Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*

Roberto Castro**

Resumen: *El habitus médico autoritario en México se gesta desde los años de formación en las escuelas de medicina, así como en la residencia y la especialización. Son elementos de este proceso las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico. En este artículo se muestra el funcionamiento del habitus médico a partir de observaciones en salas de labor y parto en hospitales públicos. La solución al problema de las violaciones de derechos humanos de las mujeres en servicios de salud implicaría una reestructuración del campo médico y el desarrollo de la ciudadanía de las usuarias.*

Abstract: *Authoritarian medical habitus in Mexico begins during the years of medical school training, residency and specialization. Elements of this process include the hierarchies of the profession, gender inequality and punishment as a teaching resource. This article describes the functioning of the medical habitus on the basis of observations in delivery rooms in public hospitals. The solution to the problem of human rights violations of women in health services would involve a restructuring of the medical field and the development of users' citizenship.*

Palabras clave: habitus médico, campo médico, autoritarismo, parto, género, ciudadanía.
Key words: medical habitus, medical field, authoritarianism, birth, gender, citizenship.

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 en uno de los problemas más álgidos que forman parte de la agenda ciudadana

* Artículo ganador del primer lugar del Premio Iberoamericano en Ciencias Sociales, séptima edición.

** Doctor en Sociología Médica por la Universidad de Toronto. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México. Temas de especialización: ciencias sociales y salud; violencia contra mujeres; salud, derechos humanos y ciudadanía. Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa, 62210, Cuernavaca, Morelos. Correo electrónico: <rcastro@correo.crim.unam.mx>.

[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 *et al.,* 1961); el estudio clásico de Eliot Freidson (1982) sobre la profesión médica; así como un sinfín de estudios sobre la relación médico-paciente (Todd y Fisher, 1993; Stoeckle, 1987).

D. R. © 2014. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F. ISSN: 0188-2503/14/07602-01.

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 instituciones académicas y de gobierno han comenzado a visibilizar, dada la magnitud que ha alcanzado en México y otros países, y al que las ciencias sociales no han considerado en profundidad.

En efecto, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), 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 primera 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 al consentimiento informado en planificación familiar (CNDH, 2002); en la segunda se emiten recomendaciones para que se fortalezcan las condiciones que posibiliten el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud y se eviten los frecuentes abusos que se reportan en esta materia (CNDH, 2009). Por otra parte, las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) confirman que la especialidad médica con mayor número de quejas es la ginecobstetricia (Fajardo-Dolci *et al.*, 2009).[3]

En los últimos 25 años se han acumulado evidencias en varios países de América Latina que demuestran que los servicios de salud —en particular los de salud reproductiva— constituyen otro espacio en el que 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 en los que queda claro que muchas de ellas fueron maltratadas, humilladas, intimidadas o sufrieron abusos (Asowa-Omorodion, 1997; Grossmann-Kendall *et al.*, 2001).

En América Latina se ha documentado el estilo coercitivo que asumieron los programas de planificación familiar en la década de los años ochenta (Bronfman y Castro, 1989), la existencia de diversas formas de

[2] De acuerdo con un rastreo hecho por el autor, la CNDH y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) han emitido más de 150 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la salud reproductiva en los últimos 12 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios.

[3] He verificado directamente las estadísticas de la Conamed y he confirmado que del año 2000 al 2012, esta institución recibió 20 740 quejas, de las cuales 2 877 (14%) correspondieron al área de ginecobstetricia, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas.

violencia 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 ginecobstetricia 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", que se refiere al uso innecesario de procedimientos médicos y quirúrgicos y que se efectúan básicamente porque se tiene el poder para hacerlo (Pérez y Gérvas, 1999; Diniz y Chacham, 2004).

En el caso de México, existen diversos estudios que han abordado este problema, pero generalmente desde un enfoque de salud pública o en forma meramente testimonial. En el primer caso, los análisis se basan en una perspectiva gerencial que aborda estas cuestiones como un problema de "calidad" de los servicios (Jiménez-Corona *et al.*, 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, 2000), o de noticias que publica la prensa normalmente porque se trata de demandas que los tribunales han resuelto en favor de las mujeres.[4]

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 (caracterizada 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. Algunos estudios cuentan con un vocabulario que busca rastrear "los factores so-

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

ciales que se ven involucrados en este proceso", pero al final vuelven a postular que la cuestión estriba en "humanizar" a los médicos y la atención que brindan (García, Guillén y Acevedo, 2010), en atender la "crisis de valores que enfrenta la medicina actual" (Collado, 2010), o 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 del problema que se ofrecen, 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, de falta de capacitación o de 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. Junto con la tipificación legal de la "violencia obstétrica" como una forma específica de violencia contra las mujeres,[5] algunos autores han estudiado el problema con un enfoque feminista, en el que la medicina moderna se caracteriza 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 otros más, con buena intuición sociológica (pero aún a la espera de los conceptos más adecuados), se postula 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: 38), o se identifican algunos de los "mecanismos interaccionales" (entre prestadores de servicios y usuarias), así como institucionales, que se ubican en el origen de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto (Castro y Erviti, 2002).

Lo que ha faltado hasta ahora es construir y explorar el problema en clave sociológica.[6] Ése es el objetivo de este trabajo. Me propongo presentar algunos de los principales resultados de una investigación que nos permite

[5] La "violencia obstétrica" se tipificó por primera vez en Venezuela, en 2007 (Pérez D'Gregorio, 2010). Actualmente, varios estados de la República Mexicana también la consideran (GIRE, 2013).

[6] Carolina Consejo y Carlos Viesca-Treviño (2008) reflexionan sobre la importancia de usar conceptos sociológicos para analizar la vinculación entre la formación de los

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 (varios trabajos derivados de este proyecto los he publicado en coautoría con la doctora Joaquina Erviti). Para ello, en la primera parte defino los principales conceptos sobre los que se basa esta investigación. En la segunda parte describo los aspectos metodológicos de la misma, particularmente los relacionados con las estrategias de recolección y análisis de la información. A partir de la tercera parte presentaré los hallazgos. Comienzo documentando cómo desde los años de formación universitaria se forma el habitus médico, sobre todo a partir del currículum oculto, habitus que después será una de las claves del autoritarismo al que estos profesionales propenden durante su práctica profesional. A continuación analizaré evidencias recogidas en salas de labor y parto de hospitales públicos que muestran justamente la predisposición o el alto riesgo que corren los médicos (hombres y mujeres, como veremos) de violar los derechos de las mujeres mientras las asisten durante su trabajo de parto. Concluiré señalando las implicaciones, más allá del campo médico, del análisis aquí presentado.

Una propuesta conceptual para construir sociológicamente el objeto

No existen aún investigaciones en México que indaguen sobre las *condiciones de posibilidad* del autoritarismo médico. Una muy 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. Se trate de formas *menores* de maltrato, o 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 mero 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 del maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva, y de los atropellos que ellas sufren con frecuencia en ese espacio, consiste en sustraerse de los

médicos y su actuación profesional, pero su trabajo carece de la prueba empírica indispensable en toda investigación sociológica.

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.

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 su 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: 182).[7]

Es decir, a nivel de las interacciones microsociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y la reproducción de las relaciones de dominación. Erving 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.[8] La interacción social, sus

[7] "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: 157).

[8] "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: 269; cursivas en el original): genial anticipación que prefigura la tesis de Bourdieu de que el *principio de la acción* estri-

regularidades y sus rupturas, las complicidades con las que se realiza, sus sobresaltos y sus traiciones, siguen patrones específicos discernibles sociológicamente, que varían en función de las características de las instituciones y de los contextos en los que 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 en el que se presenta. De esta manera, 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 Pierre Bourdieu (2000) son de extrema utilidad. El campo médico abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos 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, junto con las instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, y los profesores y estudiantes de las especialidades médicas.

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) 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 es-

ba en la complicidad entre dos estados de lo social: la historia hecha cuerpo y la historia hecha instituciones, estructuras y mecanismos del campo (Bourdieu, 1999).

pontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo.

A partir de estas consideraciones, en este trabajo busco documentar la solución de continuidad que existe entre el habitus médico que comienza a fundarse 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. Es decir, postulo que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera), 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 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 socialización[9] de los estudiantes de medicina surgió al final de la década de los años cincuenta del siglo pasado como objeto de estudio dentro de la sociología médica estadounidense. La escuela de Columbia (Merton, Reader y Kendall, 1957) y la escuela de Chicago (Becker *et al.*, 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" (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" (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. Común a estos aprendizajes es el desarrollo de cierto cinismo que los estudiantes y los médicos generan con respecto a su trabajo, y en relación con otros colegas y con los pacientes (Wear *et al.*, 2009).

[9] "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— vigentes en el grupo del cual son, o buscan llegar a ser, miembros" (Merton, Reader y Kendall, 1957: 287).

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 Glicken, 1990; Rautio *et al.*, 2005). Se postula incluso que existe una "cultura" del abuso de los estudiantes en las escuelas de medicina que está vinculada con una sistemática "violación de la dignidad" en los servicios de salud (Uhari, 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 de relaciones que pueden llegar a desarrollarse con los propios colegas (Loría *et al.*, 2010; Cortés, 2010; Fernández, 2007).

Pero, de nueva cuenta, poca de esta exploración puede reputarse como genuinamente sociológica. Echando mano de la investigación en educación, propongo 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: 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). Sostengo 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, como están genética y estructuralmente ligadas a ella, favorecen el *desconocimiento* de la verdad de esas estructuras objetivas y, con ello, el reconocimiento de su legitimidad" (Bourdieu, 2013: 19; cursivas añadidas).

La importancia del enfoque *de género* no puede ser sobreestimada en este trabajo. Por una parte, la investigación feminista ha 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, en 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 cuanto que sobre ellas se ejerce la violación de derechos cuyo origen buscamos 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.

El método

Para lograr este cometido, necesitamos explorar qué esquemas de percepción y apreciación ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios (pasantes, médicos de primer y segundo nivel; médicos generales y médicos especialistas; enfermeras, trabajadoras sociales, etcétera); 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), juegan 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".

La hipótesis de trabajo es que la violación de derechos reproductivos, durante la atención del parto o 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. La cuestión, desde luego, es dilucidar sistemáticamente el vínculo entre este campo y este habitus.

Por la complejidad del objeto de estudio, ésta es una investigación basada en el paradigma indiciario, en cuyo impulso la propia medicina ha jugado un papel central (Ginzburg, 2008). En efecto, esta disciplina ha desarrollado la mirada clínica, que puede observar síntomas y signos y descubrir tras éstos 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 indicios como los que mostraremos en seguida.

Fuentes

Tres tipos de evidencia empírica sustentan los hallazgos presentados en este artículo:

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. 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.[10]
b) Un total de 14 grupos focales con estudiantes de medicina, internos, residentes[11] y ginecobstetras, 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. 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 ginecobstetras, 20 eran especialistas en medicina familiar, 43 eran residentes en el área de ginecobstetricia, 16 eran internos con planes de especializarse en ginecobstetricia, y 16 eran estudiantes de pregrado.
c) Una revisión exhaustiva de 153 recomendaciones de la CNDH y de las CEDH a las instituciones de salud, de 1990 a la fecha, en virtud de quejas por abuso y violaciones de derechos presentadas por las y los usuarios de dichos servicios.

[10] Se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética de las instituciones participantes.

[11] 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.

Adicionalmente, he revisado todas las conciliaciones de la Conamed a las que me ha sido posible acceder vía Internet, y he hecho también un recuento de todas las notas periodísticas publicadas a partir del año 2000 sobre esta materia en los periódicos *El Universal*, *La Jornada* y *Milenio Diario*.[12]

HALLAZGOS

El desarrollo del habitus durante los años de formación universitaria

El examen detallado del currículum oculto de la formación médica universitaria requiere un análisis muy extensivo. Por razones de espacio, en esta sección enfatizaremos únicamente las tres dimensiones más relevantes a los efectos de esta investigación.

Una primera dimensión del currículum oculto 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 cuando el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión 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. 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

[12] En este artículo sólo utilizaré las evidencias obtenidas mediante los grupos focales y las observaciones *in situ*.

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 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 de tales; 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 R3[13] y ahora estoy haciendo lo mismo [...] Ésas son cosas que pasan por alguna razón, y a lo mejor lo estamos haciendo por inercia o de manera inconsciente [...]" (grupo focal 12).

Asociado con el tema precedente, una segunda 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 a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad. La cuestión es aún mucho más evidente durante los años de la residencia médica, cuando 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 de también de médicos en

[13] Médicos residentes de tercer año.

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.

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 tercera dimensión del currículum oculto que hay que destacar. 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. Abundan los ejemplos: el del profesor que al entrar a clase les preguntaba a las mujeres qué estaban haciendo ahí, si deberían estar vendiendo verdura en el mercado; el de aquel otro que mandaba a las mujeres a sentarse en la parte posterior del salón y sólo permitía que se sentaran al frente a aquellas que estuvieran dispuestas a "enseñar pierna"; el de aquella mujer que, gracias a sus altas calificaciones, había ganado ya la exención de un examen, cuando fue obligada a pasar al frente del salón para que el maestro pudiera "admirar su figura". Al negarse a hacerlo, fue obligada a presentar examen (ejemplos tomados de los grupos focales).

El hostigamiento 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.

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

Para situar al lector, conviene describir brevemente el área de tococirugía de los hospitales en los que se realizó la observación: se trata de una sala rectangular de aproximadamente 64 metros cuadrados, donde

se ubican entre seis y ocho 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 pueden verse y escucharse 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. Contiguos a la sala de labor, se encuentran dos quirófanos pequeños con una cama ginecobstétrica 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 en la práctica y no en las teorizaciones que el actor puede hacer acerca de la misma (Bourdieu, 1991). Las observaciones realizadas en salas de labor y parto en los dos hospitales públicos constituyen un material de primera importancia para este fin. En la práctica profesional, el habitus de los médicos ginecobstetras, 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 prerreflexivas que se activan a cada momento. Por ello, resulta imperativo poner especial atención, por su carácter particularmente revelador, en tres tipos de interacciones que tienen lugar en este espacio: a) las que ocurren entre los médicos entre sí y con las enfermeras; b) las que ocurren entre los médicos y las mujeres que están siendo atendidas, y c) las que combinan las dos anteriores.

Interacciones

En relación con las interacciones del 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!"[14] 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.[15]

¿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, sostengo, 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 no pertenecen al campo en cuestión. Por ejemplo, otra observación en campo permitió registrar lo siguiente:

> 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 braceras y checar las pierneras. Una de las enfermeras pregunta al médico: "¿Le van a hacer episio?"[16] El médico responde inmediatamente: "¡Claro, a todas, de castigo!", haciéndose el chistoso, pero con cara seria.

Como veremos enseguida, hay una permanente propensión de 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

[14] 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.

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

[16] Episiotomía: incisión quirúrgica en la zona del perineo que se realiza con el fin de facilitar la salida del bebé y abreviar el parto.

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 quizá 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 respuesta 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 las 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 de médicos y mujeres

Las interacciones del 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 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:[17]

> 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

[17] 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.

> 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,[18] ¿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 la atienden: "¡Me duele!" Médico: "Oye, Norma Angélica, tranquilita, ¿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, 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 prerreflexiva (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 orden y a la seriedad que el momento amerita, denota una profunda descalificación del dolor de la mujer y de sus necesidades e implica, por ello, 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 manifiesta así, espontáneamente, echando mano de las expresiones que en esa lógica-práctica parecen más adecuadas. 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 el vientre 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".

[18] Todos los nombres propios han sido cambiados por razones de confidencialidad.

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 a las que están atendiendo. 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 éste 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 la 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.[19] 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 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!" Ni la sonda le ponen; la dejan sola, como para que se le pase; la ignoran.

[19] 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 es relegada a los márgenes de la acción.

Decía 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 capacita a los médicos para no involucrarse emocionalmente con las pacientes, pero que de manera fácil los habilita para ir mucho más allá: les permite ignorarlas aun cuando ellas les estén solicitando dramáticamente su atención.[20] Son justamente los actores menos socializados en este contexto, los más jóvenes, es decir, los que no han desarrollado por completo 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 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 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 en el que es posible observar en pleno funcionamiento el habitus médico cuya existencia he documentado hasta ahora. Se trata de situaciones que ofrecen información sociológica sumamente relevante, pues al mostrar a los actores

[20] No involucrarse emocionalmente es un requisito para el correcto funcionamiento profesional. Por eso Everett Hughes (1993) señala que la similitud entre los plomeros y los médicos es que ambos deben aprender a trabajar de manera *rutinaria* con las emergencias 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).

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 (Orozco) obedece de inmediato la orden. Luego de obedecer, dice con orgullo: "Ya ve cómo me reivindiqué". El médico se burla de él y le dice a la enfermera: "¿Cómo lo ve?" 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",[21] dice la interna. "¿Míos, por qué?", reclama el residente. "Así nació el otro", continúa la interna. "Pero yo lo acababa de atender, ¿o no, doctor?", respinga Orozco. "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 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 desespero[22] 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 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

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

[22] En ocasiones resultaba muy difícil para las observadoras permanecer neutrales ante lo que veían.

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, 1981) 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. 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 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: "¡Púje!e ¡Púje!e" 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..."[23] El R2 se levanta y va por un 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 aguántese!! 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 cómo mete su mano con mucha dureza y

[23] 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".

> por supuesto esto hace que la mujer grite). La mujer gime con fuerza y llora. El R2 le ordena: "¡Púje!e ¡Púje!e ¡No llore y puje!" 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, etcétera). 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 por la condición de opresión desde la que actúan las mujeres que acuden a estos servicios. Estamos, en suma, a la vista de las 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 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...[24] 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!"

Tras ocurrir este incidente, decidimos dar por terminado el trabajo de campo en los hospitales.

[24] Salpingoclasia: método definitivo de anticoncepción consistente en la oclusión de las trompas de Falopio.

Conclusión

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, por lo tanto, han 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) de los atropellos en que incurren, 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 a pertenecer. Ahora la encarnan y hablan en su nombre.

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que juega un papel central en la génesis de un habitus profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa, y en la desigualdad de género. Un aparato educativo que mediante *tecnologías del yo* muy específicas sienta las bases para la generación y reproducción del poder en el nivel micro de la interacción social.

He 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 un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir con los fines y la agenda de la institución médica, porque las definen como lógicas, naturales y "profesionales". 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.[25] 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 lo 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.

BIBLIOGRAFÍA

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* 44 (12): 1817-1824.

BALDWIN, Dewitt C., y Steven R. Daugherty (1997). "Do residents also feel 'abused'? Perceived mistreatment during internship". *Academic Medicine* 72 (10): S51-S53.

BECKER, Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hughes y Anselm L. Strauss (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.

BOURDIEU, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

BOURDIEU, Pierre (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

[25] 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 las jerarquías (profesional, de clase, de género, de etnia, etcétera) potencialmente vigentes.

Bourdieu, Pierre (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo.

Bourdieu, Pierre (2013). *La nobleza de estado*. Buenos Aires: Siglo xxi Editores.

Bronfman, Mario, y Roberto Castro (1989). "Discurso y práctica de la planificación familiar. El caso de América Latina". *Saúde em Debáte* 25: 61-68.

Camacaro, Marbella (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico… Improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32): 147-162.

Camacaro, Marbella (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Valencia: Universidad de Carabobo.

Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2002). "Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico". *Health and Human Rights* 7 (1): 90-110.

Castro-Vázquez, María del Carmen (2004). "La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica". *Región y Sociedad* xvi (30): 43-83.

Chaves, Allan, Edgar Madrigal y Juan Gerardo Ugalde (2001). "Denuncias por responsabilidad médica en ginecobstetricia". *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal* 6 (1): 47-52.

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 el Perú*. Lima: Center for Reproductive Law and Policy-Cladem.

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: Cladem.

Comisión Nacional de 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". Disponible en <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Generales>.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (CNDH) (2009). "Recomendación General No. 15. Sobre el derecho a la protección a la salud" <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Generales>.

COLLADO, Susana P. (2010). "'Tienes que buscar otro hospital: acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica". Tesis de Maestría en Estudios de la Mujer. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

CONSEJO, 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* 11 (1): 16-20.

CORTÉS, Michelle (2010). "'La letra con sangre entra': el maltrato en la formación médica". *Universitas Médica* 51 (1): 43-48.

CRIBB, Alan, y Sarah Bignold (1999). "Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research". *Studies in Higher Education* 24 (2): 195-215.

D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires, Simone Grilo Diniz y Lilia Blima Schraiber (2002). "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem". *The Lancet* 359: 1681-1685.

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* 12 (23): 100-110.

ECKENFELS, Edward J., Steven R. Daugherty 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* 4: 11-18.

EHRENREICH, Barbara, y Deirdre English (1990). *Por tu propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.

FAJARDO-DOLCI, Germán E., *et al.* (2009). "Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007". *Salud Pública de México* 51 (2): 119-125.

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". *Gerencia y Políticas de Salud* 6 (12): 52-76.

Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, Michel (1981). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo xxi Editores.

Foucault, Michel (1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo xxi Editores.

Foucault, Michel (1995). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.

Fox, Renée C. (1957). "Training for uncertainty". En *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, editado por Robert K. Merton, George G. Reader y Patricia Kendall, 207-241. Cambridge: Harvard University Press.

Freidson, Eliot (1982). *La profesión médica*. Barcelona: Taurus.

García, Érika, Dulce María Guillén y Margarita Acevedo (2010). "Humanismo durante la atención del trabajo de parto". *Revista Conamed* 15 (3): 152-154.

Ginzburg, Carlo (2008). "Indicios. Raíces de un paradigma de inferencias indiciales". En *Mitos, emblemas, indicios*, 185-240. Barcelona: Gedisa.

Goffman, Erving (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

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* 9 (18): 90-98.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (gire) (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México: gire.

Hacking, Ian (2004). "Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction". *Economy and Society* 33 (3): 277-302.

Hughes, Everett C. (1993). *The Sociological Eye*. New Brunswick: Transaction Publishers.

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. Disponible en <http://www.tau.org.ar/upload/ec225b48f3813b18d3b9eaafbe3a3ed5/con_todo_al_aire_reporte.doc>.

JACOBSON, Nora (2009). "Dignity violation in health care". *Qualitative Health Research* 19 (11): 1536-1547.

JEWKES, Rachel, Naeemah Abrahams y Zodumo Mvo (1998). "Why do nurses abuse patients?" *Social Science & Medicine* 47 (11): 1981-1985.

JIMÉNEZ-CORONA, María Eugenia, *et al.* (2006). "Epidemiology of medical complaints in Mexico: identifying a general profile". *International Journal for Quality in Health Care* 18 (3): 220-223.

KASSEBAUM, Donald G., y Ellen R. Cutler (1998). "On the culture of student abuse in medical school". *Academic Medicine* 73 (11): 1149-1158.

LEMPP, Heidi, y Clive Seale (2004). "The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching". *British Medical Journal* 329: 770-773.

LORÍA, Jorge, *et al.* (2010). "Actitudes docentes de médicos de urgencias de un hospital de 2° nivel". *Archivos de Medicina de Urgencia de México* 2 (2): 47-54.

MAGNONE, Natalia (2011). "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica". Ponencia presentada en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, 13-14 de septiembre de 2011.

MERTON, Robert K., George G. Reader y Patricia Kendall (editores) (1957). *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge: Harvard University Press.

OAKLEY, Ann (1985). *The Captured Womb: History of the Medical Care of Pregnant Women*. Londres: Blackwell.

PEÑA, Raúl, José Raymundo Rodríguez y Juan Manuel López (2004). "Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del IMSS". *Salud Pública de México* 46 (3): 210-215.

PÉREZ D'GREGORIO, Rogelio (2010). "Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 111: 201-202.

Pérez, Mercedes, y Juan Gérvas (1999). "Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres". *Revista Semergen* 25 (3): 239-248.

Rautio, Arja, Vappu Sunnari, Matti Nuutinen y Marja Laitala (2005). "Mistreatment of university students most common during medical studies". *bmc Medical Education* 5: 36.

Rincón Cruz, Carmen (2000). "Violaciones a los derechos reproductivos por parte de las instituciones médicas en México". En *Los derechos de las mujeres son derechos humanos*, editado por Charlotte Bunch, Claudia Hinojosa y Niamh Rielly, 115-117. México: Rutgers-Edamex.

Silver, Henry K., y Anita D. Glicken (1990). "Medical student abuse. Incidence, severity and significance". *Journal of the American Medical Association* 263: 527-532.

Stoeckle, John D. (editor) (1987). *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge: The mit Press.

Todd, Alexandra D., y Sue Fisher (editoras) (1993). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Norwood: Ablex Publishing Corp.

Uhari, Matti (1994). "Medical student abuse: an international phenomenon". *Journal of the American Medical Association* 271: 1049-1054.

Valdés, Raydel, Joaquín Molina y Cuauhtémoc Solís (2001). "Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Conamed". *Salud Pública de México* 43 (5): 444-454.

Villanueva-Egan, Luis A. (2010). "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecobstetra". *Revista Conamed* 15 (3): 147-151.

Villegas, Asia (2009). "La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32): 125-146.

Wear, Delese, Julie M. Aultman, Joseph D. Varley y Joseph Zarconi (2009). "Derogatory and cynical humor directed towards patients: views of residents and attending doctors". *Medical Education* 43: 34-41.