Crimen y castigo: el aborto en la Argentina", en Soledad González (ed.), *Las mujeres y la salud*, México, PIEM/Colmex, pp. 167-197.
- González de León-Aguirre, Deyanira (1994), "Los médicos y el aborto", *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 3, pp. 248-255.
- González de León, Deyanira y Deborah L. Billings (2001), "Attitudes towards Abortion among Medical Trainees in Mexico City Public Hospitals", *Gender and Development*, vol. 9, núm. 2, pp. 87-94.
- González de León, Deyanira y Addis A. Salinas (1995), *Atención del aborto en México: una aproximación a las actitudes de los médicos* (Reporte de Investigación), México, UAM-X, DCBS.
- Gramsci, Antonio (1975), *Cuadernos de la cárcel: los intelectuales y la organización de la cultura*, México, Juan Pablos.
- Green, Judith (1997), *Risk and Misfortune. The Social Construction of Accidents*, Londres, UCL Press Limited.
- Grimes, David A. (2003), "Unsafe Abortion: The Silent Scourge", *Medical British Bulletin*, núm. 67, pp. 99-113.
- Grossmann-Kendall, Françoise, Véronique Filippi, Maria De Koninck y Lydie Kanhonou (2001), "Giving Birth in Maternity Hospitals in Benin: Testimonies of Women", *Reproductive Health Matters*, vol. 9, núm. 18, pp. 90-98.

- Grupo de Información de Reproducción Elegida [GIRE] (2013), *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE.
- Grupo de Información de Reproducción Elegida [GIRE] (2000a), *Miradas sobre el aborto*, México, Metis-GIRE.
- Grupo de Información de Reproducción Elegida [GIRE] (2000b), *Paulina: en el nombre de la ley*, México, GIRE.
- Hacking, Ian (2004), "Between Michel Foucault and Erving Goffman: between Discourse in the Abstract and Face-to-face Interaction", *Economy and Society*, vol. 33, núm. 3, pp. 277-302.
- Haque, Omar Sultan y Adam Waytz (2012), "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions", *Perspectives on Psychological Science*, vol. 7, núm. 2, pp. 176-186.
- Harden, Angela y Jane Ogden (1999), "Young Women's Experiences of Arranging and Having Abortions", *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, núm. 4, pp. 426-444.
- Harrison, Matthew L. (1991), "Citizenship, Consumption and Rights, a Comment on B. Turner's Theory of Citizenship", *Sociology*, vol. 25, núm. 2, pp. 209-213.
- Haug, Frigga (1992), "Morals also Have Two Genders", en Frigga Haug (ed.), *Beyond Female Masochism. Memory-work and Politics*, Londres, Nueva York, Verso, pp. 31-52.
- Henshaw, S. K., S. Singh y T. Haas (1999), "The Incidence of Abortion Worldwide", *Family Planning Perspectives*, núm. 25 (supl.), pp. 1530-1538.
- Hindes, Barry (2002), "Neo-liberal Citizenship", *Citizenship Studies*, vol. 6, núm. 2, pp. 127-143.
- Hinze, Susan W. (2004), "'Am I Being Over-Sensitive?' Women's Experience of Sexual Harassment During Medical Training. Health",

- Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 8, núm. 1, pp. 101-127.
- Hughes, Everett (1993), *The Sociological Eye. Selected Papers*, Londres, Transaction Publishers.
- Husserl, Edmund (1988), *Las Conferencias de París. Introducción a la fenomenología trascendental*, México, IIF/UNAM.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo [Insgenar] (2006), *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*, Rosario, Insgenar.
- Jacobson, Nora (2009), “Dignity Violation in Health Care”, *Qualitative Health Research*, vol. 19, núm. 11, pp. 1536-1547.
- Jiménez-Corona, María Eugenia, Samuel Ponce de León, Sigfrido Rangel-Frausto y Alejandro Mohar-Betancourt (2006), “Epidemiology of Medical Complaints in Mexico: Identifying a General Profile”, *Quality in Health Care*, vol. 18, núm. 3, pp. 220-223.
- Juárez, Fátima y Susheela Singh (2012), “Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 38, núm. 2, pp. 58-67.
- Juliano, Dolores (1998), *Las que saben. Subculturas de mujeres*, Madrid, Horas y Horas.
- Kassebaum, Donald. G. y Ellen R. Cutler (1998), “On the Culture of Student Abuse in Medical School”, *Academic Medicine*, vol. 73, núm. 1, pp. 1149-1158.
- Lagarde, Marcela (1990), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- Lammers, Joris y Diederik A. Stapel (2011), “Power Increases Dehumanization”, *Group Processes & Intergroup Relations*, vol. 14, núm. 1, pp. 113-126.

- Langer, Ana (1999), "Planificación familiar y salud reproductiva. O planificación familiar *versus* salud reproductiva", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex, pp. 135-150.
- Layne, Linda L. (1990), "Motherhood Lost: Cultural Dimensions of Miscarriage and Stillbirth in America", *Women & Health*, vol. 16, núm. 3/4, pp. 69-98.
- Lazarus, Ellen (1997), "Politicizing Abortion: Personal Morality and Professional Responsibility of Residents Training in the United States", *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 9, pp. 1417-1425.
- Lempp, Heidi y Clive Seale (2004), "The Hidden Curriculum in Undergraduate Medical Education: Qualitative Study of Medical Students' Perceptions of Teaching", *British Medical Journal*, núm. 329, pp. 770-773.
- Llovet, Juan José y Silvina Ramos (2001), "El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro", en Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México.
- López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.) (2003), *Género y política en salud*, México, SSA-UNIFEM.
- Lorber, Judith (1982), "Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general", en E. Gartly Jaco (comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*, México, IMSS, pp. 335-360.
- Loría Castellanos, Jorge, Angélica Soria Huerta y Guadalupe Márquez Ávila (2010), "Actitudes docentes de médicos de Urgencias de un hospital de 2º nivel", *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, vol. 2, núm. 2, pp. 47-54.

- Lupton, Deborah (2003), *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, 2a ed., Londres, Sage.
- Lupton, Deborah (2000), "The Social Construction of Medicine and the Body", en Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw y Gary L. Albrecht (eds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage, pp. 51-63.
- Lupton, Deborah (1999), "Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment", en Deborah Lupton (ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 59-85.
- Magnone, Natalia (2011), "Derechos sexuales y reproductivos: intervencionismo y violencia obstétrica", *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*, Montevideo, UdelaR.
- Marshall, Thomas H. (1950), *Citizenship and Social Class*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Martin, Emily (1991), "The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-female Roles", *Signs*, vol. 16, núm. 3, pp. 485-501.
- Martin, Emily (1987), *The Women in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Matamala, María I. (ed.) (1995), *Calidad de la atención, género y salud reproductiva de las mujeres*, Santiago de Chile, Reproducciones América.
- McCall, George J. (2003), "Interaction", en Larry T. Reynolds y Nancy J. Herman-Kinney (eds.), *Handbook of Symbolic Interactionism*, Nueva York, AltaMira Press, pp. 327-348.
- McNaughton, Heather Luz, Ellen M. H. Mitchell y Marta M. Blandon (2004), "Should Doctors be the Judges? Ambiguous Policies on

- Legal Abortion in Nicaragua”, *Reproductive Health Matters*, vol. 24, núm. 12 (supl.), pp. 18-26.
- Merton, Robert K., George G. Reader y Patricia Kendall (1957), *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Cambridge, Harvard University Press.
- Miall, Charlene (1994), “Community Constructs of Involuntary Childlessness: Sympathy, Stigma, and Social Support”, *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, núm. 31, pp. 392-421.
- Moore, Lisa Jean (2002), “Extracting Men from Semen: Masculinity in Scientific Representations of Sperm”, *Social Text*, vol. 20, núm. 4, pp. 91-119.
- Mora, Margoth (1995), *Aborto. Factores involucrados y consecuencias*, Bogotá, Fundación Moriah.
- Mora, Margoth (1994), “Embarazo indeseado y aborto: conflicto de valores”, *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto*, Bogota, WHO/AGI/Universidad de Externado, pp. 14-22.
- Myers, Jenny E. y Mourad M. Seif (2010), “Global Perspective of Legal Abortion – Trends Analysis and Accessibility”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, núm. 24, pp. 457-466.
- Nations, Marilyn K., Chizuru Misago y Walter Fonseca (1997), “Women’s Hidden Transcripts about Abortion in Brazil”, *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 12, pp. 1833-1845.
- Nussbaum, Martha C. (2006), *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*, Buenos Aires, Katz.
- Oakley, Ann (1993), *Essays on Women, Medicine & Health*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

- Oakley, Ann (1985), *The Captured Womb: History of the Medical Care of Pregnant Women*, Londres, Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), *25 Questions y Answers on Health y Human Rights*, Geneva, Health y Human Rights Publication Series 1.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012), *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2011*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1998), “Población y salud reproductiva”, *25 Conferencia Sanitaria Panamericana*, Washington, D. C., 50 Sesión del Comité Regional.
- Oudshoorn, Nelly (2004), “Astronauts in the Sperm World. The Renegotiation of Masculine Identities in Discourse of Male Contraceptives”, *Men and Masculinities*, vol. 6, núm. 4, pp. 349-367.
- Oudshoorn, Nelly (1999), “On Masculinities, Technologies, and Pain: The Testing of Male Contraceptives in the Clinic and the Media”, *Science, Technology & Human Values*, vol. 24, núm. 2, pp. 265-289.
- Park, Kristin (2002), “Stigma Management among the Voluntarily Childless”, *Sociological Perspectives*, vol. 45, núm. 1, pp. 21-45.
- Parsons, Talcott (1982), *El sistema social*, Madrid, Alianza Universidad.
- Peña, Raúl, José Raymundo Rodríguez y Juan Manuel López (2004), “Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 3, pp. 210-215.
- Pérez, Mercedes y Juan Gérvas (1999), “Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres”, vol. 25, núm. 3, pp. 239-248.

- Pérez D'Gregorio, Rogelio (2010), "Obstetric Violence: A New Legal Term Introduced in Venezuela", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 111, núm. 3, pp. 201-202.
- Periódico Oficial "Tierra y Libertad" (2000), 18 de octubre de 2000, pp. 2-3.
- Phillips, Susan P. (1997), "Problem-based Learning in Medicine: New Curriculum, Old Stereotypes", *Social Science and Medicine*, vol. 45, núm. 3, pp. 497-499.
- Poniatowska, Elena (2000), *Las mil y una... (la herida de Paulina)*, México, Plaza y Janés.
- Population Council (2001), *National Survey about Abortion in Mexico*, Nueva York, Population Council.
- Potter, Sharyn J. y John B. Mckinlay (2005), "From a Relationship to Encounter: An Examination of Longitudinal and Lateral Dimensions in Doctor-patient Relationship", *Social Science and Medicine*, vol. 61, núm. 2, pp. 465-479.
- Rahman, Anika y Rachael Pine (1995), "An International Human Right to Reproductive Health Care: Toward Definition and Accountability", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 4, pp. 401- 427.
- Ramos, Silvina, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik (2001), *Los médicos y el aborto. ¿Una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Rance, Susann (1999), *Trato humano y educación médica: investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina*, La Paz, Bolivia, Ipas/MSPS/DFID, Viceministerio de Asuntos de Género, Generaciones y Familia.
- Rance, Susann (1997a), *Discursos médicos en torno al aborto: estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social*, La Paz, Ipas/SNS/DFID.

- Rance, Susann (1997b), "Safe Motherhood, Unsafe Abortion: A Reflection on the Impact of Discourse", *Reproductive Health Matters*, núm. 9, pp. 9-19.
- Rance, Susann (1994), "'No me vas a pensar esas cosas': Actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia", *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto*, Bogotá, WHO/AGI/Universidad de Externado, pp. 23-32.
- Rautio, Arja, Vappu Sunnari, Matti Nuutinen y Marja Laitala (2005), "Mistreatment of University Students most Common During Medical Studies", *BMC Medical Education*, vol. 5, núm. 1, p. 36.
- Remennick, Larissa (2000), "Childless in the Land of Imperative Motherhood: Stigma and Coping among Infertile Israeli Women", *Sex Roles*, núm. 43, pp. 821-841.
- Ringheim, Karin (2002), "When the Client is Male: Client-provider Interaction from a Gender Perspective", *International Family Planning Perspectives*, vol. 28, núm. 3, pp. 170-175.
- Rivas, Marta y Ana Amuchástegui (1996), *Voces e historias sobre el aborto*, México, Edamex/Population Council.
- Rodríguez, Karen y Jennifer Strickler (1999), "Clandestine Abortion in Latin America: Provider Perspectives", *Women & Health*, vol. 28, núm. 3, pp. 59-75.
- Roe, Kathleen M. (1989), "Private Troubles and Public Issues: Providing Abortion Amid Competing Definitions", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 10, pp. 1191-1198.
- Román, José Antonio y David Aponte (1998), "Justo Mullor: error, discutir acerca del aborto; el castigo, excomuni3n: CEM", *La Jornada*, 23 de julio de 1998.

- Root, Robin y Carole H. Browner (2001), "Practices of the Pregnant Self: Compliance with and Resistance to Prenatal Norms", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 25, pp. 195-223.
- Roth, Julius A. (1986), "Some Contingencies of the Moral Evaluations and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service", en Peter Conrad y Rachelle Kern (eds.), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 2a ed., Nueva York, St. Martins, pp. 322-333.
- Rylko-Bauer, Barbara (1996), "Abortion from a Crosscultural Perspective: An Introduction", *Social Science and Medicine*, vol. 42, núm. 4, pp. 479-482.
- Sayavedra, Gloria (1997), "Fulfilling Providers' Preferences: Four Mexican States", en Anita Hardon y Elizabeth Hayes (eds.), *Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on the Quality of Care*, Nueva York, Zed Books/WHAF, pp. 95-111.
- Schoen, Johanna (2005), *Choice & Coercion: Birth Control, Sterilization, and Abortion in Public Health and Welfare*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- Scott, Marvin y Standford M. Lyman (1968), "Accounts", en Gregory P. Stone y Harvey A. Farberman (eds.), *Social Psychology through Symbolic Interaction*, Nueva York, John Wiley, pp. 343-361.
- Scott, Robert A. (1970), "The Construction of Conceptions of Stigma by Professional Experts", en Jack D. Douglas (ed.), *Deviance and Respectability*, Nueva York, Basic Books, pp. 255-290.
- Secretaría de Gobernación (1996), *Diario Oficial de la Federación*, 3 de junio de 1996, México, Segob.
- Secretaría de Gobierno del Estado de Veracruz (2008), *Gaceta Oficial*, Veracruz, Editora de Gobierno, tomo CLXXVIII, núm. ext. 65.

- Secretaría de Salud [SSA] (1993), *Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993*, México, SSA.
- Seidler, Víctor (2001), *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*, México, Paidós.
- Silver, Henry K. y Anita D. Glick (1990), “Medical Student Abuse Incidence, Severity, and Significance”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, núm. 4, pp. 527-532.
- Solo, Julie (2000), “Easing the Pain: Pain Management in the Treatment of Incomplete Abortion”, *Reproductive Health Matters*, vol. 8, núm. 15, pp. 45-51.
- Sousa, Angélica, Rafael Lozano y Emmanuela Gakidou (2010), “Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence Base in Mexico”, *Health Policy and Planning*, vol. 25, núm. 4, pp. 300-310.
- Stasiulis, Daiva y Abigail B. Bakan (1997), “Negotiating Citizenship: The Case of Foreign Domestic Workers in Canada”, *Feminist Review*, núm. 57, pp. 112-139.
- Steele, Cynthia y Susana Chiarotti (2004), “With Everything Exposed: Cruelty in Post-abortion Care in Rosario, Argentina”, *Reproductive Health Matters*, vol. 12, núm. 24, pp. 39-46.
- Stevenson, Fiona (2004), “Concordance”, *Social Theory and Health*, núm. 2, pp. 184-193.
- Stoeckle, John D. (1987), *Encounters between Patients and Doctors*, Cambridge, The MIT Press.
- Timpson, Joanne (1996), “Abortion: The Antithesis of Womanhood?”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, núm. 4, pp. 776-785.
- Todd, Alexandra D. y Sue Fisher (eds.) (1993), *The Social Organization of Doctor-patient Communication*, Norwood, Nueva Jersey, Ablex Publishing Corp.

- Turner, Bryan Stanley (1992), *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Sage.
- Turner, Bryan Stanley (1990), "Outline of a Theory of Citizenship", *Sociology*, vol. 24, núm. 2, pp. 189-217.
- Turner, Bryan Stanley (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage.
- Uhary, Mattí (1994), "Medical Student Abuse: An International Phenomenon", *Journal of the American Medical Association*, núm. 271, pp. 1049-1054.
- United Nations [UN] (1995), *Situación de la mujer en el mundo, 1995: tendencias y estadísticas*, Nueva York, United Nations.
- United Nations Population Fund [UNFPA] (1995), *Participación Masculina en Salud Reproductiva: Incluyendo Planificación de la Familia y Salud Sexual. Documento Técnico*, Nueva York, UNFPA.
- Uskul, Ayse K. y Farah Ahmad (2003), "Physician-patient Interaction: a Gynecology Clinic in Turkey", *Social Science and Medicine*, vol. 57, núm. 2, pp. 205-215.
- Valdés, Raydel, Joaquín Molina y Cuauhtémoc Solís (2001), "Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas en la Conamed", *Salud Pública de México*, vol. 43, núm. 5, pp. 444-454.
- Valdez, Rosario (coord.) (2013), *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nuevas evidencias sobre un viejo problema. Resumen Ejecutivo*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, <http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/140108_abusoMaternidad.pdf>, [noviembre de 2014].
- Valle Gay, D. (1994), "¿Por qué callan las mujeres?", en Adriana Ortiz-Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, México, Edamex/The Population Council, pp. 159-162.

- Van Kammen, Jessika y Nelly Oudshoorn (2002), "Gender and Risk Assessment in Contraceptive Technologies", *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, núm. 4, pp. 436-461.
- Vernon, Ricardo (1996), "Investigación operativa sobre la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, núm. 33, pp. 12-17.
- Villa, Alejandro Marcelo (1998), "Salud, sexualidad y reproducción: haciendo visibles a los varones en las relaciones de género", *Revista Sexualidade, Gênero e Sociedade*, núms. 7 y 8, Río de Janeiro, Programa de Estudos e pesquisas em sexualidade, gênero e sociedade-IMS/UERJ.
- Villanueva-Egan, Luis A. (2010), "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, pp. 147-151.
- Villegas, Asia (2009), "La violencia obstétrica y la esterilización forzadas frente al discurso médico", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, pp. 125-146.
- Viveros, Mará (1999), "Orden corporal y esterilización masculina", en Mará Viveros Vigoya y Gloria Garay Ariza (comps.), *Cuerpos, diferencias y desigualdades*, Santa Fe de Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional, pp. 164-84.
- Waitzkin, Howard (1991), "Micropolitics of Medicine", en Howard Waitzkin (ed.), *The Politics of Medical Encounters*, New Haven, Yale University Press, pp. 3-71.
- Walby, Sylvy (1994), "Is Citizenship Gendered?", *Sociology*, vol. 28, núm. 2, pp. 379-395.
- Wear, Delese, Julie Aultman y Joseph Zarconi (2009), "Derogatory and Cynical Humour Directed towards Patients: Views of

- Residents and Attending Doctors”, *Medical Education*, vol. 43, núm. 1, pp. 34-41.
- Wegar, Katarina (1997), “In Search of Bad Mothers: Social Constructions of Birth and Adoptive Motherhood”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 20, núm. 1, pp. 77-86.
- Werner, Anne y Kirsti Malterud (2003), “It is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and their Doctors”, *Social Science & Medicine*, vol. 57, núm. 8, pp. 1409-1419.
- West, Candace (1984), “When the Doctor is a ‘Lady’: Power, Status and Gender in Physician-patient Encounters”, *Symbolic Interaction*, vol. 7, núm. 1, pp. 87-106.
- Wright, Peter y Andrew Treacher (1982), *The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Zola, Irving (1983), “Medicine as an Institution of Social Control”, en Irving Zola (ed.), *Socio-Medical Inquires. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 247-268.

Anexo metodológico

Proyecto: Aborto y redes sociales

Financiamiento: Carnegie Foundation.

Objetivo: evaluar el efecto de las características estructurales y funcionales tanto de la familia como de las redes sociales de las mujeres que ingresan al área de urgencias de un hospital público con un aborto en curso, y establecer su relación con el manejo subjetivo de su proceso de decisión y del proceso de atención que buscan, encuentran y reciben.

Aspectos generales: para desarrollar esta investigación se realizaron entrevistas a 34 mujeres que ingresaban por complicaciones de un aborto a la sala de emergencias de un hospital público del estado de Morelos, México. Se aplicó en primer lugar un cuestionario para explorar las principales características sociodemográficas, así como las relacionadas con la historia reproductiva y el aborto. Posteriormente, se realizaron las entrevistas en profundidad para indagar sobre el proceso material y emocional de las mujeres, su interpretación sobre la experiencia del aborto, las condiciones de configuración del embarazo y los procesos para su resolución.

El hospital público donde se trabajó atiende un promedio de dos mujeres diarias que son recibidas en el servicio de urgencias con un

aborto en curso. Normalmente estas mujeres reportan que comenzaron a sangrar de manera imprevista, bien como resultado de un accidente o caída, o como resultado de un esfuerzo físico mayor. Algunas mujeres reportaron no saber que estaban embarazadas. A todas las mujeres se les realizó una intervención quirúrgica para practicarles un legrado intrauterino (raspado y limpieza de posibles restos orgánicos en el útero). Una vez que son atendidas, las mujeres pasan una noche en el hospital para efectos de vigilancia médica, y son dadas de alta al día siguiente.

Las entrevistas se realizaron durante el segundo día de hospitalización, previo a ser dadas de alta. En algunos casos las mujeres prefirieron ser entrevistadas en su casa posteriormente a su salida del hospital, en el día y hora elegidos por la mujer. A todas las mujeres se les explicó que se trataba de un proyecto de investigación y que su participación era voluntaria. A algunas se les solicitó su autorización para realizar una segunda entrevista en su propia casa con la participación de otros miembros de la familia, generalmente el esposo, la madre y/o los hijos de corta edad, para complementar la información sobre las características de las familias, y en seis casos fue aceptada la entrevista familiar. La mayor parte de las entrevistas se realizó sin la presencia de ningún otro familiar.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Para la codificación de las entrevistas se buscó fragmentar el material según las diversas etapas de la trayectoria que habían seguido las mujeres hasta el hospital: proceso de embarazo, cuidados que se tomaron al respecto, aparición de los primeros signos del aborto, evaluación de éstos, y proceso de decisión de acudir al hospital; así como las emociones, sentimientos, conductas y actitudes en relación con los procesos de embarazo y aborto. En todos los casos, la idea de fondo era desentrañar los mecanismos que permiten a las mujeres atribuir un significado específico a

su proceso de embarazo y aborto, así como identificar las principales condicionantes sociales a las que tales mecanismos se vinculan.

La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio: leyendo por códigos, por sujetos, y por las voces identificadas como relevantes para las preguntas de investigación (Brown, Tappan, Gilligan y otros, 1989). En este proceso de sucesivas lecturas nos sensibilizamos para oír y diferenciar voces contradictorias y disonantes. En una primera lectura detallada de cada transcripción, en la inter-relación de nuestro marco teórico y de interpretación inductiva, identificamos voces que se acomodaban a los significados dominantes y otras voces de resistencia. Después de esa primera lectura, estuvimos atentos a la emergencia de esas voces en las otras entrevistas. En la audición de las historias de las mujeres atendidas por complicaciones de un aborto en los hospitales, escuchamos voces que afirman la existencia de significados socioculturales de las mujeres y el aborto, y al mismo tiempo están estrechamente entrelazados con voces que los desafían, incluso en una misma frase.

Perfil de las mujeres participantes

Como la mayoría de las personas atendidas en los hospitales del Ministerio de Salud de este país, las mujeres de este estudio se caracterizaban por vivir en condiciones de pobreza (Erviti, 2001). La mayoría era inmigrante (56%), no había superado los estudios primarios (61%) y convivía en “unión libre” con la pareja (59%) de la que dependía económicamente (85%), la cual presentaba un bajo nivel de ingresos (la mitad reportó ingresos mensuales inferiores a 100 USD). Tenían edades

comprendidas entre 14 y 40 años y una de cada cuatro era joven menor de 20 años. Las mujeres de este grupo enunciaron las caídas, tareas pesadas, antojos y disputas con la pareja como las causas del aborto. Solamente una señaló que el aborto era provocado. Casi la mitad (44%) presentaba diagnóstico clínico de aborto incompleto y a tres se les diagnosticó aborto en evolución. Tres fueron abortos sépticos y en una de cada cinco mujeres (20%) no se especificaba el diagnóstico.

**Proyecto: La atención institucional del parto/cesárea
y la violación de los derechos reproductivos
de las mujeres: un análisis en profundidad
de testimonios y propuestas de intervención**

Financiamiento: Fundación MacArthur.

Objetivos:

- a) Identificar las formas en que son ignorados y/o violados los derechos reproductivos de las mujeres durante la atención institucional del parto/cesárea.
- b) Identificar las condiciones materiales, organizativas e ideológicas que hacen posible la violación de tales derechos.
- c) Formular propuestas de intervención específicas —de utilidad para las mujeres, las instituciones de salud y las instituciones defensoras de los derechos civiles y humanos— con miras a fortalecer el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

Aspectos generales: el proyecto de investigación fue aprobado por los comités de bioética de todas las instituciones participantes. Se realizó un total de 256 horas de observación directa en las salas de labor y parto en varios hospitales públicos de México tanto de la Secretaría de Salud (SSA) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizadas a lo largo de tres meses. Se capacitó a tres estudiantes de antropología como observadoras, que debían registrar manualmente y con el mayor detalle posible las interacciones que observaban y los diálogos que escuchaban. Se observó un total aproximado de 130 partos y cesáreas. Se garantizó el anonimato de todas las personas observadas.

Guía de observación de la atención institucional del trabajo de parto y parto

El registro de hechos se realizará tanto en la sala de labor como en el expulsivo o quirófano, y terminará cuando a la señora se la lleven a la sala de recuperación. En la sala de labor se identificará a una mujer como foco de la observación, aunque la observación deberá referirse a todos los actores (otras mujeres, médicos, enfermeras, etc.) y no sólo a la mujer elegida. Es decir, se registrarán todos los eventos transcurridos durante su trabajo de parto, parto, alumbramiento o cesárea, y post-parto inmediato.

El estudio observacional se centrará principalmente en las dinámicas generadas entre los diferentes actores que pueden interactuar en un parto hospitalario. Es importante considerar que aunque aquí se enuncia la relación entre los sujetos como relaciones de uno a uno, éstas no necesariamente

se dan así, sino que pueden participar más de estos dos sujetos simultáneamente. La observación a realizar incluye cuatro dimensiones, a saber:

- a) *Espacial*: mapa, esquema de posiciones y elementos.
- b) *Temporal*: movimientos, secuencias, entradas y salidas.
- c) *Identidades*: vestimenta, estilo, comportamientos, movimientos.
- d) *Relacional*: dinámicas de interacción, comunicación (verbal y no verbal) e intercambios (de información, de objetos, de consejos, etc.).

A continuación se ofrece una explicación más detallada de estas cuatro dimensiones:

a) La cuestión espacial

Tanto en la sala de labor como en el expulsivo o quirófano se deberá elaborar un esquema del lugar identificando la ubicación de los principales objetos del lugar, así como a los principales actores involucrados. Describir además el lugar en términos cualitativos, tales como: “la sala está muy apretada”, “hay poco espacio entre cama y cama, apenas cabe una persona entre ellas...”, o bien, “el cuarto es muy grande; las camas ocupan sólo la esquina norte del mismo; el resto está vacío, lo que lo hace sentir muy frío”. “Hay poca luz pues sólo hay una ventana que está parcialmente tapada por un armario con medicamentos...”. Para mayor facilidad en el registro de las observaciones, se identificarán las camas con una “C” y un número progresivo (C1, C2, C3...).

b) La cuestión de las identidades

Los principales actores, por su parte, serán identificados siguiendo la misma lógica de las camas: las mujeres parturientas (M1, M2, M3..., los doctores (D1, D2, D3...), las enfermeras (E1, E2, E3...). En caso de que exista otro tipo de personal, también se deberá registrar sus movimientos y conductas identificandolos con alguna inicial, pero explicando al final del registro el significado de tales iniciales. Por ejemplo: trabajadora social-TS; Auxiliar de enfermería-AE; etc. Si es posible, se identificará también la relación jerárquica y estatus profesional del personal de salud. Será necesario también caracterizar el estado emocional aparente de los diferentes actores. Por ejemplo: “M5 tiene expresión de miedo; la atiende E2 que parece estar muy cansada o harta...”.

c) La cuestión temporal

Todas las observaciones deberán tener una duración de por lo menos dos horas continuas. En cada observación se registrará la hora de inicio y la hora de terminación. Debe señalarse las entradas, salidas y cambios de posición de los diferentes actores en el lugar de observación, así como la hora y minutos en que ocurren eventos clave. Por ejemplo: “8:45 am, D2 le hace un tacto a M1. M1 se queja. Siente mucho dolor. D2 le dice: “aguántese madrecita, aguántese”. 9:00 D3 entra y le dice a M1 que le va a hacer un tacto. M1 contesta que le acaban de hacer uno...”.

d) La cuestión relacional o de las interacciones

Esta es la parte sustantiva de las observaciones. El objetivo es registrar cuestiones como:

- las formas y contenidos de la comunicación, así como la información del personal de salud hacia las mujeres;
- las reacciones emocionales (gritos o exclamaciones de dolor, alegría, cansancio, lágrimas, reclamos por la atención) de las mujeres y las respuestas (acciones o expresiones verbales, tonos y gestos) del personal de salud ante estas emociones;
- las formas de atención del personal de salud a las mujeres (tono, expresiones verbales, olvidos o no atención...).

Para la observación de las interacciones es necesario tener en cuenta que nos interesan varios tipos de dinámicas. Las dinámicas a considerar son:

- a) mujeres – enfermeras
- b) mujeres – médicos
- c) mujeres – otro tipo de personal clínico, como anestesióloga(o), pediatra, etc.
- d) mujeres – otro tipo de personal auxiliar como camilleros, intendentes, etc.
- e) mujeres – mujeres
- f) personal médico y de enfermería entre sí.

Algunas veces, a la sala de labor entran camilleros, personal de limpieza, supervisores, etc. Ante esto cabría decir que también será importante su registro si se piensa que su presencia influyó y/o modificó la dinámica o las relaciones en la sala o en el trabajo de parto de las señoras del estudio.

Las interacciones señaladas en el punto “f” son también muy importantes. Lo que dicen entre sí los médicos y las enfermeras, sobre todo en relación con las mujeres que están siendo atendidas.

Instrucciones para el llenado del diagrama de sala de labor

En el cuadro que se presenta más adelante imagina que es la sala donde se encuentran las señoras de nuestro estudio. Cada uno de los cuadros y líneas representan una cama de la sala de labor donde realizarás la observación. Señala:

- ¿Cuáles de las camas están ocupadas por mujeres en trabajo de parto?
- Anota sus nombres sobre la raya del recuadro. Identificalas de inmediato con su letra y número respectivo (C1, C2, etc.).
- Anotar las horas de llegada y salida para cada mujer (por ejemplo: “10:30 llega una mujer más (C6) a la sala de labor... 12:10 se llevan a C1 al expulsivo...”).
- Tratar de averiguar, con el personal de enfermería ahí presente o con las propias señoras, su situación al momento de iniciar la observación: ¿cuánto tiempo lleva de trabajo de parto?, ¿cuántos centímetros de dilatación tiene?, ¿es primípara o multípara?, ¿qué edad tiene?

Instrucciones para el llenado de registros a lo largo del trabajo de parto y parto

Posteriormente te encontrarás con una hoja donde estarán los códigos a utilizar para la narración del evento a observar. Imagina que este es un guión en el que irán apareciendo diferentes personajes y cada uno de éstos dirán o harán una serie de cosas de las cuales tu tratarás de registrar las más posibles.

Registra las diferentes horas en que uno u otro toma un lugar en la sala de labor. Registra tus observaciones por lo menos cada diez minutos, o antes si ocurre un hecho o evento que amerite registro. Recuerda: los personajes principales son: las mujeres, los médicos y las enfermeras. Estos últimos dos podrán ser más de uno, por lo que deberás de identificar con una clave diferente a cada uno de los que intervenga, esto es, tanto en sala de labor como en expulsivo o quirófano.

También podrán aparecer algunos otros sujetos como personal de limpieza, supervisión esporádica, doulas, otras mujeres en la sala, personal de otros proyectos de investigación, etc. Sus interacciones deberán de quedar también registradas, si no viniera un código específico para el sujeto de interacción, se podrá añadir éste identificándolo con un número y su código correspondiente.

Con el código que dice observadora deberán de registrarse todos tus comentarios, apreciaciones, interpretaciones, etc., que consideres relevantes para complementar o interpretar lo que está sucediendo.

El registro de la interacción que se genera ante las rutinas hospitalarias más comunes cobra una gran importancia. Entre las rutinas más comunes están: chequeos generales, tactos, escucha del foco fetal, aplicación de medicamentos, cambio de ropa, ofrecimiento del

cómodo, bloqueo, episiotomías o cesáreas, revisión de cavidad. Entre las cosas que habrá que poner más atención para su registro están las siguientes:

- **Quién atiende a la mujer:**
Qué personal del hospital acude a la cama de la mujer. En qué momentos acuden. Llegan solos. Alguien los llama, quién. Cuándo se les llama.
- **En relación con instrucciones:**
Quién da instrucciones, a quién las da. Quién acata instrucciones, de quién las recibe. Qué instrucciones se dan. Cómo se dan (directamente, por escrito, con intermediario). Cuándo se dan.
- **En relación con demandas:**
Quién hace demandas. Quién las recibe. Qué tipo de demandas se hacen. Cuándo se hacen.
- **En relación con preguntas:**
Quién hace preguntas. Qué preguntas se hacen. Cuándo se hacen. Quién responde. Cuándo se hace.
- **En relación con información:**
Quién da información. Qué información da. Cuándo se da. Se pide. Quién la pide. Quién la recibe.
- **En relación con decisiones:**
Quién toma decisiones. Cómo se toman las decisiones. Qué elementos se toman.
- **En relación con enojos:**
Quién se enoja. Cuándo se enoja. Con quién se enoja. Cómo se enoja. Dice algo cuando se enoja. Qué dice. El otro o la otra responden. El otro o la otra se enojan. Qué dice.

- **En relación con el tono de voz:**

Quién grita. A quién le grita. Cuándo grita. Se le responde. Quién le responde. Cómo se le responde. Quién habla en voz baja, con quién habla en voz baja, cuándo pasa esto.

- **En relación con lo que el personal clínico del hospital sí le permite explícitamente hacer a la señora:**

Qué hace la señora y cuándo que el médico o la enfermera le hacen algún comentario positivo, de aliento o de felicitación. Qué se dice y cómo se lo dicen.

- **En relación con lo que el personal clínico del hospital no le permite explícitamente hacer a la señora:**

Qué hace la señora y cuándo que el médico o la enfermera le hacen algún comentario represivo o prohibitivo. Qué se dice y cómo lo dicen. La señora lo sigue haciendo, cuándo. Cuándo deja de hacerlo.

- **En relación con la interacción física:**

El médico o enfermera le avisa que la va a palpar, a auscultar, a revisar, a tomar la presión, a canalizar, etc. Manipula el cuerpo de la mujer cuidadosamente, bruscamente. La mujer manifiesta algún malestar o inconformismo. Se lleva a cabo alguna interacción o comunicación verbal durante el chequeo o revisión. Qué tipo. Entre quiénes. Informa el resultado de su examen. Cuándo. A quién se lo dice. Cómo se lo hace saber.

Proyecto: Significados de la reproducción y el aborto en hombres

Financiamiento: Conacyt, proyecto: 41057-S.

Objetivo: el objetivo general del proyecto fue explorar los significados de la reproducción y el aborto en cuatro grupos de población masculina, tres grupos de hombres integrantes de instituciones con un fuerte papel en la formulación e implementación de control de las normas y valores en torno de la reproducción —instituciones médicas, educativas y de impartición de justicia— y un grupo de hombres integrantes de una relación de pareja con mujeres que enfrentan un aborto. En este apartado presentamos únicamente la información relativa a la indagación entre los médicos, por ser la que se relaciona con este libro.

Aspectos generales: para llevar a cabo este componente de la investigación, realizamos un estudio cualitativo, durante 2004, en servicios públicos de salud en la región centro de México. A través de entrevistas en profundidad a 31 médicos varones,⁷⁷ vinculados con la atención de procesos reproductivos, se indagó en torno de las percepciones y prácticas respecto del aborto y de las mujeres que demandan atención en los servicios de salud por complicaciones de un aborto. El proyecto de investigación fue aprobado por los comités de bioética de todas las instituciones participantes.

Las entrevistas fueron realizadas en los hospitales, clínicas o centros de salud donde los médicos trabajaban y duraron en promedio hora y

⁷⁷ El análisis aquí presentado es parte de un proyecto de investigación más general que lleva por nombre “Significados de la reproducción y el aborto en hombres” que contempla cuatro grupos de varones como fuentes de información: médicos, abogados, maestros de secundaria y preparatoria, y varones integrantes de ONG que trabajan en el campo de la salud reproductiva y los derechos sexuales. Ello explica la ausencia de mujeres entre los entrevistados.

media.⁷⁸ Paralelamente al registro de las entrevistas, se recopiló información adicional por medio de un diario de campo que permitió hacer anotaciones acerca del contexto de cada entrevista, de la comunicación no verbal que se estableció durante ésta, así como de explicaciones que al finalizar la entrevista muchos participantes continuaban ampliando en torno de la conversación sostenida.

Para la codificación de las entrevistas se buscó organizar el material según los temas identificados como claves en la guía de entrevista: género, maternidad, embarazo, prevención y cuidados de los embarazos y abortos. En todos los casos, la idea de fondo era desentrañar los mecanismos que permiten a los médicos atribuir un significado específico a los procesos de embarazo y aborto, así como identificar las principales condicionantes sociales a las que tales mecanismos se vinculan.

Perfil de los participantes

La mediana de edad de los médicos participantes fue de 45 años. El rango de edad fluctuó entre los 23 y los 70 años de edad. Tres de cada cuatro entrevistados eran casados y, en promedio, tenían más de dos hijos. El grupo entrevistado se declaró mayoritariamente católico.

⁷⁸ Durante la realización de las entrevistas se solicitó siempre el consentimiento de los participantes para grabar la conversación, asegurándoseles que en el momento que ellos lo desearan la grabadora sería apagada. Únicamente tres participantes se negaron a la petición de registro grabado de la conversación y en esos casos se realizó un registro manual. La mayoría de las entrevistas fue realizada por una maestra en Estudios de Población y de menor edad que la mayoría de los entrevistados. De esta forma se buscaba anular cualquier símbolo de posición de poder, académico o social (generacional) de la entrevistadora sobre los médicos.

Aproximadamente la mitad trabajaba en instituciones médicas de la seguridad social y el resto en instituciones de asistencia social en salud, y en su mayoría ejercían también la medicina en consultorios o clínicas privadas. Dos de cada tres contaban con al menos una especialidad, la mayoría era ginecólogo (55%). Todos los entrevistados habían estudiado en universidades públicas —UNAM (39%), UPN (13%), UAM (13%), UAEM (16%), otras (19%)— y tenían, en promedio, 19 años de ejercer la medicina en servicios de atención médica.

Guía de entrevista a médicos

I. Formación y práctica profesional y clínica

Explorar acerca de la formación, cómo se llega a la medicina, dónde estudió, cómo y dónde fueron las primeras prácticas médicas y clínicas vinculadas con la atención a los procesos reproductivos (cómo se abordaron desde la formación estos temas, explorar en dónde se hicieron las primeras prácticas vinculadas con la atención a estos eventos):

- Explorar sobre la capacitación (dado y recibido) para la prevención y atención de embarazo, parto y aborto (especialmente sondear para el manejo de casos difíciles: cómo se afrontaron en los primeros acercamientos a la práctica clínica, cómo lo resuelven ahora).
- Explorar las principales dificultades que se han encontrado en la práctica clínica relacionada con la atención a la mujer y a los varones en la prestación de servicios vinculados con la anticoncepción, embarazo, aborto, parto.

- Explorar las percepciones relacionadas con lo que significa trabajar atendiendo en los procesos reproductivos (anticoncepción, embarazo, parto aborto) (qué tan difícil es, cuáles son los retos y dificultades más comunes que perciben al respecto).
- Sondear en cuanto a la existencia de una tipología de pacientes mujeres “difíciles” (mujeres con “comportamientos” que dificultan la atención médica prestada y los resultados exitosos), ¿cuál ha sido la mujer (el caso) más difícil de atender? (explorar identidades sociales de la pareja y de la mujer y sondear la presencia de la pareja varón en estos casos).
- Explorar si se percibe la existencia de algún patrón de comportamiento entre las mujeres atendidas que obstruya/favorezca la labor realizada por el personal médico e interfiera/facilite la obtención del logro de metas, ¿quiénes y cómo son las mujeres que sí cooperan? Explorar el papel de la pareja (varón) en el manejo y desarrollo de esos casos difíciles/favorables.

II. Anticoncepción

Explorar las percepciones que tienen los profesionales médicos de las mujeres y de los varones respecto de la prevención de embarazos no deseados:

- Sondear en torno de los criterios usados para recomendar determinado método anticonceptivo (sondear en sus preferencias respecto de los métodos anticonceptivos a usar).
- Explorar la participación de los varones en la prevención de embarazos no deseados. Los hombres, ¿participan en la prevención

de embarazos (no deseados)?, ¿quiénes y por qué se participa?, ¿se ve como necesaria desde la práctica médica y clínica esta participación?

- Explorar cómo se percibe el uso del condón entre la población de varones (cuándo y a quiénes se les recomienda el uso de éstos, para qué se les recomienda).
- Sondear las circunstancias bajo las que se recomienda un método definitivo (salpingoclasia y vasectomía), ¿por qué y cuándo se recomienda el uno o el otro?
- Explorar la percepción que tiene el profesional médico del papel que desempeña el otro integrante de la pareja en la decisión de practicarse una esterilización (poner énfasis en las características del varón y de su pareja en el caso de la vasectomía).
- Explorar las causas de los fracasos en la prevención de embarazos no deseados.
- Explorar las explicaciones en torno de la ausencia de los varones en las políticas de salud relacionadas con la reproducción, en sus objetivos y metas.
- Explorar acerca de los motivos para el no uso de anticonceptivos entre la población de varones. Explorar en casos típicos y atípicos (incluyendo el entorno cercano) acerca del tema.

III. Embarazo y parto

Explorar en torno de casos problemáticos que hayan vivido al respecto en la atención de embarazos y partos:

- Explorar en las recomendaciones que desde la práctica clínica se hacen a las mujeres para atender de la mejor manera los embarazos y partos (para tener el control sobre ellos).
- Sondear concepciones acerca de las mujeres vinculadas con la reproducción (mujeres con varios embarazos, que tienen procesos de aborto, que gritan mucho en el parto).
- Explorar sobre las percepciones respecto de la existencia de signos y manifestaciones en la mujer que pudieran hacer referencia a un embarazo no deseado.
- Sondear acerca de los comportamientos “negativos” de las mujeres en los embarazos que dificultan el proceso de atención y desarrollo de los procesos de embarazo y parto (si se percibe alguna conexión entre el tipo de embarazo deseado/no deseado, y las posibles dificultades que se pueden presentar durante la gestación y durante la atención médica).
- Explorar sobre la presencia y la participación de los varones durante los embarazos y el parto (en general, las mujeres que vienen a chequeos durante el seguimiento de su embarazo, ¿vienen solas o acompañadas?, ¿a qué se deberá eso?, si durante algún momento del embarazo, ¿se requiere o sugiere la presencia (desde la práctica médica) del varón en las visitas que hacen las mujeres durante los chequeos?, ¿por qué será eso?, ¿qué piensa usted de la participación de los varones durante el parto?
- Sondear de qué manera influiría una participación más directa por parte de la pareja (varón) en el desarrollo y resultado de los embarazos.

IV. Aborto

Explorar si alguna vez le ha tocado atender a alguna mujer con aborto:

- Enfatizar en casos difíciles: ¿alguna vez le ha tocado atender a mujeres que llegan con procesos de aborto? (puede contarme de un caso que recuerde mucho, así como recabar información acerca de cómo fue, si llegan solas, acompañadas, quién las acompaña, etc.).
- Explorar sobre las experiencias con abortos legales (relacionados con violación, salud de la mujer que gesta, etc.).
- Explorar la percepción del profesional médico en torno de la existencia de sentimientos y emociones experimentados por él mismo, por colegas, por las mujeres que viven un aborto, ¿qué sentimientos y emociones se perciben?
- Explorar en torno de la objeción de conciencia, ¿quiénes y cómo son los objetores de conciencia?
- Explorar en las percepciones sobre la existencia de posibles conexiones entre los embarazos no deseados y los abortos, ¿percibe alguna conexión entre el embarazo no deseado y el aborto?
- Explorar si desde su percepción existe alguna conexión entre el aborto y la situación con la pareja (matrimonio, divorcio, ausencia de pareja, etc.), si la situación con la pareja puede ser concebida como un desencadenante de aborto.
- Explorar si desde su percepción existe alguna clase de tipificación (características asociadas a las mujeres que viven un aborto, a partir de clase social, estado civil, edad, hijos, etc.).

- Vincular esos casos con el papel de los varones en su desarrollo: ¿la participación de los varones cambiaría el panorama actual respecto del aborto en nuestro país?

V. Recomendaciones y sugerencias

- Explorar si alguna vez se recibió alguna capacitación respecto del género y los derechos sexuales y reproductivos, si se considera necesario este tema como parte de la formación y práctica profesional.
- En su opinión, ¿las instituciones médicas y los profesionales médicos podrían contribuir a construir relaciones más equitativas y responsables (en materia de sexualidad y reproducción) entre varones y mujeres?, ¿cómo y por qué?

**Proyecto: *Habitus* profesional y ciudadanía:
un estudio sociológico sobre los conflictos
entre el campo médico y los derechos
en salud reproductiva en México**

Financiamiento: Conacyt, proyecto 83466.

Objetivo general: realizar un estudio sociológico sobre los determinantes de la violación de derechos en salud reproductiva que se registran en los servicios públicos de salud en este país.

Objetivos específicos:

- a) Identificar a los principales actores, en términos de instituciones, escuelas de medicina y personalidades, que estructuran el campo médico, así como las formas de capital que poseen y las posiciones que ocupan en el campo.
- b) Identificar tanto en el currículum formal como en el informal los principales contenidos sobre ética profesional y derechos en salud que se imparten en las principales escuelas de medicina de los estados seleccionados, con el fin de analizar su impacto en la constitución del *habitus* profesional.
- c) Identificar los principales patrones de interacción entre los diferentes especialistas médicos, así como entre las diversas jerarquías entre ellos (especialistas, residentes, internos, etc.), en el marco de los servicios de salud reproductiva.
- d) Identificar los esquemas de percepción y apreciación que las usuarias con embarazos de alto riesgo ponen en juego durante la atención institucional que reciben y que contribuyen a obstaculizar el desarrollo de su plena ciudadanía reproductiva.
- e) Determinar qué *esquemas de percepción y apreciación* ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con otros profesionales de la salud durante la atención de embarazos y partos de alto riesgo o complicados, así como durante la consulta en salud reproductiva en general.
- f) Formular propuestas de intervención específicas —de utilidad para las mujeres, los prestadores de servicios, y las instituciones de salud— con miras a fortalecer la calidad de la atención de los servicios de salud reproductiva, y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

Aspectos generales

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y se les garantizó su anonimato. En total participaron 120 personas entre médicos y estudiantes de medicina, de los cuales 56 eran hombres y 64 mujeres. De esos 120, 25 eran gineco-obstetras, 20 eran especialistas en medicina familiar, 43 eran residentes en el área de ginecología, 16 eran internos con planes de especializarse en ginecología, y 16 eran estudiantes de pregrado. Los grupos focales se realizaron en el Distrito Federal, y los estados de México, Morelos y Nuevo León.

Variables del cuestionario individual para los médicos

Previo a la realización de los grupos focales, se le pedirá a cada médico participante que llene un pequeño cuestionario anónimo donde se le solicitará la siguiente información:

I. Datos generales

- Edad
- Sexo
- Lugar de nacimiento

II. Antecedentes familiares

- Estudios y ocupación del padre
- Estudios y ocupación de la madre

- Número de hermanos y posición que ocupa
- Origen socioeconómico, ¿viene de una familia pobre, media?
- Tipo de escuelas a las que asistió (privadas o públicas, religiosas o laicas)

III. Antecedentes laborales

- Institución donde trabaja
- Posición que ocupa
- Departamento o servicio en que trabaja
- Antigüedad en la institución
- Ejerce consulta privada además de la anterior

IV. Antecedentes escolares

- Dónde estudió medicina y en qué años
- Dónde hizo su internado
- Dónde hizo su servicio social
- Dónde cursa o cursó su especialidad (en qué y por cuántos años)

Guía de entrevista para los grupos focales

I. Antecedentes sobre su formación como médico

- ¿Cómo es que se decide a estudiar medicina?
- Relatos sobre la vida de estudiante de medicina
¿Qué les pareció la carrera?

- ¿Fue duro tratar con los maestros?
- ¿Es exigente el medio?
- ¿Qué es lo más difícil de la carrera?
- ¿Qué es lo que más les gusta de la carrera?
- ¿Han notado que no todos los médicos son competentes?
- ¿Se han encontrado con médicos incompetentes?
- ¿Hay maestros que los hayan decepcionado?
- ¿Qué esperaban en términos económicos al estudiar medicina?
- ¿Y qué han obtenido?
- ¿Hay frustración al respecto?

(Para médicos residentes y especialistas):

- ¿Dónde hicieron su especialidad?
- ¿Cómo decidieron qué especialidad hacer?
- ¿Cómo se ven entre los médicos las especialidades de atención a mujeres?
- ¿Qué fue lo más duro de sus años como residentes?
- ¿Qué era lo que más les gustaba de esa época?
- ¿Cuál fue su principal aprendizaje de esa época?
- ¿Qué cambiarían de la manera en que se entrena a los residentes?
- ¿Qué aprendieron sobre las jerarquías médicas en esos años?
- ¿Cómo era el médico más reconocido?, ¿ese reconocimiento se relacionaba con su actitud hacia las pacientes?
- ¿Y cómo era el médico menos reconocido?

II. Experiencia como gineco-obstetras (diferenciar entre ejercicio en instituciones públicas y ejercicio en instituciones privadas)

- Percepciones sobre los embarazos de alto riesgo.
- Relato de alguna urgencia obstétrica en la que hayan participado.
- Conocimientos y valoraciones sobre la preeclampsia/eclampsia.
- ¿Qué saben de eso?
- ¿Qué les enseñaron en la universidad?
- ¿Qué cursos han tomado?
- ¿Qué han leído?
- ¿Cómo es la práctica real en esta materia en el hospital?
- ¿Detectan contradicciones o incongruencias entre la formación que recibieron y lo que realmente se hace?
- ¿Qué responsabilidad tienen las mujeres en estos casos?

III. Percepciones sobre el parto en condiciones de riesgo (tratar de diferenciar entre práctica en instituciones públicas e instituciones privadas)

IV. Percepciones sobre las mujeres que atienden: su origen, su condición social, sus embarazos y partos

- ¿Qué saben las mujeres sobre sus embarazos y partos?
- Percepciones sobre “el deber ser” de las mujeres durante el embarazo (en particular durante el embarazo de alto riesgo), en

salas de parto, y durante el puerperio: lo que es “bueno” y “conveniente” para ellas.

- V. Percepciones sobre las condiciones materiales y organizativas de su trabajo hospitalario
- VI. Percepciones y experiencias sobre su interacción con los diferentes niveles de la jerarquía médica
 - Percepciones sobre sus derechos y condiciones laborales
 - Percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres
- VII. Percepciones sobre la posibilidad de cambiar o mejorar la práctica diaria

Índice de autores

A

Abbott 224
AGI 175
Arguedas 25
Aries 137
Asowa-Omorodion 19

B

Balandier 194
Baldwin 53, 54
Barret 202, 205
Barroso 206
Becker 17, 53, 139
Bernal-Delgado 221
Birth Control Trust 175
Bourdieu 44, 46, 50, 51, 52, 89, 102,
134, 139, 146, 156, 158, 170,
171, 202, 224, 231, 232, 234,
239, 242, 249, 258
Bronfman 19, 208, 239
Bush 142, 206

C

Camacaro 23, 24

Campero 46
Cardich 181
Casas 76
Casique 89
Castro 19, 24, 33, 42, 89, 142, 185,
208, 239, 248
Castro-Vásquez 24
Censida 88
Cervantes 88
Chaves 20
Cladem 19, 20
CNDH 18, 19, 30, 88, 234, 235, 236,
237, 240, 241, 243, 245, 246,
247, 248, 249, 253
Collado 23
Conapo 209
Congreso del Estado de Veracruz 27
Cook 38, 82
Cortés 54
Cribb 54
Cruz 20

D

Davis 139
Diniz 20, 142
D'Oliveira 20
Donabedian 36, 48

Douglas 194
Dudgeon 204

E

Eckenfels 54
Ehrenreich 54, 141, 194
Ellison 134, 139, 161
Elster 90
Enadid 208, 209
Engender Health 206
Erviti 33, 142, 145, 179, 185, 208
Ettorre 194

F

Fajardo-Dolci 21
Fawcus 180
Fernández 54
Ferraoli 40
Figuroa 186
Filc 141
Fisher 17, 142
Foucault 25, 42, 43, 44, 52, 84, 137, 194
Fox 53, 137
Freidson 17, 47, 138, 172, 227

G

Galante 46
Gallagher 137
García 23
Geertz 196
Ginzburg 28
GIRE 26, 176, 177, 178, 180, 181
Goffman 43, 44, 56, 75, 85, 115, 194,
195

Goldacre 221
González 143, 144, 145, 163, 179
González de León 143, 144, 179
Gramsci 22
Green 196
Grimes 180
Grossmann-Kendall 19

H

Hacking 44
Haque 23
Harden 175
Harrison 40, 41
Haug 142
Henshaw 175
Hindes 39
Hinze 141
Hughes 17, 53, 75, 112, 139, 242
Husserl 50, 258

I

Insgenar 20

J

Jacobson 53
Jiménez-Corona 20
Juárez 180
Juliano 197

K

Kassebaum 53

L

Lagarde 184
 Lammers 23
 Langer 32, 39
 Layne 194, 195
 Lazarus 144
 Lempp 54
 Llovet 179
 López 20, 32, 221
 Lorber 139
 Loría 54
 Lupton 194, 202, 206

M

Magnone 24
 Marshall 39, 40, 41
 Martin 121, 141, 202
 Matamala 76
 McCall 91, 105
 McNaughton 145
 Merton 17, 52, 53
 Miall 195
 Moore 202, 226
 Mora 32, 181, 182
 Myers 177

N

Nations 182
 Nussbaum 248

O

Oakley 54, 142, 205
 oms 41

ops 29, 39, 208
 Oudshoorn 203, 206

P

Park 195
 Parsons 137
 Peña 20
 Pérez 20, 221, 236, 247
Periódico Oficial "Tierra y Libertad"
 178
 Phillips 139
 Poniatowska 178
 Population Council 178
 Potter 226

R

Rahman 82
 Ramos 143, 180
 Rance 141, 161, 179, 181, 182
 Rautio 53
 Remennick 195
 Ringheim 138, 203, 204, 206, 208
 Rivas 181
 Rodríguez 20, 144
 Roe 144
 Root 194
 Roth 139, 179
 Rylko-Bauer 175

S

Sayavedra 186, 205
 Schoen 205
 Scott 170, 195
 Secretaría de Gobernación 19

Seidler 149

Silver 53

Solo 144, 229

Sousa 181

ssa 29, 120, 250, 263

Stasiulis 40

Steele 139

Stevenson 46

Stoeckle 17

T

Timpson 161

Todd 17

Turner 39, 41, 137, 227

U

Uhary 53

UNFPA 207

Uskul 82

V

Valdés 20, 21, 104

Valdez 20

Valle Gay 179

Van Kammen 203

Vernon 206

Villa 204

Villanueva-Egan 23

Villegas 23

Viveros 202, 206

W

Waitzkin 139

Walby 41

Wear 53

Wegar 145

Werner 138, 164

West 75, 141

Wright 137

Z

Zola 137

Índice de materias

A

- aborto 27, 28, 29, 31, 120, 125, 137-198
 - espontáneo(s) 160, 161, 164, 182, 183, 195, 196, 199
 - inducido(s) 160, 161, 162, 163, 164, 167, 168, 171, 180, 181, 182, 183, 193
 - legislación restrictiva (en torno del) 180, 183
 - penalización del 175, 177
 - subcampo del 175, 176, 198
- abuso 19, 20, 21, 22, 25, 30, 47, 53, 63, 79, 86, 87, 88, 91, 102, 104, 131, 228, 229, 234, 237
- acatar 93, 96, 124, 189
 - acatamiento 37, 121
- acción 44, 45, 50, 77, 81, 91, 108, 111, 115, 117, 137, 146, 170, 177, 223, 231, 233, 234, 249, 251, 256, 258
 - médica 130, 143, 229
 - profesional 30, 224, 239, 241
- acusación 196, 238, 242, 251
- agenda
 - formal 17, 30, 39, 45, 54, 71, 81, 133, 225, 231, 240, 242, 252, 253, 258
 - oculta 30, 71, 225
 - sanitaria 17, 30, 39, 45, 54, 71, 81, 133, 225, 231, 240, 242, 252, 253, 258
- agentes sociales 37, 66, 169, 181
- ambigüedad 187, 192, 259
 - de la actuación médica 129, 154, 161, 164, 204
- amenaza 77, 107, 109, 154, 163, 249
- anticoncepción 20, 32, 46, 107, 119, 120, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 209, 210, 212, 252
 - dispositivo intrauterino (DIU) 85, 187, 209, 240
 - métodos anticonceptivos 18, 38, 98, 117, 169, 179, 186, 201, 203, 204, 205, 208, 209, 212, 217, 218, 241
- autoridad 57, 59, 66, 67, 68, 83, 95, 135, 151, 170, 218, 250, 251
- autoritario 32, 52, 80, 105, 110, 112, 117, 118, 121, 123, 131, 132, 133, 140, 152, 168, 172, 201, 210, 215, 223, 227, 235, 237, 240, 249, 251, 253, 256
- autoritarismo médico 36, 41, 86, 172, 218, 256

C

- calidad 20, 38, 46, 49, 103, 139, 208, 260
 - de la atención 24, 28, 31, 36, 37, 39, 42, 48, 50, 76, 77, 78, 179, 183, 228, 229, 243, 255
 - problemas de 37, 47, 48, 51, 228, 229
- campo 35, 37, 85, 90, 107, 119, 131, 157, 172, 202, 206, 221, 225, 227, 241, 242, 257
 - jurídico 25, 76, 77
 - médico 21, 22, 24, 28, 30, 36, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 60, 62, 64, 76, 77, 78, 80, 83, 86, 101, 104, 111, 122, 132, 133, 134, 137, 138, 140, 142, 145, 146, 147, 148, 151, 152, 156, 158, 159, 161, 162, 165, 169, 170, 171, 173, 201, 204, 205, 222, 223, 224, 228, 229, 230, 233, 234, 238, 243, 245, 246, 251, 252, 253, 255, 256, 258
 - definición de 44, 45, 231, 232
- castigar 108
 - castigo 59, 60, 61, 80, 85, 99, 107, 132, 144, 182, 194, 233, 246
- cautiverio 170, 183, 184, 214, 215
 - cautiva 157, 214
- cesárea 26, 82, 85, 86, 89, 91, 95, 96, 116, 212, 229, 246, 247, 248
- chiste 107, 108
- ciudadanía 24, 39, 40, 41, 45, 76, 229
 - ciudadana 17, 46, 239
- clasificaciones 31, 35, 52, 119, 133, 139, 140, 142, 146, 159, 164, 170, 171, 173, 179, 180, 182, 202
- Código Penal 26, 77
- colonizar
 - colonización 243, 246
 - colonizado 32, 104, 202
- Comisiones Estatales de Derechos Humanos 230, 234, 237, 251
 - CEDH 30, 234, 243, 244, 245, 253
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico 19, 21, 30, 37, 86, 88, 234
 - Conamed 19, 21, 30, 88, 234
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) 18, 19, 30, 88, 177, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 253
- condiciones
 - de posibilidad 237
 - laborales 40, 55
 - de trabajo 23, 36, 47, 48, 50, 228
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 81
- Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, El Cairo 38, 81, 203
- Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague 81
- Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing 81
- conformidad 92
- conocimiento 32, 33, 35, 39, 43, 45, 47, 50, 52, 53, 59, 60, 83, 84, 94, 107, 127, 131, 134, 137, 138, 141, 142, 151, 160, 170, 180, 187, 188, 193, 229, 231, 235, 238, 239, 242, 243, 248, 251
- práctico 84
 - aprendizaje práctico 155
 - desconocimiento 52, 84, 117, 162, 188, 189, 243, 255
- consentimiento 26, 85, 99, 100, 235, 237
 - informado 18, 76, 236, 238, 239, 249, 250

cooperación 48, 97, 124, 125, 127,
 128, 130, 142, 244, 245, 246
 colaboración 37, 75, 85, 124, 236
 mujeres que cooperan o no 111
 culpa 96, 99, 150, 165, 182, 183, 187,
 194, 196, 215
 culpabilización 83, 145, 172, 186,
 193, 194
 cultura 22, 52, 53, 118, 168
 de la impunidad 77
 de la población 21, 104
 occidental 195
 curricular 218, 219, 225
 curriculum oculto 31, 64

D

delito 26, 27, 87, 144, 162, 177, 190
 derechos 22, 40, 47, 50, 55, 97, 104,
 178, 203, 234, 253
 de las mujeres 23, 24, 28, 31, 33,
 36, 39, 41, 42, 51, 77, 78, 80,
 85, 86, 87, 91, 92, 101, 117,
 131, 133, 228, 229, 230, 239,
 252
 en salud 30, 37, 38, 39, 48, 229
 humanos 17, 18, 38, 81, 82, 88,
 134, 140, 173, 204, 256
 reproductivos 27, 28, 30, 32, 39,
 46, 76, 78, 81, 82, 85, 86, 87,
 120, 122, 125, 134, 146, 173,
 204, 208, 213, 250, 255
 violación de 18, 23, 27, 28, 32, 36,
 39, 48, 51, 54, 76, 77, 78, 80,
 87, 88, 92, 101, 131, 133, 134,
 140, 146, 173, 246, 252
 desafío 98
 rebeldía 248
 rebelión del gremio médico 77

descalificación 94
 desacreditación 95
 desigualdad 117, 181,
 de género 32, 54, 68, 80, 82, 87,
 129, 132, 134, 135, 141, 142,
 148, 151, 204, 209, 210, 223,
 256
 desprecio 98
 disciplina 17, 28, 56, 63, 79, 99
 disciplinamiento 59, 64, 78, 80
 disciplinario 25, 256
 discurso 42, 81, 84, 103, 111, 154, 161,
 169, 178, 186, 188, 194, 210,
 218, 246, 262
 dominante 187, 196, 197, 198
 hegemónico 179
 moral dominante 182
 doble actividad 137, 143, 146
 doble verdad 151, 158, 160, 169, 172
 dolor 82, 94, 97, 98, 99, 110, 112, 116,
 123, 126, 127, 132, 159, 164,
 165, 244
 duele 81, 93, 95, 109, 124, 125
 sufrimiento 81, 99, 117, 125, 126,
 165, 196, 198, 199, 257
 dominación 22, 23, 40, 43, 44, 84, 88,
 98, 102, 104, 141, 142, 159, 169,
 199, 205, 211, 231, 239

E

emoción 149
 encarnizamiento terapéutico 20
 enfermera 106, 107, 109, 111, 114, 119
 enfermería 20, 45, 143, 231, 248
 enojo
 inicial de los médicos 248
 ira 248, 249, 252, 257
 entrevista 28, 32, 148, 154, 157

escuelas de medicina 53
 facultades de medicina 31, 52, 144
 esquemas 44, 47, 108, 142, 154, 202,
 205, 231, 232, 258, 263
 de percepción 101, 126, 165, 257
 de percepción y apreciación 27,
 42, 102, 104, 120, 128, 129,
 132, 134, 146, 147, 149, 152,
 162, 171, 173, 201, 244, 246,
 248
 Estado 20, 39, 40, 43, 46, 82, 84, 89,
 159, 204, 208, 227, 239, 246
 estado de salud 20, 27, 39, 40, 43, 46,
 82, 84, 89, 94, 95, 159
 estereotipos 139, 147, 148, 193
 estigmatización 145, 172, 183, 194,
 199
 estigma 134, 145, 180, 195, 196
 estrategia 85, 108, 123, 129, 186, 188,
 190, 192, 193, 199, 251
 de dominación 159
 de poder 138
 de reproducción 169
 de resocialización 141
 actuación estratégica 31

F

feminista 23
 formación (médica) 17, 23, 24, 30, 31,
 38, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 59,
 60, 62, 64, 72, 74, 75, 76, 79,
 80, 86, 117, 129, 132, 138, 140,
 141, 144, 147, 152, 153, 154,
 155, 156, 158, 159, 218, 219,
 225, 255
 universitaria 51, 52, 55, 78, 131,
 253, 256
 formas naturalizadas 87, 131

G

género 24, 40, 41, 52, 64, 66, 67, 69,
 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 83,
 101, 108, 117, 120, 133, 135,
 139, 140, 141, 142, 143, 145,
 147, 148, 159, 170, 181, 184,
 185, 198, 202, 203, 205, 206,
 211, 214, 216, 217, 218, 225,
 226, 252
 desigualdad de 32, 40, 54, 68, 75,
 80, 82, 87, 129, 132, 134, 135,
 141, 142, 148, 151, 203, 204,
 206, 209, 210, 223, 224, 256
 enfoque de 54
 perspectiva de 25, 64, 76, 178,
 203, 225
 relaciones de 41, 151, 216, 222,
 224
 violencia de 33

H

habitus 24, 28, 35, 44, 46, 50, 55, 76,
 77, 80, 81, 83, 89, 90, 94, 101,
 104, 108, 109, 110, 117, 118,
 120, 132, 133, 138, 142, 143,
 145, 146, 151, 156, 158, 165,
 171, 201, 202, 223, 225, 241,
 242, 248, 253, 256, 257, 258
 desvinculante 106
 domesticado 94
 médico 28, 31, 35, 48, 49, 51, 52,
 78, 86, 112, 113, 115, 131,
 141, 143, 201, 208, 219, 230,
 232, 233, 234, 238, 241, 243,
 251, 252
 médico autoritario 32, 105, 117, 121,
 132, 133, 201, 227, 251, 256

profesional 28, 79, 80, 140, 146,
224
hipótesis 22, 28, 78, 131, 173
de investigación 146
interpretativa 146
humillación
humilla 19, 62, 99, 114
humor, sentido del 67, 106

I

ignorar 85, 115, 229
illusio 232, 233
imagen 56, 57, 59, 78, 79, 80, 157,
198
incorporación (de las estructuras de
poder) 50, 54, 76, 102, 103,
108, 122, 131, 132, 133, 138,
140, 141, 151, 155, 161, 165,
178, 190, 201, 204, 205, 219,
222, 224, 232, 233, 234, 244,
249, 252, 256, 257
Instituto Mexicano del Seguro Social
29, 247
IMSS 120, 159, 209, 235, 239, 240,
241, 246, 248
interacción 18, 29, 43, 44, 55, 75, 80,
82, 84, 91, 98, 111, 115, 121,
122, 172, 182, 243
médico-paciente 229
patrones de 27, 31, 92, 97, 105

J

jerarquías 37, 50, 54, 55, 59, 61, 62,
63, 64, 67, 68, 69, 78, 79, 80,
83, 96, 101, 108, 111, 114, 115,
120, 129, 130, 132, 133, 137,

138, 141, 142, 143, 147, 152,
156, 157, 159, 161, 213, 216,
238, 245, 256

L

legitimación 159, 224
del castigo 194
deslegitimación 142
deslegitimación del saber científico
35
Ley de Acceso de las Mujeres a una
Vida Libre de Violencia 25
lógica
lógica-lógica 239
lógica-práctica 28, 78, 80, 110
luchas
clasificadoras 31, 137, 158
del campo 202
fundamentales 101
políticas 41

M

machismo 65, 148, 149, 220, 221
machista 66
machorras 73
maltrato 18, 19, 22, 23, 37, 39, 42, 47,
53, 54, 61, 80, 86, 87, 88, 91,
102, 132, 146, 186
mandatos
de género 66
legales 242
religiosos 190
master estatus 75
mecanismos 31, 35, 40, 44, 50, 52, 77,
82, 83, 84, 90, 91, 92, 95, 97, 99,
101, 102, 104, 105, 131, 139,

148, 149, 150, 151, 152, 171,
172, 201, 210, 214, 233, 239,
256
de reproducción 91
de sustentación 91, 101
medicalización 23, 25, 134, 205
medicina moderna 23, 54, 141, 142,
153, 194, 227
Ministerio Público 163, 168

N

naturalización (natural) 26, 38, 50, 84,
87, 88, 102, 103, 111, 114, 117,
132, 138, 181, 202, 210, 215,
223, 226, 249, 258
naturalización 87, 88, 103, 210
no-persona 115
normas 84, 93, 103, 118, 138, 146,
147, 149, 182, 186, 187, 188,
189, 193, 194, 195, 197, 208,
229, 240, 241, 242, 243, 253
normalización 194
normalizador 128, 164, 168

O

obediencia 45, 92, 98, 114, 126, 194
desobediencia 123, 125
obedecer 113
objetivar 255
objetivación 76, 256, 258
observación 28, 29, 32, 89, 98, 106,
107, 110, 113, 116, 118, 139,
164, 166
participante 31
orden 267
corporal hegemónico 206

de género 64, 74, 78, 83, 92, 95,
96, 97, 106, 110, 113, 120,
128, 134, 135, 140, 143, 148,
149, 152, 155, 163, 168, 169,
171, 202, 206, 218, 222, 223,
226, 245
hospitalario 245
masculino 35, 36, 37, 38, 40, 61, 62,
64, 74, 78, 83, 92, 95, 96, 97,
106, 110, 113, 120, 128, 134,
135, 140, 143, 148, 149, 152,
155, 163, 168, 169, 171, 202,
206, 218, 222, 223, 226, 245
médico 36, 37, 61, 93
social 37, 96, 120, 134, 135, 140,
148, 152, 171, 202, 223, 226
Organización Mundial de la Salud 41

P

pacientes 18, 23, 37, 46, 48, 53, 61, 64,
84, 88, 89, 92, 93, 97, 105, 115,
123, 127, 130, 137, 138, 139,
142, 146, 148, 154, 156, 157,
158, 159, 162, 165, 168, 169,
170, 172, 212, 213, 214, 225,
229, 241, 242, 243
parto
natural 26
atención del 23, 28, 52, 78, 91, 121,
122, 124, 130, 131, 133
salas de 55
trabajo de 31, 82, 83, 85, 89, 93,
96, 98, 106, 108, 109, 111,
113, 117, 121, 123, 124, 126,
127, 128, 129, 216, 246, 252
patriarcal
institución patriarcal 23
performativo

carácter 207
 efecto 102
 poder 170
 poder 20, 21, 22, 25, 28, 36, 38, 42, 43,
 45, 48, 50, 51, 54, 68, 69, 76, 84,
 91, 94, 101, 104, 111, 133, 134,
 135, 137, 138, 149, 151, 155,
 170, 172, 173, 176, 183, 184,
 219, 222, 223, 224, 230, 232,
 238, 241, 244, 245, 251, 252, 253
 médico 45, 138, 246
 obstétrico 25
 simbólico 94, 155
 estructuras de 230, 256
 posición de 68, 133, 171, 211
 relaciones de 42, 43, 50, 54, 137,
 138, 141, 207, 225
 práctica médica 20, 22, 49, 106, 126,
 139, 143, 144, 151, 158, 159,
 164, 165, 169, 172, 193, 215,
 218, 221, 222, 225, 227, 245
 autoritaria 24, 36, 47, 77, 140, 212,
 255, 258
 prescripción
 del mundo 161
 anticonceptiva 161, 166, 201
 presión 99, 194
 a las mujeres 122
 emocional 237
 profesión médica 17, 36, 47, 79, 101,
 137, 139, 143, 182, 205, 212,
 220, 228, 229, 242, 249
 profesionalismo 171, 172, 173,
 239, 241

R

regaño 82, 93, 117, 146, 245
 reprimenda 95

reglas 47, 51, 56, 64, 101, 232, 233
ad hoc 117
 reprobación 98
 reproducción 264, 268, 269
 profesional 73, 141
 social 184, 226
 residencia médica 38, 62
 riesgo 26, 31, 41, 51, 55, 125, 129, 168,
 181, 182, 198, 219, 220, 221,
 231
 reproductivo 122, 213, 218, 235

S

salas
 de expulsión 89
 de labor 28, 29, 31, 89, 90, 92, 93,
 99, 105, 108, 112, 117, 131,
 132
 salud
 pública 18, 20, 48, 144
 reproductiva 18, 19, 20, 24, 25, 28,
 32, 37, 38, 39, 41, 42, 46, 51, 52,
 77, 78, 82, 120, 122, 135, 142,
 201, 202, 203, 204, 207, 208,
 209, 211, 214, 215, 216, 217,
 218, 219, 223, 224, 225, 227,
 228, 229, 230, 251, 252, 256
 servicios de 17, 19, 22, 27, 29, 33,
 36, 38, 40, 41, 45, 47, 50, 53,
 55, 74, 75, 80, 87, 88, 101, 104,
 131, 133, 138, 159, 176, 177,
 185, 186, 190, 198, 253, 255
 servicios de salud reproductiva
 20, 24, 28, 37, 39, 42, 46, 51,
 52, 77, 78, 82, 120, 122, 142,
 201, 202, 203, 207, 208, 211,
 214, 216, 218, 219, 223, 224,
 225, 228, 229, 251

self 43, 138
Secretaría de Salud 21, 29, 36, 49, 117,
180, 239, 243, 257
sexualidad 25, 38, 39, 84, 107, 120,
134, 142, 147, 149, 152, 179,
203, 205, 207, 220, 226
sexualizada 68
socialización 52, 79, 132, 142
sometimiento 27, 99, 142, 187
 acatamiento 37, 121
 sumisión 68, 98, 197, 210
subordinación 44, 54, 97, 135, 197,
231
 subordinada 101, 102, 143, 197
supervivencia 186, 197, 199

U

usuarias 18, 22, 27, 28, 37, 40, 45, 47,
50, 51, 54, 76, 77, 80, 101, 119,
121, 122, 131, 138, 139, 201,
202, 205, 208, 209, 210, 212,
223, 232, 239, 251, 255

V

vigilancia 42, 99, 113, 121, 187, 194,
205
violación de derechos
 humanos 18, 88, 134, 140, 173
 reproductivos 27, 28, 78, 134, 146,
173
violencia
 física 89
 implícita 134
 obstétrica 25, 26, 29, 76, 77
 simbólica 101

La primera edición de *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*,

de Roberto Castro y Joaquina Erviti

editada por el Centro Regional

de Investigaciones Multidisciplinarias

de la Universidad Nacional Autónoma de México

se terminó de imprimir el 22 de septiembre de 2015

en los talleres de Editorial Color, S.A. de C.V.,

ubicados en Naranjo 96 bis, colonia Santa María La Ribera,

delegación Cuauhtémoc, 06400, México, D.F.

El tiraje consta de 500 ejemplares

en papel book cream de 60 gramos los interiores,

y en cartulina sulfatada de 14 puntos los forros;

tipo de impresión: offset con salida directa a placas;

encuadernación en rústica, cosida y pegada.

En la composición se utilizó la familia tipográfica

Calisto de 9, 10 y 11 pts. y Gautami de 12, 16 y 20 pts.

Corrección de originales: Adriana Guerrero Tinoco;

diseño tipográfico, diagramación y formación:

Irma G. González Béjar.

El cuidado de la edición estuvo a cargo

del Departamento de Publicaciones del CRIM/UNAM.

✿ Esta obra fue impresa empleando criterios amigables con el ambiente, utilizando materiales con fibras recicladas, naturales no derivadas de madera, libres de cloro, barnices y laminados plásticos, y con ahorro de tintas ✿



Es escasa la investigación sociológica realizada para dilucidar uno de los problemas más álgidos de la agenda ciudadana en nuestros días: la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los



servicios de salud, así como la llamada “violencia obstétrica”. Desde esta disciplina, es posible explicar el autoritarismo que los prestadores de servicios de salud suelen ejercer sobre las usuarias, así como la defensa que esgrimen las instituciones de salud cuando son requeridas por los tribunales y las comisiones de derechos humanos.

Con base en el análisis de casos y testimonios concretos, en este libro se presentan los resultados de una línea de investigación desarrollada a lo largo de los últimos quince años sobre la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud. Para ello, se rastrea el origen social del autoritarismo médico en el encuentro entre la estructura del campo médico y el *habitus* del personal de salud, el cual se gesta desde los años de formación universitaria y se reproduce todos los días en la práctica profesional.

