



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**

**TESIS**

**VIOLENCIA INSTITUCIONAL DE GÉNERO EN SERVICIOS DE SALUD  
REPRODUCTIVA. EL CASO DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD  
REPRODUCTIVA EN CLÍNICAS DEL IMSS EN AGUASCALIENTES, AGS**

**PRESENTA**

**Jesús Martín Galavíz de Anda**

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES**

**TUTOR**

**Dr. Octavio M. Maza Díaz Cortés**

**COMITÉ TUTORIAL**

**Dr. Fernando Plascencia Martínez**

**Dra. Beatriz Adriana Bustos Torres**

**Dr. Edgar Israel Belmont Cortés**

**Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar**

**Aguascalientes, Ags. 25 Noviembre de 2013**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
P R E S E N T E

Estimado Dr. Eudave

Hacemos de su conocimiento que el alumno del DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES, JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA, ha presentado la integración final de su tesis titulada: "VIOLENCIA INSTITUCIONAL DE GÉNERO EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA. EL CASO DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN CLÍNICAS DEL IMSS EN AGUASCALIENTES, AGS."

La tesis incorpora los elementos teóricos y metodológicos que le permiten ser defendida en el examen de grado reglamentario, por ello se solicita que se proceda a los trámites correspondientes para la presentación de dicho examen.

ATENTAMENTE

"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., 26 de junio de 2013.

Por el Comité Tutorial

Dr. Octavio Marín Maza Díaz Cortés

Dr. Fernando Plascencia Martínez

Dra. Beatriz Adriana Bustos Torres

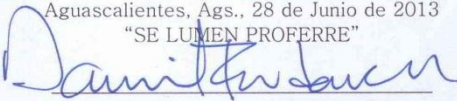
c c p Archivo

**MTR. JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA,  
ALUMNO DEL DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES,  
P R E S E N T E .**

Con base en lo que establece el Reglamento de Docencia en el artículo 173, le informo que se autoriza el Tema de Tesis: **“VIOLENCIA INSTITUCIONAL DE GÉNERO EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA. EL CASO DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN CLÍNICAS DEL IMSS EN AGUASCALIENTES, AGS.”**. Así mismo se le designa como asesores al **DR. OCTAVIO MARTÍN MAZA DÍAZ CORTÉS**. A fin de asignarle fecha para la verificación del Examen de Grado para la obtención del título del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades, deberá cumplir con lo establecido en los artículos 161, 162, 174 y 175.

Con el objeto de dar cumplimiento a este reglamento el paso siguiente será autorizar la impresión de su tesis, toda vez que presente la carta de liberación y/o acuerdo señalado en la Fracc. II del artículo 175.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
Aguascalientes, Ags., 28 de Junio de 2013  
“SE LUMEN PROFERRE”  
  
**DR. DANIEL EUDAVE MUÑOZ**  
DECANO

c.c.p.- DR. GENARO ZALPA RAMÍREZ.- Secretario Técnico del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades

c.c.p.- DR. LUCIANO RAMÍREZ HURTADO.- Secretario de Investigación y Posgrado del CCSyH

c.c.p.- Archivo

ggi

## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL .....	1
RESUMEN .....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA .....	18
1.1. Presentación .....	19
1.2. Objetivos .....	22
1.2.1. Objetivo general.....	23
1.2.2. Objetivos particulares.....	23
1.3. Hipótesis de trabajo.....	24
1.4. Justificación.....	25
1.5. Descripción .....	26
1.6. Pregunta de investigación .....	31
1.7. Metodología .....	32
1.8. Trabajo de campo.....	33
1.8.1. Fundamentos teóricos de la investigación cualitativa a emplearse .....	33
1.8.2. Observación participante.....	33
1.8.3. Recursos auxiliares de la observación: fichas, récords anecdóticos, grabaciones, fotografías, listas de revisión de datos .....	38
1.8.4. Tratamiento del registro .....	41
1.8.5. Potencialidades y limitaciones de la observación participación .....	41
1.9. La entrevista a profundidad.....	42
1.9.1 Tipos de preguntas que han de plantearse.....	43
1.10. La descripción del campo médico.....	51
1.10.1. Sobre quiénes son estos hombres y mujeres usuarios .....	53
1.10.2. Sobre quiénes son los del equipo de salud que intervienen en cada caso .....	56
1.10.3. Sobre los escenarios en cada caso.....	57

1.10.4. Sobre cómo es la dinámica que se lleva a cabo en cada caso .....	58
1.10.5. Sobre cuáles son las políticas en salpingoclasia u Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y Vasectomía Sin Bisturí (VSB) .....	58
1.11. El estudio de caso.....	58
1.11.1. Sobre la selección de los casos para estudiar .....	60
<b>CAPÍTULO 2. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD REPRODUCTIVA.....</b>	<b>64</b>
2.1. Etnografía del campo: Estudio de casos típicos .....	64
2.1.1. Las historias de ellos .....	64
2.1.2. Las historias de ellas .....	65
2.1.3. Diez pacientes en sala de espera para entrar con el jefe de ginecología .....	66
2.1.4. Los casos de las pacientes que en específico acuden solicitando la OTB.....	68
2.2. El caso de Elena, una paciente que solita la OTB posparto .....	68
2.3. El caso de Josefina, que re-solicitó la OTB de intervalo .....	70
2.4. Resultados .....	71
2.5. Análisis de documentos descriptivos de la institución sobre política en materia de Salud reproductiva .....	76
2.5.1. La teoría sobre políticas públicas en materia de Salud reproductiva .....	76
2.5.2. La participación del hombre en la anticoncepción.....	77
2.5.3. La participación de la mujer en la anticoncepción .....	77
2.5.4. Riesgo de muerte durante la etapa reproductiva en las mujeres, como la razón primordial que justifica la presencia del programa de Salud reproductiva .....	78
2.5.5. La Salud reproductiva en México .....	79
2.5.6. Objetivos del Desarrollo del Milenio.....	80
2.5.7. Plan Nacional de Desarrollo.....	81
2.5.8. Magnitud de la mortalidad materna en México .....	81
2.5.9. Muertes maternas en Aguascalientes, en los años 2005-2012 .....	82
2.5.9.1. Causas de muerte materna .....	82
2.5.10. Servicios de Planificación Familiar.....	83
2.5.11. Riesgo reproductivo .....	84
2.5.11.1. El papel de la mujer en asumir el compromiso reproductivo.....	84
2.5.11.2. El papel del tiempo en la atención de Salud reproductiva (paradigma ideal) ..	85
2.5.11.3 El tiempo de atención de OTB y VSB.....	86
<b>CAPÍTULO 3. VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO .....</b>	<b>87</b>

3.1. Etnografía del campo: estudio de un caso extremo.....	87
3.2. El caso de Rocío. Un caso altamente representativo de violencia de género institucional.....	87
3.2.1. Resumen clínico de caso extremo.....	87
3.2.2. Ingreso a Tococirugía.....	90
2.2.3. Lo que se debió hacerse con Rocío.....	94
2.3. La teoría: la violencia de género en su modalidad institucional.....	95
2.3.1. La significación de la violencia por género.....	96
2.3.2. Violencia de género.....	98
2.3.3. Violencia simbólica.....	99
2.3.3.1. Apreciación de la violencia simbólica en los sistemas de salud de México.....	100
2.3.4. Violencia institucional y violencia de género.....	101
2.3.5. La violencia institucional.....	104
<b>CAPÍTULO 4. PRÁCTICA MÉDICA ENTRE LO INSTITUCIONAL Y LA BIOÉTICA MÉDICA.....</b>	<b>106</b>
4.1. Etnografía del campo médico: estudios de casos por conveniencia política.....	106
4.2. Jessica.....	106
4.3. Maricela.....	107
4.4. Esmeralda.....	111
4.5. Comentarios.....	114
4.6. La teoría: la violencia de género entre lo institucional y la bioética médica.....	115
4.6.1. Discurso médico sobre la mortalidad materna.....	115
4.6.2. Marco conceptual.....	116
4.6.3. Visión de la mortalidad materna.....	117
4.6.4. Enfoque de la mortalidad materna.....	119
4.6.5. ¿Por qué se mueren las mujeres según la OMS?.....	120
4.6.6. Factores contribuyentes a la Mortalidad Materna.....	122
4.6.6.1. Perfil de riesgo.....	123
4.6.6.2. ¿De qué se mueren?.....	124
4.6.6.3. ¿Qué contribuye a que se mueran?.....	125
4.7. Práctica médica: entre lo institucional y la ética médica.....	129
4.8. Poder del médico desde la sociología.....	138

4.9. Salud reproductiva, entre lo institucional y la ética médica..... 142

    4.9.1. Tipos de relación médico-paciente..... 143

    4.9.2. Ámbito de la relación médico-paciente..... 144

    4.9.3. Obstáculos de la relación médico-paciente ..... 144

    4.9.4. Procedimientos institucionales sobre Salud reproductiva ..... 145

CONCLUSIONES ..... 147

GLOSARIO ..... 188

REFERENCIAS..... 190

ANEXOS ..... 196



## RESUMEN

En este trabajo se pretende estudiar la violencia de género en la relación médico paciente durante la procuración de servicios de salud reproductiva y hacer visible la violencia como problema de salud pública donde se están violentando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Es un estudio auto reflexivo sobre las conductas que se dan en la cotidianeidad de los médicos y sus pacientes. La dominación está presente en la relación médico-paciente, conformando un tipo de violencia de género, en la que se identifica el uso del poder en cuyo ejercicio el control recrea patrones de conducta de dominación-subordinación y la disposición de autonomía-no autonomía, del médico hacia sus pacientes, condicionado por los esquemas de percepción, acción y pensamiento, esta violencia genera un *habitus* con esquemas de acción, percepción y pensamiento, que le dan al médico una posición de dominante y al paciente una disposición de no autonomía dentro del campo de la medicina.

El problema central es la violencia de género, mediante el uso de poder dentro de la relación médico-paciente, expresada simbólicamente en las mujeres usuarias del programa de salud reproductiva justificada desde el discurso médico por la finalidad disminuir la morbilidad y la mortalidad de la mujer causado por el alto riesgo reproductivo a que se ven sometidas.

**Palabras clave:** *violencia de género, relación médico-paciente, poder médico, salud reproductiva.*



## ABSTRACT

This paper aims to study gender violence in the doctor-patient relationship for the procurement of reproductive health services and to make visible the violence as a public health problem where you are violating the sexual and reproductive rights of women.

It is a self-reflexive study on behaviors that occur in the daily lives of doctors and their patients. The rule is present in the patient-physician relationship, forming a kind of violence, in which it identifies the use of power in the exercise of control recreates behavioral patterns of domination and subordination and the provision of autonomy-not autonomy, the doctor to his patients, conditioned by the schemes of perception, thought and action, this violence generates a *habitus* action schemes, perception and thought, that give the doctor a dominant position and a provision not patient autonomy within the medical field.

The central problem is the violence, using power within the doctor-patient relationship, expressed symbolically in women using reproductive health program justified by the medical discourse intended to reduce the morbidity and mortality of women caused by high reproductive risk to which they are subjected.

**Keywords:** violence, doctor-patient relationship, medical power, reproductive health.

## INTRODUCCIÓN

Este es un trabajo de investigación que parte de observar el problema en la vida diaria de un hospital público de Aguascalientes, donde se ofrece el programa prioritario de Salud reproductiva. Se busca intencionalmente identificar violencia de género en la procuración de este servicio. Se da la voz a las mujeres y al equipo de atención médica para que se atiendan sus quejas que hacen sobre la atención que suelen recibir. De esta manera, se estudia y se ofrece una explicación del fenómeno bajo un paradigma interpretativo-explicativo, iniciando la observación del problema, identificando la teoría necesaria que ayude a dar el soporte interpretativo y utilizando una metodología sociológica que permita encontrar la explicación a la violencia de género en la procuración del servicio de Salud.

Al trabajar como médico ginecólogo dentro del sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por más 20 años, he podido observar los conflictos entre médicos, institución y pacientes. Por tal motivo, me preocupa saber cómo es que los médicos y las pacientes en el área de Ginecología y Obstetricia no tengan la satisfacción del buen quehacer médico y de sentir que no se brinda una buena atención médica. Así que ésta es una tarea de la presente investigación, que busca reunir todos los conocimientos necesarios para encontrar la respuesta a esta genuina preocupación. Se empieza por describir la función del médico ginecólogo, el lugar donde trabaja y cómo es la relación del médico con el paciente. Asimismo, es importante conocer el contexto que envuelve a estos actores sociales: políticas públicas y direcciones, que les imprimen a las acciones de cada uno de ellos, así como los lineamientos bioéticos que regulan las acciones de los médicos y muy seguramente, también la búsqueda en el imaginario social que existe alrededor de la figura del médico y su función social.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo, el programa de Salud reproductiva en las instituciones de salud está considerado como uno de los prioritarios según las políticas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

públicas del sistema de salud mexicano. Este plan nacional deriva de los compromisos que México ha adquirido internacionalmente y tiene como fin, en materia de Salud reproductiva, representar la equidad en oportunidades de salud en el género y erradicar con sus estrategias la violencia de género. Es el Estado quien formaliza un compromiso para que se consoliden las políticas públicas necesarias para corregir la desigualdad de oportunidades en salud y se diga bajo qué estrategias –políticas, médicas y jurídicas– se logrará la disminución, o erradicación, de la violencia de género en los sistemas de salud. Una vez que se baja al plano de la operatividad de las políticas públicas, y éstas se transversalizan en el campo empírico, los actores que ejecutan estas acciones son los médicos ginecólogos como parte de los actores sociales más importantes, porque son quienes atienden a las mujeres dentro de los sistemas institucionales de salud en México.

Se tienen dos figuras sociales importantes en el juego: el médico y la paciente. Desde que es una relación entre dos personas se está tratando de una interrelación social. Se estudia esta relación social para descubrir la presencia de la violencia de género en el campo médico. Existen elementos que hacen diferentes a los médicos de las pacientes, como posición, género, estatus, estado de salud, indumentaria, apariencia, grado de saberes; todos estos son símbolos con una carga de significados que pudieran conferir autoridad y poder de los médicos hacia las pacientes, como lo explica la teoría del interaccionismo simbólico, que es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico o interpretativo, en el cual se trata de comprender cómo se asignan los valores a los símbolos y su significado tanto en el lenguaje hablado como en el escrito y al comportamiento social (Williams, 1999). Todo este conjunto de características pueden ser que los hacen percibirse diferentes y quizás hasta distantes, y por lo tanto, asimétricos. Así, por ser una interacción asimétrica que implica el uso de poder, ya es de entrada una relación violenta. Será interesante conocer si el uso del poder ofrece siempre problemas o alguna ventaja en el funcionamiento de las interacciones de los médicos con las pacientes dentro del área del trabajo médico, en el consultorio (escenario social), y la forma en cómo se construye la manera lícita del uso del poder (legitimización en el uso y la costumbre) y cuándo este ejercicio de poder se torna inaceptable por transgredir derechos humanos en las mujeres.

Es interesante observar en la base empírica cómo se dan estas prácticas sociales dentro del campo de la medicina y cómo estos sujetos las interpretan; además, cómo se interpreta los símbolos que entran en juego vistos desde las ciencias sociales.

El problema de estudio tiene su inicio en la práctica médica donde se presenta el fenómeno: la violencia de género, expresada en la violencia simbólica que pueden sufrir las mujeres usuarias del programa de Salud reproductiva a raíz de la asimetría de poder en la relación médico-paciente, la cual se identifica desde el discurso médico, como el tener autoridad sobre las pacientes, y que sea el médico el que con sus conocimientos decida lo mejor para su paciente, sosteniendo que esta conducta sirve para evitar riesgos de morbilidad y mortalidad.

Es importante estudiar cómo a estas mujeres, durante la entrevista con el médico, se les puede ejercer acciones de poder por parte del médico, y que este uso de poder sea una forma de violencia; y cómo las instituciones de salud, con su ideario humanista, permiten transgredir los derechos de las mujeres, constituyendo una violencia de género en la modalidad institucional.

En este estudio se hará un análisis profundo de la interrelación social del médico y la paciente, con el propósito de contribuir en la comprensión de la violencia de género. Este es el punto más importante del presente estudio, puesto que si se entiende cómo es el uso del poder asimétrico que va desde el médico hacia las mujeres en la relación médico paciente, se demostrará la existencia de la violencia de género y cómo las instituciones de salud la permiten.

También será importante conocer cómo las políticas públicas inciden en la violencia de género; para tal fin, se usó la teoría del interaccionismo simbólico de Goffman (1994), que describe la situación social de los enfermos mentales.

Como observador-participante, el punto de partida es la experiencia, ya que por más de 25

años he ejercido la profesión de médico; esto permite observar las prácticas tanto propias como de los colegas en hospitales donde se brinda la atención a mujeres. De esta manera, he observado que el poder tiene una función para los médicos dentro su práctica diaria como un medio que les ayuda a establecer un orden jerárquico en el liderazgo de sus relaciones con sus pacientes. Pero se considera la posibilidad de que el uso de poder asimétrico sea una relación violenta para con las pacientes, como en los casos en los que el ejercicio de poder es excesivo al transgredir la capacidad de decisión de las pacientes, perpetrando en sus derechos de elegir libre, informada y voluntariamente sobre lo concerniente de sus enfermedades, del manejo necesario para llegar a los diagnósticos y de los esquemas de los tratamientos necesarios; asimismo, también es posible que de manera simbólica existan elementos que refuerzan este poder y permitan la violencia de género en los espacios médicos.

Resulta interesante conocer a fondo la interacción social médico-paciente dentro del área médica, identificando cuáles son y cómo son los mecanismos que operan y cómo pueden ser explicados, así como descubrir los aparatos sociales que están ahí recreados y los dispositivos sociales en juego que lo permiten.

El presente estudio se centra en determinar el poder como un aparato social que explica la presencia de violencia de género en la relación médico-paciente. Para tal fin, se toma la idea de Foucault (2001): “el poder no es una propiedad, sino una estrategia que se ejerce, no que se posee, y que permite tener funcionalidad y que dentro del uso que tiene el Estado es que el poder facilita al resolver necesidades y, por lo tanto, el poder es como el conjunto de mecanismos que dan una solución. Sobre esto es que se podría explicar lo observado sobre la serie de las normativas de disciplina que están para conducir las acciones de los médicos y, en general, del equipo de salud dentro de la institución para atender a las pacientes.

En el estado del arte se desarrollan las teorías que explican la tipificación de la violencia: el poder del médico, la bioética que modula la conducta de éstos y las políticas públicas que influyen en la generación de violencia de género de tipo institucional; y así responder

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

al problema motivo de este estudio y crear conocimiento nuevo que sea la base para futuras investigaciones sociales sobre violencia institucional y relación médico-paciente.

Es necesario citar las teorías que explican los esquemas en juego entre el médico y las pacientes, así como el interaccionismo simbólico que ayuda a entender las relaciones humanas en el “cara a cara” y “el juego” de los actores sociales, la teatralidad y el estudio del escenario bajo la observación participante del analista (Goffman, 1993).

Hay discursos muy interesantes que se deben mencionar y analizar bajo una interpretación que explique el fenómeno, especialmente las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva y los códigos de bioética y la normativa institucional con que se rigen los actos médicos.

Desde el discurso de la institución donde se realiza la investigación, en su misión y visión se percibe que es ésta misma la que vela por el correcto desempeño de médicos y que aseguran el bienestar de las pacientes, de no ser así se puede estar ante una situación de violencia institucional cuando las mujeres (pacientes) no se les da el cumplimiento de los procedimientos necesarios que les garanticen su bienestar dentro de la atención médica en el programa de Salud reproductiva.

Este estudio tiene la finalidad de hacer visible la invisibilidad de la violencia de género, en su modalidad de violencia institucional, que ha sido poco estudiada en el campo médico de Aguascalientes. Se pretende aportar nuevo conocimiento que ayude a disminuir la violencia de género en la práctica médica, visibilizando a las mujeres violentadas en los espacios médicos.

En la atención que se brinda a las pacientes del servicio de Ginecología del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se presentan conflictos entre las diversas instancias involucradas, así como entre los actores de un servicio médico. Los conflictos pueden originar diversas consecuencias que van en detrimento de la calidad del servicio prestado que se dirige especialmente a un sector de la población (las mujeres).

Lo que se pretende es buscar si la violencia hacia las pacientes va implícita en los procedimientos institucionales a través del programa de Salud reproductiva y poner en evidencia si la violencia institucional es parte de lo que se entiende por calidad de los servicios de atención médica.

En el IMSS existe el área de Ginecología y Obstetricia. El servicio prestado en la regional de Aguascalientes es atendido desde el primer nivel de atención médica a través de citas por el profesional de la medicina de turno, quien en caso necesario remite a un especialista. Puede él mismo programar algunos procedimientos quirúrgicos o sugerir acciones o enviar al servicio de Salud reproductiva. Esta área atiende principalmente procedimientos de prevención del embarazo, embarazo, parto y puerperio seguros y casos de infertilidad. Dentro de los procedimientos que pueden ser aplicados para prevenir un embarazo, se encuentran los quirúrgicos: la salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral (OTB) y la ligadura de conductos deferentes en los hombres. Al sugerir realizar u omitir estos procedimientos, los profesionales de la salud involucrados pueden ejercer violencia de género en su modalidad de institucional por distintas razones y en diversas circunstancias que en este trabajo se explican.

En la relación que se genera en la prestación del servicio de salud se pueden identificar como actores a las mujeres, que son las pacientes y al equipo de salud de la institución conformado por los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y directivos. Como referente, se analizan para contrastar el servicio que se brinda a los hombres para dar mayor validez a lo que se pueda encontrar con el trato que reciben las mujeres en estudio, ya que todos ellos actúan en un contexto social e institucional. Determinar sus características es uno de los logros de esta tesis. Ello se hace a través de caracterizar la función del médico, en especial de los que se dedican a la atención ginecológica y obstétrica. Igualmente, ha sido necesario hacer una caracterización de las mujeres-pacientes que reciben esa atención, así como del personal de enfermería involucrado.

Asimismo, se identifica el contexto en el que se desenvuelven estos actores sociales en la práctica de la atención de salud mencionada. Además, se examinan las políticas públicas y los lineamientos bioéticos que orientan la práctica de los médicos en su actividad profesional. Se exploran también características que componen el imaginario social y componente histórico alrededor de la figura del médico y su función social.

Un primer elemento que surge de la observación de la relación generada entre médicos y pacientes que acuden a la consulta ginecológica de la clínica del Seguro Social de Aguascalientes es considerar que se presenta una relación asimétrica, basada entre otros factores por el género (médico/hombre vs. paciente/mujer), la situación de salud y las posiciones de autoridad y poder. En general, puede configurarse una específica relación de asimetría, estudiada por diversos autores ante la relación médico-paciente, como los estudios realizados en Andalucía por León y Medina sobre Psicología de la salud en las que establecen la distancia que existe entre el médico con sus pacientes, obedeciendo a patrones de conducta (León, 2004), y las aportaciones de Rangel-Galvis cuando analiza las asimetrías de la relación médico y paciente desde que el estudiante aprende a relacionarse con sus pacientes durante su entrenamiento (Rangel-Galvis, 2011). Sin embargo, en este trabajo interesa detectar cuándo esa relación asimétrica puede tornarse violenta hacia las mujeres, y convertirse en un medio para afectar sus derechos fundamentales. Este es el caso de cuando se vulnera la capacidad de decisión de las pacientes, o su derecho de elegir libre, informada y voluntariamente sobre lo relacionado con sus enfermedades, ya sea en manejo necesario para llegar a los diagnósticos, así como sobre los esquemas tratamientos necesarios; por ejemplo, la elección de usar algún método anticonceptivo para el estilo de relación de la pareja y su actividad sexual.

El interaccionismo simbólico ha ayudado a entender las relaciones cara a cara y el juego de estos actores sociales, así como algunos elementos de la teatralidad y el escenario en el cual se desarrollan (Carabaña, 1977).

Para el análisis del campo médico, Goffman utiliza la metáfora teatral para denominar el comportamiento de las personas en una realidad determinada. Considera a las personas



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como actores y a las actuaciones en sus interacciones, igual que en el teatro. Crea una escena y la trasescena: en el escenario existen todas las interacciones que la gente hace delante de los demás, mientras que la parte trasera domina toda las que se mantienen ocultas o se guardan. Los hombres son actores permanentemente a lo largo de toda su vida social para transmitir una imagen convincente de sí mismos frente a los diversos auditorios a los que se enfrentan, como la familia, los amigos, la escuela, la oficina, etc. No importa lo que uno es, sino lo que se logra parecer. “En su condición de actuantes, los individuos se preocupan por mantener la impresión de que cumplen muchas reglas que se les puede aplicar para juzgarlos, pero a un individuo, como actuante, no le preocupa el problema Moral de cumplir esas reglas, sino el problema amoral de fabricar una impresión convincente de que las está cumpliendo. Nuestra actividad se basa en gran medida en la moral pero, en realidad, como actuantes, no tenemos interés moral en ella. Como actuantes somos mercaderes de la Moralidad” (Gary, 2006).

Por ello, Goffman dice que diariamente desde que nos levantamos nos creamos y ponemos una máscara, la cual va cambiando según la situación en la que estamos inmersos en ese momento, así puede que a lo largo del día usemos la máscara ya sea de padre, madre, maestro, médico, paciente, secretaria, directivo de hospital, etc. Esta máscara también cambia dependiendo de si estamos en la parte posterior donde nos preparamos y estudiamos nuestro papel para salir a escena. Normalmente, los actores que se encuentran en escena son dos, el protagonista, quien desarrolla el tema central de la acción, y el antagonista, quien lleva una idea contraria, como el médico y la paciente; además, también existen co-actores, pero éstos no participan en la idea central, como el resto del equipo de salud (Gary, 2006).

Goffman, en su obra *Internados*, elabora el concepto de instituciones totales, con el estudio de diversas instituciones que comparten una serie de características totalitarias, en las cuales los seres humanos comparten un espacio delimitado, bajo tiempos e interacciones controladas. Instituciones como cárceles, asilos, cuarteles, hospitales (aunque se enfocó a los psiquiátricos y en el estudio presente analizamos un servicio de ginecología), son ejemplos de instituciones totales. De este tipo de instituciones logra

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

articular dos grupos sociales en interacción dentro de la institución total: custodios e internos. De los internos, establece dos formas primordiales o ajustes a través de las cuales los internos se adaptan a su entorno: primarios cuando el interno se adapta a los reglamentos y estructuras institucionales; y secundarios cuando los individuos logran adaptar algunas características institucionales para su beneficio (Gary, 2006).

Al tomar estas ideas de Goffman, se permite entrever el uso disciplinario de estas instituciones, al punto de que resulta posible extrapolar esta idea a la realidad que se percibe en los hospitales hoy en día del sistema del IMSS: se ajustan unos personajes a las reglas del mundo ya establecido que existe dentro del interior de la institución y quien entra debe acatarlas.

Este enfoque indica la existencia de roles que desempeñan los actores sociales, los cuales generan efectos en el tipo de relación que se establece: el rol del profesional de la salud, en este caso representado por médicos varones que refuerzan los roles de autoridad masculina tradicional, y la profesión médica masculinizada desde los inicios de la historia de la medicina, aspecto que se agudiza cuando en el otro extremo de la relación se trata de mujeres. La común existencia del rol subordinado y complementario del papel desempeñado por el personal de enfermería refuerza esa caracterización y puede constituirse como otro elemento para identificar la violencia institucional de género en este servicio. Es necesario identificar el marco teórico de la construcción de género, tolerancia y uso de la violencia.

Finalmente, esta tesis es una reflexión que permite comprender los comportamientos de los personajes del equipo de salud del programa de Salud reproductiva. La historia ofrece la explicación sobre la división sexual del quehacer médico. Desde los inicios de la historia, la medicina ha sido dominado por los hombres, o al menos sólo dando un reconocimiento histórico a los hombres y muy poco mérito a las mujeres; basta recordar cómo las mujeres practicantes de la curación en la edad media fueron condenadas por brujería y expropiadas del uso y control de saberes médicos, recluyéndose sólo a hombres médicos legos y hombres conventuales; así como el de la enfermería genéricamente tuvo

en sus inicios un rol femenino, que también históricamente se inició por mujeres, aunque en la actualidad hombres y mujeres pueden libremente ejercer tanto la medicina como la enfermería por igual; es decir, se ha heredado la tradición de roles sociales de masculinidad a los médicos y de femineidad al personal de enfermería. Estos roles son una representación social extrapolable a los roles de una familia tradicional, partiendo de una observación e interpretación personal, donde el padre ejerce un rol masculino de autoridad y poder y la madre es un rol genérico de femineidad subordinada, que actúa reforzando el poder masculino en quien se lleva el rol de masculinidad, en este caso el médico, que es quien lleva el rol de ejercer poder (parte de las representaciones sociales, históricamente construidas en torno de las profesiones del equipo de salud); y visto así el poder es culturalmente reforzado por la interacción subordinada y complementaria del personal de enfermería. De estas interacciones a los pacientes que se insertan al asistir en el campo de trabajo de los médicos les corresponde un rol de subordinación análogamente, como serían los hijos dentro del esquema de roles de una familia tradicional.

El ejemplo clásico que ofrece la historia sobre la masculinización de la profesión médica y de cómo la mujer ha sido excluida de la participación en forma activa y reconocida socialmente, es el caso de la médica Matilde Montoya, quien fue la primera mujer médico en cirugía y obstetricia de México titulada ante la presencia de Porfirio Díaz en 1887.

Estudiar esta relación de poder puede ayudar a comprender más sobre la construcción del género y de los mecanismos que operan en el ejercicio de violencia y del poder y sus dispositivos sociales. De esta manera, se construye un estado del arte pertinente, convocando a los teóricos para dar la validación del estudio de poder, género, violencia y discursos médicos, deontológicos y bioéticos, y las construcciones ideológicas y políticas en torno a los modelos paradigmáticos creados para la atención médica y de la creación vertical y la operacionalización transversal de políticas públicas en materia de salud.

Po último, se observa que hasta ahora estas construcciones han partido de los grupos de control que tiene el poder y que van dirigidas hacia las pacientes, sin ser tomadas en cuenta las opiniones ciudadanas (las mujeres) sobre qué es calidad y cuáles son las necesidades

de atención médica en el área de la salud reproductiva.



## CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA

¿Desde cuándo surgió la sociología? Desde que fueron dos o más seres humanos en la Tierra. Es decir, nace la sociología desde que aparecen los hombres en la Tierra, y al relacionarse entre sí, inicia la sociedad. Al notar la diferencia sexual en sus cuerpos, les nace la idea de género. Al organizarse para las tareas comunes, conciben el concepto de trabajo. Al tener ciertas condiciones de posesión y de bienestar, se origina el concepto de bienes; y las características de los bienes les dan clase. El deseo de poseer bienes de otros y el defender los propios, genera el uso de la violencia. Quienes poseen más bienes adquieren más fuerza sobre los otros y así obtienen más poder.

*Reflexión del autor*

Me preguntan mis colegas médicos con extrañeza, ¿qué es la sociología? Y les contesto: “desde que el hombre apareció y se relacionó con otros, formó interacciones: la sociología estudia a las personas, sus relaciones y todos sus contextos”.

Quienes no sienten aversión por el tema me siguen preguntando, ¿qué se estudia en la sociología médica? Respondo: “pienso que todo lo relacionado entre las interacciones de los pacientes y los equipos de salud en los diversos ámbitos médicos”; y continúan cuestionándome, y ¿para qué? Después de algún rato de cavilar, les digo: “que si conocemos quiénes y cómo somos y reconocemos la otredad que existe en los pacientes y que si pudiéramos comprender el universo donde estamos, comprenderíamos mejor las situaciones de nosotros los médicos y de nuestros pacientes; de esta manera, se mejorarían los resultados de nuestra función social como médicos.

*Anecdótico personal*

## 1.1. Presentación

Una razón que impulsa a esta investigación es analizar los dispositivos socioculturales en la relación médico-paciente en los escenarios médicos, donde interactúan las médicas y los médicos con las mujeres que son usuarias del programa de Salud reproductiva. Existen trabajos sobre las relaciones entre médicos y pacientes, violencia de género y dominación y subordinación hacia las mujeres, pero esta investigación es un abordaje antropológico-descriptivo sobre las relaciones del sistema biomédico en el sistema de seguridad social de Aguascalientes. Asimismo, se hace una descripción crítica de la conceptualización de la atención médica durante la procuración del programa prioritario de Salud reproductiva, mediante el análisis de las relaciones que se entablan entre los miembros del equipo de salud y las mujeres pacientes.

Se pretende que este trabajo sirva para que los médicos y la institución de salud reflexionen sobre los habituales comportamientos durante la entrevista entre médicas y médicos con las mujeres pacientes, y además, la aportación teórica sobre la violencia de género en la modalidad institucional en los servicio de salud dentro de instituciones que brindan el programa de Salud reproductiva.

El fenómeno de estudio se centra en la relación médico-paciente. Se concede como riqueza de la información la voz de los actores sociales, ya que ellos son quienes expresan su pensar y sentir sobre su experiencia interactuante, ya sea por ser médico o ser paciente. Se complementa la información con la voz de los directivos de la institución, quienes opinan sobre este fenómeno de estudio. La observación participante ofrece información que completa el abordaje de estudio. Esta observación participante tiene dos situaciones que se ha tenido cuidado en su objetividad: por una parte, el observador al ser médico y estar inmerso dentro del campo de estudio, ofrece las ventajas de poder moverse con naturalidad dentro de su propio contexto de trabajo; pero también para tener menor contaminación y evitar sesgos de la información y su interpretación y manipulación de los informantes, se conformó un equipo de colaboradores no médicos y ajenos a la institución para garantizar la objetividad de la recolección de datos en las entrevistas profundas. Esto ayuda a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

observar el fenómeno con la distancia necesaria para el mejor tratamiento de los datos y formular las interpretaciones y las construcciones sociológicas necesarias. Y por el otro, se seleccionaron estudios de caso que significativamente son ilustrativos de la tesis a probar.

La investigación es cualitativa y exploratoria, puesto que describe la relación médico-paciente a partir de los protagonistas, analizando sus aportes. La investigación se aproxima a los sujetos que aportan información sobre su experiencia, ya sea escrita o verbal, y a los significados de los propios actores.

De esta manera, se obtiene información que abre una posibilidad más de interpretar la situación de los protagonistas, ya no desde la perspectiva médica, ni directiva institucional, sino desde la visión sociológica de los estudios de violencia de género y equidad que buscan la igualdad de oportunidades en el género para recibir los beneficios de Salud reproductiva.

Se acepta que el fenómeno en cuestión puede ser estudiado desde cualquier punto de vista. Por ejemplo, desde el ámbito médico, se ha realizado desde la epidemiología y en cuanto a medir eficacia de los procedimientos médicos; pero ahora este acercamiento es una forma más novedosa para los médicos, ya que no hay muchos estudios que muestren una visión desde la percepción de los pacientes, lo más cercano son los estudios de calidad de la atención médica que versan más sobre la satisfacción de usuarios y el estudio de quejas y sugerencias que se hacen en la gestión de calidad que monitoriza la institución misma en su departamento de Calidad de la Atención. Este trabajo es una mirada por una ventana que filtra a través del lenguaje, el género y los estatus de ser médico o ser paciente o tener la jerarquía de directivo de un hospital. No hay observaciones objetivas, sino observaciones contextualizadas socialmente en los mundos del observador y del observado.

Esta investigación se realizó en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social número dos de la ciudad de Aguascalientes, ya que ahí se dieron las facilidades de de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

investigar el objeto de estudio durante los años 2011-2013. El área médica que se investigó son los escenarios médicos donde interactúan médicas y médicos con sus pacientes – hombres y mujeres– usuarios de los diversos rubros de Salud reproductiva.

La elección de los participantes fue identificando a los usuarios, prestadores y directivos de este programa de salud y que accedieron a proporcionar su información de manera libre, anónima y confidencial a los que se les realizó una entrevista a profundidad, así como la observación indirecta de los entrevistados, inicialmente no estructurada y conforme se dio la información se fue dando la estructuración de las entrevistas, con el fin de sondear razones de peso y emociones de los participantes y no sobre la información que fuera deseable para el observador. No se buscó probar alguna teoría, sino dar una explicación convincente, es decir, un método exploratorio explicativo.

Se hace un acercamiento al campo de estudio a través de la mirada de la interacción simbólica de E. Goffman para analizar los escenarios sociales de la interacción médico-paciente. Y más adelante, a través de la ilustración de casos típicos, atípicos extremos y casos críticos obtenidos, se hacen desde las narrativas de las entrevistas y de la observación participante las plataformas de diálogo para ofrecer una problematización e interpretación final que conllevan a los resultados.

Por la importancia que se le da a los actores sociales en esta investigación, se seleccionó la técnica de la entrevista para obtener la observación participante. Por tal motivo, se tomó lo que describe Rodríguez (1999) acerca de la entrevista a profundidad, ya que dice “que permite acceder a las creencias, rituales y hábitos de una sociedad, cultura o persona, obteniendo datos en el lenguaje de los sujetos: el entrevistador debe participar en situaciones diversas y ser flexible, puesto que todo es negociable. Las y los entrevistados pueden hablar sobre la conveniencia de las preguntas, corregirlas, contestarlas o no, o hacerlo de la forma como estimen más conveniente, puesto que es un aprendizaje mutuo entre entrevistado y observador”.



Al final de la investigación, se muestra una autoetnografía del autor en dos partes: la primera sirve para mostrar que el autor es un médico haciendo un esfuerzo de observar la propia actuación y de los otros médicos y la segunda parte de la autoetnografía, donde se hace un esfuerzo por mostrar cuál fue la respuesta que encuentra el investigador sobre los cuestionamientos sobre la relación médico-paciente una vez concluido este estudio y cómo se auto percibe después de cuatro años de ser estudiante de sociología y de interpretar el trabajo de los otros colegas ginecólogos.

Finalmente, se realizó una síntesis reflexiva de los aportes de la investigación, siendo este un trabajo referente para incentivar nuevos estudios sobre los dispositivos biomédicos que afectan a médicos y pacientes durante su interacción social. Es muy probable que este trabajo motive a otros investigadores para que ayuden a disminuir la violencia de género en su modalidad de violencia institucional.

## **1.2. Objetivos**

El objetivo de este estudio es analizar las características de la relación social entre el médico y la paciente, para comprender cómo se expresa en ella la violencia de género institucional. Con esa finalidad es necesario delimitar los factores que intervienen en esta interacción social, tales como los antecedentes del médico y de la paciente, así como dar cabida a su propia interpretación de esos factores. Asimismo, se revisan las principales características de los escenarios en donde se realizan las interrelaciones de médicos y pacientes en los hospitales, que se han denominado como campos de trabajo del médico. El campo de trabajo del médico ha sido constituido por el espacio físico y simbólico en el cual se llevan a cabo las prácticas médicas. Igualmente, ha sido necesario determinar el contexto y políticas públicas en cuyo marco se desarrolla ese trabajo, y la normativa bioética con que se rige el personal del equipo de salud.

Este estudio tiene adicionalmente el interés de visibilizar una forma de violencia de género, que ha sido poco estudiada en el campo médico y por ello, aspira a aportar nuevo

conocimiento que ayude a prevenir, controlar y eliminar la violencia de género en la práctica médica.

### *1.2.1. Objetivo general*

Se pretende determinar la existencia de violencia simbólica de género en la relación médico-paciente. Además, explicar si la violencia de género de tipo simbólico presente en la relación médico-paciente es por el uso asimétrico del poder del médico hacia las pacientes de la consulta de ginecología y si el poder es derivado de la construcción histórica de la figura del médico, de la simbología presente, del contrato social del médico y de las políticas públicas que determinan las acciones médicas.

### *1.2.2. Objetivos particulares*

Se intenta responder las preguntas:

- ¿Existe violencia de género de tipo simbólico en la atención médica de las mujeres?
- ¿Existe la percepción de la asimetría entre los médicos y las pacientes en la relación médico-paciente, y del uso del poder?
- ¿Existe por parte de los médicos y las pacientes la percepción de la figura de dominación en el médico?
- ¿Existe la percepción por parte de los médicos y las pacientes de la figura de subordinación de las pacientes?
- ¿Las políticas públicas orientan a crear modelos de atención médica con esquemas asimétricos entre médicos y pacientes (de médicos dominantes y pacientes subordinadas)?
- ¿Los contratos sociales del médico favorecen el uso del poder del médico hacia sus pacientes?
- ¿Los médicos se ven influenciados por la bioética para observar conductas ante sus pacientes?

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- ¿Existen elementos de tipo simbólico en los actores sociales, equipo de salud y pacientes, que refuerzan la violencia?
  - ¿Existen elementos de tipo simbólico en los escenarios que refuerzan la violencia?

Por medio de la entrevista, se busca encontrar la percepción de los actores (visión *emic*) y la observación participante (visión *etic*). Con esta serie de respuestas se espera poder articular las relaciones sociales durante la entrevista médica, de cómo se relacionan las construcciones históricas entorno a la función social del médico y de las instituciones de salud de seguridad social en México; y cómo se relacionan las políticas públicas con la forma de organización de las funciones de ofertar el servicio médico en Salud reproductiva por parte del hospital. Si existiera una organización relacional de estos elementos, ver si esto explica el uso del poder del médico hacia las pacientes y, finalmente, responder a la pregunta si existe o no violencia de género tipo simbólico en los espacios de trabajo de los médicos y su posible explicación en las conexiones con el imaginario social entorno a la seguridad social, la construcción histórica en relación con la figura del médico, las políticas públicas y la bioética implícita durante la interacción médico-paciente.

Si existe violencia de género, se estará probando la hipótesis que se elabora desde la base empírica.

### **1.3. Hipótesis de trabajo**

Dentro de una de las instituciones de seguridad social en México existe violencia de género de tipo simbólico hacia las mujeres durante la interacción social de la relación médico-paciente, con el uso de poder asimétrico de los médicos hacia las pacientes. Es en la consulta de ginecología (programa de Salud reproductiva) donde existe violencia de género, la cual se explica por una relación social con asimetría y que ésta se basa en la construcción histórica en torno a la representación del médico, el imaginario social en torno a la seguridad social, los elementos simbólicos que recubren la práctica de la profesión y sus escenarios, y actualmente, las políticas públicas en el tema de salud reproductiva que inciden fuertemente en las acciones de los médicos; además de la

bioética que modula las conductas de los médicos hacia sus pacientes.

#### **1.4. Justificación**

El reconocer la existencia de una interrelación social con violencia, en la relación médico-paciente, permitirá que se puedan negociar las estrategias pertinentes para lograr una relación entre el médico y la paciente libre de violencia. Es necesaria también la creación de políticas que prevengan y eliminen la presencia de violencia de género en las relaciones entre médicos y pacientes, mediante el entendimiento de la existencia de derechos de las mujeres frente a la práctica médica, aplicable en especial en las instituciones de seguridad social en México que procuran los servicios médicos de la salud reproductiva

Es importante hacer el estudio sociológico de los eventos sociales dentro de la práctica médica, ya que estas relaciones merecen la atención por lo frágiles y delicadas que son, especialmente porque en el desarrollo práctico de la disciplina de la ginecología y la obstetricia el médico trata siempre con mujeres y la atención médica está muy ligada al área de la salud reproductiva.

Con los resultados del este estudio se espera responder las siguientes preguntas:

- ¿Existe la violencia de género dentro de la práctica médica en la atención de las mujeres?
- ¿Cuáles son los factores que intervienen en la transformación de una política pública de salud en violencia institucional de género?
- ¿Cómo se determinan en la institución pública las prácticas médicas que responderán a las políticas de atención en materia de Salud reproductiva?
- ¿Cuál es el rol del médico frente a los programas de la institución?
- ¿Cómo se diseñan las actividades y procedimientos para los distintos grupos de usuarios hombres y mujeres de programas de Salud reproductiva?

El autor de esta tesis es un médico ginecólogo que tiene 25 años de trayectoria en el ejercicio de la profesión. Se graduó de la maestría en Bioética con la tesis que versa sobre

el derecho de una autonomía en la mujer ante la decisión del aborto. Lleva veinte años en la institución donde se realiza el presente análisis sociológico. Ser parte de una institución y tener años de ejercicio dentro de este oficio, ofrece un reto al tratar de hacer una observación y análisis necesarias para ser imparcial y a su vez, tener inmersión natural dentro de la naturaleza del fenómeno de estudio que brinda la oportunidad de reconocer los espacios y características ocultos a quien no conoce la institución sede del espacio físico y de sus actores sociales. Por mostrar el interés en especial de este tema, el autor se permite mostrar datos anecdóticos, autobiográficos y autoetnográficos que ilustra a los médicos y los no médicos sobre ciertos antecedentes que explican el genuino interés por el tema de la relación médico-paciente, misma que se muestran al final del trabajo, en un esfuerzo de hacer una autoetnografía.

### **1.5. Descripción**

Es un estudio interpretativo-explicativo sobre un problema médico que se da en la práctica médica, usando las ciencias sociales para dar una explicación sobre las conductas que se dan en la cotidianeidad de los médicos y sus pacientes, dentro del programa de Salud reproductiva en hospitales públicos. El estudio se centra en la relación interpersonal que tiene lugar entre el médico y su paciente. Se sabe que esta relación ha ido variando a través de los tiempos; también que existe un imaginario social en la que se espera del médico en su condición de profesional, que crea la expectativa del que debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria, sensible y que dé satisfacción en la atención médica.

El problema central entorno a la investigación es la violencia de género, derivada del uso de poder dentro de la interacción social de la relación médico-paciente, expresada simbólicamente hacia las mujeres usuarias del programa de Salud reproductiva. ¿Cómo se explica una relación médico-paciente que ejerce violencia de género en la procuración de la atención médica? ¿La dominación masculina puede ser que esté presente en la relación médico-paciente, en la que se identifica el uso del poder del médico hacia sus pacientes, creando una relación asimétrica donde las mujeres se ven violentadas de manera

simbólica? Y ¿cómo la Bioética participa en la modulación de las conductas de los médicos, así como las ordenanzas derivadas de las políticas públicas de salud?

El objetivo de la investigación es identificar si este es un problema o como una forma más de la violencia de género de tipo simbólico y hacerla visible por medio del enfoque sociológico a través de conocer cuál es el carácter social de los esquemas con que médicos y mujeres-pacientes perciben y valoran la violencia de género durante la relación médico-paciente.

Un reto es el de cómo vincular el contexto empírico vivencial con una visión metodológica que permita comprender el fenómeno de la violencia de género de una manera científica. Se espera que este problema se haga visible desde la sociología. Los otros son los seres sociales en cuestión de comprensión, donde el sociólogo es un intérprete que trata de ser imparcial y lo más invisible a los sujetos de investigación, y es quien puede ayudar a comprender los fenómenos sociales para hacerlos evidentes mediante el uso de un método científico cualitativo para brindar la mejor interpretación de la realidad social. Este ver a los otros no debe ser una mirada ingenua, sino un ejercicio mediante la exégesis del fenómeno, que permita realizar la mejor interpretación de la realidad del fenómeno social en estudio. Dice Castro (2010) que la sociología es para problematizar, advertir que existen profundas estructuras sociales subyacentes en los objetos de estudio y que debemos desencantar el mundo y mostrar los mecanismos sociales ocultos y así poder explicar de los objetos de estudio su origen y su funcionamiento.

Es la sociología la que evidencia la violencia, identificando su presencia y los espacios donde está presente, también identifica a sus actores y las relaciones sociales con las que se vinculan, siendo su mayor mérito el de hacer visible a la violencia cuando ésta afecta al género. Por tal motivo, se trata de demostrar que la violencia de género también se da en el espacio de la práctica médica. La práctica médica tiene en principio un legítimo y noble fin de hacer el bien, pero que durante la *praxis* médica no está exenta de que se pueda ejercer la violencia de género. Esto incomoda e inquieta a los médicos y a las autoridades institucionales de salud, ya que en la sociedad el imaginario social y las

expectativas formuladas alrededor de la práctica médica no son precisamente la de un médico con violencia, sino el de un profesionista con acciones de bondad.

Es interesante conocer la construcción histórica del poder entorno al médico y a la subordinación de las pacientes al momento que estos seres llegan a interactuar en los espacios médicos, trayendo tras de sí una historia donde han conformado sus respectivas formas de ser. Además, es importante conocer cómo se han conforman los rasgos de género de estos personajes. Para llevar a cabo lo anterior, es necesario identificar el marco teórico de la construcción de género, la tolerancia y el uso de la violencia, así como la construcción, el uso y el abuso del poder dentro de las relaciones que se dan dentro del campo médico (práctica médica).

Se propone hacer el análisis del discurso de las políticas de salud, las normativas institucionales y el estado deontológico y bioético, así como el discurso médico en materia de Salud reproductiva que orienta a la dominación de las mujeres, conformando un aparato social no bien claro hasta ahora, donde las acciones ahí están y que es necesario evidenciar la presencia de violencia de género en procedimientos y sus resultados.

Se pretende hacer la identificación y descripción como estudio antropológico de los espacios físicos, o escenarios, del campo médico donde se realizan las relaciones médico-paciente a estudiar, especialmente identificando los símbolos que dan una connotación de poder al médico y facilitan la asimetría de género entre los actores sociales de la relación médico-paciente, y que determinan rasgos de subordinación femenina en las pacientes ante la figura de poder del médico.

Por lo tanto, el estudio sociológico se realiza medularmente en el seno de la relación médico-paciente, para identificar el uso de poder, la asimetría entre los actores sociales y la conformación de violencia de género presente en el médico ejerciéndola hacia las mujeres (pacientes) durante la procuración de los servicios de la Salud reproductiva. Es probable que puedan estar de manera indirecta implícitas las normativas institucionales derivadas de las políticas públicas a través de los idearios, misiones, visiones y

reglamentación de las instituciones de salud, ya sea generando poder al médico o este actor sea también víctima del poder institucional.

Finalmente, se espera que el presente estudio permita hacer visible la violencia de género en las relaciones de los médicos con sus pacientes y que estos conocimientos permitan crear acciones para mejorar la interrelación social, con la finalidad de que el uso del poder por parte del médico sea dentro de lo racional y que no involucre el uso de la violencia en contra de los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes.

Se harán las revisiones teóricas de las construcciones de:

- Género y atención médica.
- Violencia de género simbólica.
- Poder, teorías que ayuden a explicar el poder médico desde la sociología.
- Relación médico-paciente, visto como una interacción social cara a cara y que con la visualización del escenario, como la representación del juego teatral dentro del área de trabajo de los médicos, ayude a entender la interacción simbólica de la práctica médica y el papel de otros actores interrelacionados.
- Contrato social de las instituciones con los médicos y del contrato social del médico y de cómo afecta éste a la relación médico-paciente.
- Tendencias bioéticas y de políticas públicas, en materia de salud reproductiva, en las instituciones de seguridad social en México que pueden determinar acciones desde las instituciones de salud hacia el comportamiento de los médicos ante sus pacientes (discursos médicos, institucionales y de políticas públicas en Salud reproductiva que rigen la actuación médica).

La misma estructura jerarquizante de gobierno de los centros de atención médica produce discordias y deterioro del clima de convivencia entre los directivos del hospital con los médicos y pacientes, del tal manera que esto afecta a lo que llamamos clima general institucional. De este modo, el fenómeno se extiende desde el Estado a través de las políticas públicas hasta la sociedad e instituciones, aterrizando en la relación médico-paciente.



El alcance de esta investigación abarca las influencias del Estado a través de las políticas públicas que modifican los modelos de atención médica y que afectan las relaciones entre directivos, médicos y pacientes en la Salud reproductiva; además, se pretende entender una forma de violencia de género que permea como violencia institucional, descubriendo si en las instituciones de seguridad social en México son las agencias donde se opera una modalidad de violencia de género (caracterización de las situaciones de maltrato y violencia hacia las mujeres). A modo de resumen, esta investigación es un análisis de las prácticas diarias en la procuración del servicio de la Salud reproductiva en la que bajo la interpretación de los actores sociales, se les da la voz a los usuarios de este programa prioritario de salud en México.

La validez de la presente investigación reside en la “ética etnográfica” contenida en los datos empíricos que se proponen; asimismo, la triangulación de los datos nos permite fijar un grado más que notable de fiabilidad que se convierte en plausibilidad interpretativa, donde el contexto de justificación y el contexto de descubrimiento quedan suficientemente garantizados y avalados.

Finalmente, el concepto de utilidad práctica viene dado por las siguientes premisas:

- El hecho de que la violencia sea un problema que agrede profundamente la sensibilidad individual y social, lo convierte en un terreno que implica la búsqueda de soluciones eficaces.
- El problema de la violencia institucional está produciendo graves trastornos en el sistema de salud, determinando las relaciones humanas.
- El acervo de propuestas prácticas se ofrece para mejorar la misión del hospital.

Para el análisis de la existencia de la violencia referida, se plantea la aplicación del análisis del discurso de las políticas de salud, de las normativas institucionales, así como del discurso médico en materia de Salud reproductiva que orienta a la dominación de las mujeres, conformando un aparato social no bien claro hasta ahora donde las acciones ahí

están y que es necesario evidenciar la presencia de violencia de género en procedimientos y en sus resultados, como la violencia institucional.

Para ello, se determina analizar las prácticas diarias en la procuración del servicio de la Salud reproductiva a través de la interpretación que hacen sobre ella los propios actores que intervienen en ese servicio. Esta interpretación fue recogida a través de la aplicación de entrevistas.

Este trabajo se presenta en cinco capítulos. En el primero se presenta el diseño de la investigación, así como las técnicas utilizadas y los hallazgos iniciales en la base empírica y su construcción pertinente bajo el interaccionismo simbólico de Erwin Goffman, con lo cual se permite tener un panorama general de la base empírica y la ubicación de los casos que se presentan en los siguientes capítulos. En el capítulo dos se analiza el contexto de las políticas públicas y salud reproductiva, en las cuales se presenta la relación médico-paciente en el caso específico de la Salud reproductiva. En el capítulo tercero se ofrece el estudio de la violencia institucional y de género. En el cuarto se analiza sobre la práctica médica: entre lo institucional y la bioética médica. El quinto capítulo está dedicado a revisar los resultados que se obtuvieron con las técnicas de investigación, en relación con el problema expuesto de la segmentación en la atención de salud en las mujeres: violencia institucional y de género.

#### **1.6. Pregunta de investigación**

¿Existe la violencia de género en la modalidad de tipo institucional dentro de la práctica médica en la atención de mujeres del programa de Salud reproductiva dentro de una institución de seguridad social de Aguascalientes?

## **1.7. Metodología**

Con el fin de dar claridad sobre la manera en cómo se fue dando investigación, se incluye este anexo metodológico, donde se narran las técnicas utilizadas y algunos aspectos de la experiencia personal del investigador.

Una vez identificado el problema de estudio: la presencia de la violencia institucional de género hacia las mujeres en el servicio de salud, se elabora un proyecto de investigación. Inicialmente, fue presentado ante las autoridades del hospital de la seguridad social elegido, con el fin de obtener los permisos necesarios. Se elaboraron cartas de presentación a distintos funcionarios administrativos para ingresar al campo de trabajo. Una vez obtenidos los permisos, se registró el protocolo de estudio ante la Coordinación de Educación Médica que tiene el área de investigación del hospital.

Se realizaron visitas tanto del investigador como del equipo de colaboradores para reconocer los escenarios donde se realiza el trabajo de campo y la identificación de las prácticas de los actores sociales del estudio: primero la realiza el médico investigador del presente estudio, después se le pide a una persona ajena al hospital y sin formación médica para que realice una descripción desde su percepción como lo haría cualquier paciente y, posteriormente, el equipo de entrevistadores se les da a conocer las rutas de acceso y así puedan moverse por las distintas áreas donde están los escenarios sociales y ubiquen a los actores sociales con los cuales van a trabajar. Se identificó el acervo de información documental sobre idearios y normativas del hospital, así como de los informantes claves para iniciar el trabajo de campo. Además, se realizó un formato de entrevista abierta no estructurada, y después este mismo, se habría de ir estructurando conforme se fue dando la construcción de los hechos y los informantes dieran más claves e información para ir construyendo la metodología y la interpretación de los resultados.

Se realizaron entrevistas a profundidad, observación participante y lectura de documentos que contenían idearios, normas y políticas de la Salud reproductiva y la búsqueda de casos para estudio que resulten ilustrativos.

## **1.8. Trabajo de campo**

### *1.8.1. Fundamentos teóricos de la investigación cualitativa a emplearse*

Una investigación social es distinta de otra y, por lo tanto, se requiere de enfoques paradigmáticos, métodos y técnicas distintas. Se toman las decisiones en esta investigación para hacer exploración de campo y así utilizar las técnicas siguientes: observación participante y entrevistas a profundidad, seleccionando por conveniencia a los informantes y los casos más representativos que permitan construir la explicación a la pregunta de investigación.

### *1.8.2. Observación participante*

Al hablar de investigación cualitativa se debe pensar en observación participante. Se ha de distinguir primero que observar es, según la Real Academia de la Lengua, examinar con atención, analizar; mirar con atención y recato, es decir, según lo explica Núñez Tenorio (1985); el hacer ciencia requiere de observación, es decir, se hace usando los órganos de los sentidos, ya que toda observación necesita de una estrategia cognitiva. La observación es una técnica de recopilación de datos, ya que se rige por una búsqueda deliberada, llevada a cabo con cuidado y premeditación.

En las ciencias sociales el observar es esencial, dado que en el proceso de selección de informantes y en la búsqueda inicial se emplea la observación; además, se pueden utilizar distintas técnicas, como la entrevista, la encuesta, la revisión de documentos y el diario de campo o cuaderno de notas de lo vivido, fotos y grabaciones, para organizarlas posteriormente.

La observación en ciencias sociales es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Existen dos clases de observación:

la observación no científica y la observación científica. La diferencia básica entre una y otra está en la intencionalidad: observar científicamente significa observar con un objetivo claro, definido y preciso: el investigador sabe lo que desea observar y para qué quiere hacerlo, lo cual implica que debe preparar cuidadosamente la observación. Observar no científicamente significa observar sin intención, sin objetivo definido y, por lo tanto, sin preparación previa (Taylor, 1987).

La observación participante es una técnica de observación utilizada en las ciencias sociales, en donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, con el fin de conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, o sea, conocer la vida cotidiana de la relación médico-paciente desde el interior del escenario médico.

Uno de los principales aspectos que debe vencer el investigador en la observación es el proceso de socialización con el grupo investigado para que sea aceptado como parte de él, y a la vez, definir claramente dónde, cómo y qué debe observar y escuchar, que en esta investigación es el hospital donde he laborado por más de 15 años y he socializado tanto con médicos como con las pacientes sujetos del presente estudio, con lo cual este paso me hace obvio en naturaleza dentro de estos escenarios y con los sujetos de investigación.

Durante el proceso de investigación, para recolectar la información se selecciona el conjunto de informantes, a los cuales además de observar e interactuar con ellos, se puede utilizar técnicas como la entrevista, la revisión de documentos y el diario de campo en los que se ha escrito las impresiones de lo vivido y observado, para organizarlas posteriormente.

La observación participante se refiere a una práctica que consiste en vivir entre la gente que se estudia, llegar a conocerlos, a conocer su lenguaje y sus formas de vida a través de una intrusa y continuada interacción con ellos en la vida diaria. Para Goetz y LeCompte (p. 26), es “la que sirve para obtener de las personas sus definiciones de la realidad y los contactos con los que organiza un mundo”.

Esta metodología observa estos grupos sociales desde dentro hasta “verse como uno de ellos” en su ambiente natural, aunque cuesta trabajo preservar la objetividad con la subjetividad, con el riesgo de identificarme en momentos si y en otros no. Es una práctica desde la sociología del conocimiento, como una observación pausada para identificar los elementos de un hecho social. Es el punto de vista del realismo en la filosofía de la ciencia para hallar la verosimilitud de lo real de forma empírica, que no precisamente busca la verdad moral. Más bien, los conceptos a captar son la acción social por la interacción de los sujetos y el contenido de sus comunicaciones, desde el interaccionismo simbólico.

Como técnica de investigación, la observación participante es utilizada para compartir con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad; es decir, conocer lo habitual de un grupo desde el interior del mismo. Esta técnica en su forma más radical, es observar un grupo social desde dentro hasta " verse como uno de ellos" en su ambiente natural; por ejemplo; preservando la objetividad con la subjetividad (balance), con el propósito de colocarse en el punto de vista de un contexto teórico.

Por ello, se caracteriza por la existencia de un conocimiento previo entre observador y observado y una permisividad en el intercambio, lo cual da lugar a una iniciativa por parte de cada uno de ellos en su interrelación con el otro. El observado puede dirigirse al observador, y el observador al observado en una posición de mayor cercanía psicológica, pero con un nivel de participación bajo o nulo.

Coffey y Atkinson (2004) precisan que debe haber un sexto sentido para siempre tener siempre conciencia de lo que se está investigando. De toda la información que se recibe, se debe ir focalizando sólo aquella que va relacionada con el objetivo del estudio. Es decir, consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes y a las gentes en el contexto real en donde se desarrolla normalmente sus actividades. De tal manera que se deben recopilar los datos que se consideran importantes en relación con el objeto de la investigación. Por lo tanto, la observación siempre debe ser intencionada,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como es el caso presente que la intención en esta investigación es la identificación de la presencia de acciones de violencia ejercidas en las pacientes-usuarias del programa de Salud Reproductiva.

Se deben diversificar los contextos de interacción, por lo tanto, se precisa una identidad variable y diversa del investigador. Debe conducirse con una distancia entre el observador y lo observado y conjugarse con una proximidad que permita la participación en lo observado. Dicen Schwartz y Jacobs (1984) que esto significa que “el investigador conversa con la gente, trabaja con ellos, asiste a sus funciones sociales, visita su casa (en este caso a sus escenarios naturales donde están inmersos) y les invita a la suya, es decir, estar presente en tantas situaciones como sea posible”. Es un convivir con ellos, recogiendo información, detectando las características particulares y ver las diferencias entre su mundo y el de los otros de manera que le permita comprender la alteridad. También dicen que “El fin es aprender a conocer el objeto de estudio en tantos ambientes y facetas como pueda, con objeto de conocer sus puntos de vistas para aprender a usarlos, y se trata de lograr una socialización secundaria, que permita no sólo saber cómo actúan los otros, sino poder actuar como si fueran ellos”. El investigador debe tener una disposición para tal fin, haber hecho una revisión escrita de la teoría, haber planteado el problema, formulando hipótesis y asumiendo roles diversos e incorporándonos a sus rutinas (Schwartz y Jacobs, 1984).

Sobre lo que es el observador, Schwartz y Jacobs (1984) dicen que no es un simple hacedor de un trabajo, sino que entra en juego en el contexto de la observación. Influye la apariencia física, el carácter, las habilidades, el sexo, la edad, entre otros. La persona es la principal herramienta de la observación participante. Se realiza partiendo de una preparación previa, preparando y accediendo al campo, desarrollando la observación por etapas y reformulando constantemente el diseño a partir de su confrontación con la realidad. Hay que decidir sobre el tipo de observación a realizar (puede ser encubierta), el grado de participación, los temas a observar y la selección del campo de estudio. El mecanismo de la observación consiste en buscar siempre una regularidad en las interacciones y una amplitud de forma continua, manteniendo y creando relaciones. En la

presente investigación, el ser el investigador un médico más de esta comunidad y tener naturalidad de estar con sus pacientes es que se cumplen estas características que dicen estos autores para ser un buen observador y lograr un trabajo inmerso dentro de la cultura en estudio.

Lo que le da una validez científica desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia es lo que propone Carrera en el realismo social, y que le da la científicidad de la búsqueda desde lo empírico hacia la construcción de la realidad, ya que el objeto del estudio presente es una práctica que se da en la vida diaria en los hospitales, donde están los seres sociales en interacción y en sus relaciones donde se busca; ésta es la base empírica de información la que luego es analizada. Comparto que esta realidad en los hospitales es como Carrera menciona, que el mundo es independiente de su percepción o conocimiento del observador, sino que es algo que ya existe y que es el observador quien llega a ver lo que ya está, y que su construcción de esta realidad se desarrolla desde el marco conceptual que tiene el observador y que ese mundo tiene reformas continuas, lo cual hace que se tengan continuas reinterpretaciones, lo conocimientos que tenemos así del mundo lo podemos estratificar o agrupar según los conceptos que tengamos disponibles. Asimismo, dice que el mundo real son prácticas sociales y que para poder interpretarlo debe tener una postura crítica (Carrera, 2000).

Al tomar la decisión sobre cómo interpretar esta realidad y al estudiar las conductas sociales entre médicos y mujeres pacientes, se ha elegido la observación participante o participativa, por ser una metodología de las ciencias sociales que culmina como acción participativa; y es una de las técnicas más completa, porque realiza un proceso de observación y al final se pueden elaborar propuestas y soluciones. Con estos postulados y sus métodos particulares, las entrevistas informales, la observación directa, la participación en la vida del grupo, el análisis de discusiones colectivas, los documentos personales, las historias de vida y otros, recobran dimensiones cualitativas de tipo transversal, con un modelo de tipo etnográfico, que clasifica los eventos, pero no los mide, lo cual es la intención de esta tesis: el de ser exploratoria la investigación y la de permitir



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dar una interpretación o explicación al fenómeno de la violencia institucional (Taylor, 1987).

Para conseguir esta metodología, se tienen que seguir los siguientes pasos que debe tener la observación sistematizada: determinar el objeto, situación, caso, etc. (la interacción social medico paciente), determinar los objetivos de la observación (para qué se va a observar), determinar la forma con que se van a registrar los datos, la de observar cuidadosa y críticamente al registrar los datos observados y analizar e interpretar los datos para poder elaborar conclusiones y, finalmente, elaborar el informe de observación (Taylor, 1987).

*1.8.3. Recursos auxiliares de la observación: fichas, récords anecdóticos, grabaciones, fotografías, listas de revisión de datos*

Observación directa e indirecta. Se toma la decisión por realizar la que es directa porque es cuando el investigador se pone en contacto personal con el hecho o fenómeno que trata de investigar. La indirecta es cuando el investigador entra en conocimiento del hecho o fenómeno observando a través de las observaciones realizadas anteriormente por otra persona, lo cual no es usada en este caso.

Por lo tanto, la observación participante es para obtener los datos del fenómeno observado y conseguir la información “desde adentro” de tipo no estructurada llamada también, simple o libre, que es la que se realiza sin la ayuda de elementos técnicos especiales. Es también una observación de campo, ya que se realiza en los lugares donde ocurren los hechos, como es el caso de observar grupos cerrados en los hospitales como subgrupos. En este caso, las observaciones corren de mi parte por tener la experiencia de conocer bien las rutas y ser un ser social natural en el medio que deambulando no causa modificaciones de comportamientos sociales en los individuos, como sería en el caso de ser vistos antes extraños al medio hospitalario y se corra el riesgo de perder la espontaneidad de los actores.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Durante la observación participante, se ha seguido la recomendación de observar lo que la gente hace, y se recoge lo que dicen entre ellos o cómo es la contestación a las preguntas. Los hechos observables son sus adaptaciones ecológicas, los gestos y maneras y sus acciones. Entre lo que la gente dice se encontraran explicaciones, motivaciones y aclaraciones, que permiten inferir valores, reglas, entre otros. Sobre las preguntas, el campo y el sentido común, se dirá que es lo que se puede o no preguntar, cómo hacerlo, cuándo y quién. Se recomienda que el registro siempre quede anotado en un formato durante la observación, evitando términos abstractos y buscando la descripción, detalles que cualifican lo observado para favorecer la comparación entre contextos y fenómenos diferentes. El método de registro son las notas de campo (quién, cómo, cuándo y dónde hace las cosas). También las grabaciones de audio; los datos deben ser recogidos lo más cerca posible al campo, a solas, registrar todo, describiendo de forma pormenorizada, describir el contexto y diferenciar lo literal de las impresiones (Martínez, 1993).

La tradición y la *praxis* han llevado a considerar la observación participante bajo la cobertura de la metodología cualitativa:

1. La fuente principal y directa de los datos son las situaciones naturales. Ningún fenómeno puede ser entendido fuera de sus referencias espacio-temporales y de su contexto.
2. El investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos. Esto aporta una serie de ventajas: su adaptabilidad a recoger información de múltiples factores y a distintos niveles; visión holística, mayor amplitud de conocimientos; capacidad de explorar respuestas atípicas.
3. Puede incorporar intuiciones o sentimientos.
4. La recogida de datos es abierta.
5. El muestreo es intencional.
6. Análisis inductivo de los datos.
7. La teoría se genera a través de los datos de una realidad concreta y no partiendo de generalizaciones *a priori*.
8. El diseño de la investigación es emergente y en cascada, se va elaborando a medida que avanza la investigación.

Los tipos de observación participante pueden ir desde:

1. Observación no participante: el observador actúa de forma claramente neutra, incluso ni siquiera precisa conocer al observado (los co-investigadores). El observador no se dirige al observado, o si lo hace no sobrepasa en intensidad a como se dirigiría a alguien casualmente.
2. Observación participante propiamente dicha: consiste en que el investigador de una forma consciente y sistemática comparte con el individuo o grupo, todo lo que las circunstancias le permitan, las actividades de la vida, e incluso intereses y afectos. Su propósito es la obtención de datos acerca de la conducta a través del contacto directo y procurando la menor distorsión como consecuencia de ser un agente externo.
3. Participación/observación: resulta de una intensificación de la observación participante, es decir, cuando un miembro de un grupo adquiere la cualidad de observador de otros perteneciente a un grupo natural de sujetos (médico y pacientes). Esto aunque puede aumentar el sesgo de expectativas, disminuye el de reactividad y aumenta, lógicamente, la accesibilidad del sujeto y la viabilidad del estudio. Esta modalidad varía de las anteriores, ya que el participante-observador tiene mayor libertad de movimiento pudiéndose relacionar con todos los miembros.
4. Autoobservación: implica el grado más elevado de participación en la observación, ya que el observador es el sujeto y el objeto. Está muy indicada en conductas relacionadas con la esfera de la privacidad. Es el caso de hacer un ejercicio final de esta investigación con la autoetnografía.

En cuanto a los tipos de participación en relación con los participantes, según Schwartz y Jacobs, un tipo sería el “artificial”, que es cuando el investigador se integra al grupo pero no pertenece a él. Aquí se observan las conductas manifiestas y, por lo tanto, percibidas a través de los órganos sensoriales. Este no es el caso. En cambio, el “natural” comparte el área de la vida de los sujetos de estudio, que conforman el fenómeno a estudiar (Schwartz y Jacobs, 1984: 201).

En este caso, la conducta verbal puede ser analizada desde una doble perspectiva. Por una parte es susceptible de observación directa, pero por otra, la interpretación de lo hablado puede tener distintos sentidos dependiendo del contexto, es decir, la existencia de conductas encubiertas que requeriría interpretarla. Esta investigación corresponde a ser “natural”, ya que es el propio medio de mi área profesional de trabajo donde realizo mi investigación y comparto las mismas características de los médicos entrevistados.

#### *1.8.4. Tratamiento del registro*

No existen reglas sistemáticas para el análisis, es decir, requiere darle sentido a un gran volumen de datos que además deben pasarse del terreno narrativo al descriptivo. Para el informe, se deben reducir considerablemente los datos. El registro es una transcripción de la representación de la realidad que se materializa en un soporte físico. Puede tener dos modalidades: descripción ética (carácter externo, objetivo, exhaustivo) o descripción *émica* (componiendo la información). En mi caso, será una mezcla de la visión *emic* y *etic* al tratar de pasar de la narración a la descripción para formular resultados y conclusiones finales.

Los pasos que se han tenido durante la observación:

- a. Determinar el objeto (lo que se va a observar): relación médico-paciente.
- b. Determinar el objetivo de la observación (para qué se va a observar): identificar rasgos de violencia de género.
- c. Determinar la forma con que se van a registrar los datos.
- d. Observar cuidadosa y críticamente.
- e. Registrar los datos observados.
- f. Analizar e interpretar los datos.
- g. Elaborar conclusiones.
- h. Elaborar el informe final a manera de tesis.

#### *1.8.5. Potencialidades y limitaciones de la observación participación*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aproximarse al punto de vista de los estudiados, compartiendo o exponiéndose a sus experiencias cotidianas, contrarrestan la falsedad del objetivismo. Poder contrastar lo que se dice o se escribe con lo que se hace, poder redefinir y reencauzar la indagación durante la obtención de datos, son características ventajosas.

Este es un aspecto que se ha venido observando en los entrevistados, que durante la entrevista suelen sentirse incómodos y sobreactúan, o responden no sobre su trabajo cotidiano, sino más bien sobre lo que consideran lo ideal que deberían hacer y no lo que en realidad hacen cotidianamente.

### **1.9. La entrevista a profundidad**

He seleccionado esta técnica porque me sirve para obtener datos por medio de un diálogo entre dos personas: el entrevistador "investigador" y el entrevistado; y se realiza con el fin de obtener información de parte de éste, que es por lo general una persona entendida en la materia de la investigación.

La entrevista es una técnica antigua, pues ha sido utilizada desde hace mucho en psicología y, desde su notable desarrollo, en sociología y educación. De hecho, en estas disciplinas, la entrevista constituye una técnica indispensable porque permite obtener datos que de otro modo serían muy difíciles conseguir. Además, el empleo de la entrevista es útil cuando se considera necesario que exista interacción y diálogo entre el investigador y la persona.

Se ha cuidado que se cumplan las condiciones que debe reunir el entrevistador, como demostrar seguridad en sí mismo y ponerse a nivel del entrevistado; esto se consigue con una buena preparación previa del entrevistado en el tema que va a tratar con el entrevistado; en este caso, se han seleccionado a dos entrevistadores con experiencia en esta técnica para que los entrevistados se sientan más cómodos. Además, se ha cuidado que estos colaboradores sean sensibles para captar los problemas que pudieren suscitarse

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y, sobre todo, se despojen de prejuicios y en lo posible de cualquier otra influencia empática.

### *1.9.1 Tipos de preguntas que han de plantearse*

Como investigador he seleccionado las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación y, sobre todo, considerando el nivel de educación de las personas que se van a responder el cuestionario.

Clasificación de acuerdo con su forma: son preguntas abiertas y de opinión. Se cuida no bajar la guardia dando las cosas por supuesto, prestar atención a los aspectos culturales de la situación, buscar las experiencias desde dentro y desde fuera y hacer registros de las observaciones. He tratado de observar lo relacionado con el planteamiento del problema, las hipótesis y las unidades de observación planteadas, con flexibilidad, es decir, partir de las categorías (“indicadores“, que van apareciendo) para la observación, que corresponden con el interés y que sirven para explicar lo que ocurre, orientadas a buscar rasgos de violencia de género.

Aspectos de diseño, campo y análisis: notas de campo. Estas son las pistas sobre cómo acometer un ejercicio de observación directa en los escenarios de la vida cotidiana, que he tratado que sean consideradas en el trabajo de campo:

1. Elaborar un croquis del escenario y preguntarse qué actividades se permiten y cuáles no. Éstas deberán ser delimitadas con las autoridades del hospital para no ingresar en áreas no pertinentes, con el fin de no interferir con las actividades de los médicos y con la dinámica que se siguen en los escenarios con las pacientes.
2. Prestar atención a los usos del espacio y a las actividades que hace la gente en el hospital.
3. Fijarse en la escenificación que protagonizan unos y otros para ayudarse en la representación de sus papeles, como también el de observar a otros miembros del equipo de salud que participan activamente en la realización de la relación médico-paciente.

4. Buscar diferencias en la manera de comportarse, dependiendo de si las personas están solas, en parejas o en grupos. Esto es básico, ya que en lo privado suelen ser más veraces las respuestas de los entrevistados en el hospital.

Se ha seleccionado para la construcción metodológica a los informantes, los directivos del hospital que tienen a su cargo el programa de Salud reproductiva, los médicos ginecólogos y las pacientes que acuden a la jefatura de ginecología a programar y reprogramar cita para salpingoclasia y los hombres que asisten al programa de vasectomía sin bisturí y su equipo de trabajo. El límite del universo ha sido la saturación de sentido (Martínez, 2004).

Para ingresar al campo y hacer el trabajo, se tuvieron que pedir los permisos formales previa presentación con el equipo de directivos del hospital y el comité de investigación local del hospital, quienes escucharon la propuesta del proyecto de investigación; al final, dieron la aceptación ofreciendo todo el apoyo necesario con el compromiso que se les ofrezca la investigación al concluirla.

Lo primero que se hizo fue identificar los consultorios médicos, con el fin de detectar a los médicos ginecólogos y las pacientes para aplicarles. Así, se realizó una entrevista de presentación con el jefe de ginecología, quien ofreció todo el apoyo al equipo de entrevistadores. Además, nos proporcionó la lista de médicos ginecólogos por turnos, siendo seis en el turno matutino, cinco en el vespertino, tres de fines de semana y cuatro nocturnos, y nos informó sobre los horarios de atención a pacientes que le solicitan algún trámite relacionado con la programación de cirugías. Asimismo, nos ofreció un espacio físico anexo a su oficina para hacer entrevistas, que no fue necesario utilizar, ya que fue más fácil abordar a los pocos médicos que decidieron ser entrevistados en sus propias áreas de trabajo. En total, sólo cuatro ginecólogos aceptaron colaborar, ya que algunos de ellos se reusaron abiertamente, otros postergaron la entrevista y unos cuantos se negaron escondiéndose (uno solo se negó de frente con una actitud de enfado, argumentando que no estaba de acuerdo en colaborar con la universidad).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se hicieron varios recorridos de las rutas que recorren las pacientes y los médicos hasta llegar a los consultorios médicos y áreas de quirófano, a fin de reconocer dónde se localizan los médicos y las pacientes. En el espacio dedicado para las VSB se ubica la Unidad Médica Familiar Número 10, dentro del área de gestión del Hospital General de Zona Número 2. En esta unidad se localizan los módulos de orientación e informes, el área quirúrgica de las VSB y el área de Trabajo Social que da el apoyo de información, orientación y seguimiento de los pacientes hombres que entran a protocolo quirúrgico de las VSB.

Caminar dentro de estos espacios permite familiarizarse con los escenarios sociales donde se dan las interacciones y ser unos seres más dentro de estos medios y estar mimetizados de tal suerte que se permite funcionar como observadores participantes, y reconocer a los otros miembros de equipo de trabajo de los médicos que se llaman ahora el equipo médico. Así fue como salen a escena los médicos, las pacientes, las enfermeras, las secretarias de la jefatura y los camilleros.

Se localiza en la jefatura de ginecología los documentos del Manual Operativo del Servicio, los lineamientos del Programa Institucional de Salud reproductiva y un documento que se llama Reporte Breve, donde está plasmada la historia del hospital, su descripción física y la misión y visión con que trabajan, así como los documentos que le dan soporte institucional en materia de políticas públicas en materia de salud reproductiva.

Al observar durante las jornadas de los médicos es posible identificar cómo son sus conductas regulares o habituales, por dónde se mueven dentro de los espacios físicos y cómo se comportan cuando sí o no están frente a sus pacientes. Se percibe como todos alegan tener “poco tiempo” para hacer su trabajo en que refieren estar “sobresaturados” y, sin embargo, fue posible comprobar que hay horas en que no están interactuando con pacientes y permanecen en áreas donde no son visibles para los pacientes y sí para con el resto del equipo de trabajo, el equipo médico, es decir, una paciente y sus familiares no podrán saber dónde está el médico, pero el resto del equipo de trabajo sí saben dónde están y cómo localizarlos. Esto hace recordar a Goffman cuando menciona que la interacción



de los personajes es como una actuación donde se usan las máscaras que son necesarias utilizar de acuerdo al rol a representar socialmente.

Las reglas con que funciona esta institución de salud están documentadas; por tal motivo, las pacientes deben llegar puntualmente a su cita y esperar que se les indiquen las órdenes de esperar, sentarse, moverse, entrar y salir de cada espacio. Las secretarias son las que regulan el ingreso al consultorio, los vigilantes de las puertas dan el acceso al hospital cuándo y quién puede entrar, las enfermeras asignan cuándo pasar al consultorio, cuándo desvestirse, dónde ir al baño o al vestidor y refuerzan las órdenes del médico.

Se nota una complicidad del trabajo de las enfermeras y secretarias con el médico, por ejemplo, cuando una paciente es reprochada por el médico, lo repite como validando esta acción la enfermera o la secretaria. Los camilleros suelen adoptar un rol de superioridad hacia las pacientes, dándoles un trato que parece poco empático y en ocasiones, no amables; esto se observa cuando se encuentran algunos de ellos con sus compañeros de trabajo, ya que dicen y hacen bromas sin importar que las pacientes los estén escuchando, de tal suerte que el albur y palabras “groseras” suelen soltarse sin pudor, como “güey”, “bato”, “no mames”, “no jodas”, “ya ni la chingas”, “no más dejo a la doña y...”. Llama la atención el caso del camillero que se le acuñó el mote el *El bigotón*, ya que lo encontré discutiendo con un colega suyo para que le pagara un dinero, sin embargo, lo peor fue que la paciente que conducía en su silla de ruedas lo escuchara; ante esto, yo me dirigí hacia él para comentarle que no gritara en frente de la paciente y éste me dijo: “es que este güey no me paga y se hace el digno y me quiere ver la cara de pendejo”, y le conteste: “no es el lugar ni delante de la paciente que debe hablar así”, se me quedó viendo y me dijo: “uste no se estrile”, y se voltea a ver su colega y le dice: “luego nos arreglamos compa, deja llevo a esta doña a rayos”. Se va con la paciente a imagenología para que se le practique un ultrasonido ginecológico y alcanzo a escuchar que le dice a la paciente: “usted, ¿cómo ve doña?”

En estos espacios parece no haber el suficiente nivel de *confort* para las pacientes, en el sentido que la sala de espera está separada del área de entrevista dentro del consultorio

por una puerta por la cual se puede escuchar las conversaciones de los médicos y enfermeras; asimismo, el área de exploración física está sin separación del área de entrevista, de tal suerte que la paciente está expuesta al ser explorada físicamente por el médico a que la enfermera y quien acompañe a la paciente todo escuchen y vean el ritual médico de la exploración física, recordando que la exploración ginecológica es en los genitales internos y externos, y son precisamente las partes del cuerpo que las mayoría de las personas les cuesta más trabajo en dejarse explorar por cuestiones del pudor natural. A esto se agrega que la paciente que se acuesta sobre la mesa ginecológica dobla las rodillas y las separa para exponer sus genitales apoyándose sobre las pierneras, y justo hacia donde se apuntan los genitales se ubica una puerta que da hacia otro consultorio contiguo por donde entran y salen otros médicos ginecólogos, directivos de hospital y enfermeras; además, al lado derecho e izquierdo de la paciente hay dos puertas más: a la derecha está la puerta que da a la sala de espera y a lado izquierdo está una puerta que da a un pasillo por donde solo circulan médicos, enfermeras, camilleros, afanadores de limpieza, secretarías y otros personajes no del área médica a quienes ahora llamamos “vendedores” de diversos productos, desde alimentos hasta artículos de belleza, ropa y calzado; todos estos personajes se observa cómo se mueven con naturalidad dentro de los consultorios y es fácil de reconocerlos, por no portar uniformes de ninguna categoría que sea fácil identificar. Estos vendedores son personas ajenas del personal del hospital, pero son como seres naturales que además abren y cierran puertas sin un control restrictivo, a pesar de estar los miembros del equipo de salud en horario de trabajo y con pacientes “desnudas”. Las pacientes al respecto dicen sentirse “apenadas” cuando se les pregunta directamente si sienten esto como una agresión a su persona, y solo dijeron sentirse avergonzadas. No afirmaron sentirse violentadas.

Se percibe la asimetría durante la entrevista del médico con sus pacientes. Por ejemplo, en cuanto la paciente está desnuda exponiendo sus genitales entra el médico esta vestido, la verticalidad física de estar las pacientes en plano horizontal y el médico vertical más arriba que ellas, estos médicos trabajando en el área genital de ellas, y los uniformes que dan cierto estatus a los integrantes del equipo médico.

El ritual de la entrevista habitualmente es un saludo mínimo, preguntando al inicio de la conversación “¿cómo está?” y termina el protocolo con la receta y las indicaciones pertinentes de la próxima cita y lo que deberá hacer, si en caso de que la paciente pregunte alguna duda se le dará un poco más tiempo.

Están programadas 14 o 16 pacientes, seis de primera vez para destinárseles 15 minutos por consulta y el resto son subsecuentes para otorgarles sólo 10 minutos. Las pacientes dijeron sentirse insatisfechas con el tiempo de consulta, y los médicos dijeron no tener más tiempo para consultarlas.

Las 10 pacientes que fueron entrevistadas en la sala de espera dijeron que estar ahí con una cita programada les tardo mucho tiempo, ya que del primer contacto con su médico general, éste tardó mucho en canalizarlas con el médico ginecólogo; a esto se agrega que afuera de la sala se tiene que esperar mucho tiempo y que al final es poco el tiempo que dura la consulta, y que volver con su médico será en 3 meses después y no antes porque no hay citas. Esta información se pudo corroborar con las entrevistas con las secretarias que llevan la agenda de los consultorios médicos. Una vez más es el tiempo lo que condiciona el malestar en las pacientes.

Los médicos dicen por su parte que están trabajando sobresaturados de pacientes y que el tiempo no es suficiente para “hacer bien las cosas” y que no es sano trabajar así, ya que se exponen a cometer errores médicos que pueden conducir a demandas médicas. Respecto a esto último dicen, en forma general, que no sienten que la institución con su aparato jurídico y el actual sindicato los proteja, ya que en los últimos años se perciben sin protección de la institución y del sindicato, exponen “que van muchos casos que a sus colegas les pasan accidentes y que luego se las ven solos contra las demandas porque el sindicato y la institución valen pura chingada”, o se refieren: “estamos desprotegidos legalmente y muy presionados” y que “nadie ve por nosotros”.

En cuanto a la atención de los y las pacientes, las pacientes que son programadas a OTB y los hombres para VSB tienen diferencias muy significativas en sus respectivos modelos

de atención médica, pues comprometen a la institución en cuanto a que desde la percepción de estos actores obtenidas por las entrevistas profunda y desde lo encontrado por el observador participante, confirman una violencia hacia las mujeres con una gran diferencia con el referente del modelo de atención a los hombres.

Se encuentra que el modelo de atención está muy relacionado con los principios bioéticos que tienen los actores del equipo de salud. Todos han recibido un curso de bioética, en el cual se les imprime la corriente bioética del Principialismo, que es la que va con las políticas de México. Para establecer las acciones médicas en el sector salud, el Estado debe basarse en los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo, con lo cual se da la legitimidad de estas acciones.

Por otra parte, se percibe como existe en las pacientes un imaginario social de lo que representa el médico con las características que les son para ellas deseables y así también en este imaginario social hay una idea preconcebida de lo que representa ir a recibir atención a la institución de salud, de tal manera que hay un capital cultural acerca de lo que se ha construido socialmente sobre los roles del médico y de los roles de las pacientes.

Las pacientes tienen la idea de que el médico es un ser bueno, pero que por ser del “seguro” no lo es, pues que ahí no pueden esperar lo mismo de este médico a comparación de que si “le pagaran como un privado”. Además, se percibe que ninguna de las pacientes ve la violencia a su persona cuando el médico las trata mal, es decir, como si percibieran esto con cierta tolerancia por que dicen: “es que el médico así es”. De hecho, hay un médico que regaña a una paciente diciéndole que se dejara de quejar del dolor posparto con esta frase: “ni que estuviera en un particular”; esto demuestra que el médico actuaría diferente si está dentro o fuera de la institución.

Si observamos que hay un escenario social con una puesta de actores que siguen reglas, la presencia símbolos, un aparato de imaginarios sociales, la legitimidad que da el Estado a través de la deontología médica institucional, la modulación que tienen en sus conductas los médicos por la impregnación de la bioética del Principialismo, nos queda situar la

pregunta de investigación que se consolida en determinar la presencia de la violencia simbólica durante esta interacción (véase esquema 1 en el anexo).

El actor no está solo, sino que está su equipo, que es cualquier conjunto de individuos que cooperan para representar una rutina determinada (aquí se hace la analogía del actor médico y su equipo de salud con el cual trabaja). Sobre los equipos, hay roles que se van definiendo, como el de director, con el cual se hace el consenso de trabajo, lo convivencia de equipo y los roles, y se desarrollan actividades grupales para cumplir reglas que garanticen la lealtad dramática. Esta orquestación del director con su equipo va muy de la mano en cómo se describe el médico líder del equipo de trabajo médico, tal y como se hacen en los hospitales.

En la obra de *Internados* de Goffman, se descubre que las instituciones-establecimientos sociales (como los hospitales) tienen aspectos de la vida que se desarrollan en el mismo lugar y bajo una misma autoridad única. Y que cada etapa de la actividad diaria se lleva a cabo en compañía de otros, que estas actividades están programadas y que las diversas actividades obligatorias se integran en un plan racional para lograr los objetivos de la institución (se ve la legitimización de las acciones por la rutina dentro de una institución). Es pertinente mencionar que Goffman describe que dentro de las instituciones existen estrategias para llevar el control de los internos de las instituciones, como la mortificación del yo, la separación, la degradación, el despojo de signos de identidad personal, la contaminación por contigüidad, la pérdida de la autodeterminación y el empleo de recompensas. Es decir, cuando se señala que se está enfermo como un rasgo de mortificación, separarlos de sus familiares y quedar el paciente solo en un hábitat que no es el suyo, la etiquetación para degradarlos como malos pacientes o pacientes difíciles bajo la conveniencia de la institución, despojarlos de sus ropas y medios de comunicación con sus familiares y la posición física en un plano más bajo de la verticalidad, y contaminarlos con un diagnóstico y agregarlos por grupos, como llamarlos por ejemplo, los diabéticos, las locas, las histéricas los hipertensos, los sidosos, etc. Y en cuanto a la pérdida de la autodeterminación, se ve claramente cuando los pacientes dócilmente dicen: "...lo que Usted diga..." En cuanto al empleo de recompensas, el ejemplo es cuando se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

menciona que si se come y se baña o sigue tales indicaciones, el médico decide si da de alta. De las estrategias de los internos, pueden mencionarse la solidaridad, la resistencia, el mantenimiento del yo, la rebelión o la adaptación y la colonización. Lo observado en esta investigación es la adaptación que hacen las pacientes antes sus médicos y con el resto del equipo médico; sin embargo, no se les llamar a las pacientes como adaptadas, sino docilidad. Asimismo, en cuanto a las estrategias del personal para el control de los internos están la separación o en estar juntos frente al exterior; esto aplica para los miembros del equipo de salud dentro de los hospitales cómo operan desde el punto de vista sindicalizándose para formar la alianza de resistencia hecha de manera legítima (Fine y Manning, 2000).

En Frame Analysis se constituyen respuestas a la pregunta de los actores-interpretés acerca de qué es lo que está pasando en una situación determinada. Ésta es la frase en inglés: “what is it that is going on here?” En esta obra está el término de Encuadres Primarios, en la que se explica ante las situaciones sociales el individuo reconoce un evento particular tiende a implicar una respuesta y a emplear un encuadre o esquema de interpretación de un tipo que puede ser primario, es decir, que no depende de una representación previa que lo transforma en algo que signifique. En el presente trabajo se busca que los actores interpreten la situación de conflicto de la relación médico, con el fin de ubicar, percibir, identificar y etiquetar un infinito de eventos concretos definidos en sus términos (Rodríguez, 2007).

Por esta razón, Goffman da aportaciones valiosas para encuadrar el campo médico a la perfección y esta visión deriva la interpretación del esquema 1 presentado al final del apartado de anexos.

### **1.10. La descripción del campo médico**

Bajo esta perspectiva es que se continua con la descripción de los siguientes hallazgos en los casos seleccionados intencionalmente por ser convenientes en lo que se estudia en esta investigación y se hacen de la manera más descriptiva, ya que los datos se obtienen por

medio de la observación participante por la cual se identifica los elementos de la representación social, lo cual ayuda a ubicar bien los escenarios, las situaciones sociales, los roles, los papeles y acciones y las etiquetas de estos actores y, de continuar este estudio, también se identificaría la función social de estas representaciones.

Se identifica que la sociedad de estudio es la cultura de Aguascalientes, México, dentro de una institución de seguridad social llamada Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dentro de las funciones sociales de esta institución, una es la de la salud, y tiene dentro de su organización la de contar con hospitales donde se efectúa esta función de salud. Es en específico, el programa de Salud reproductiva, que es uno de los llamados programas prioritarios de salud en México.

El escenario social es el consultorio médico donde hombres y mujeres acuden a solicitar información y a la programación del método quirúrgico de la anticoncepción definitiva, llamados salpingoclasia en las mujeres (OTB) y vasectomía sin bisturí en los hombres (VSB). Y en los quirófanos del hospital es donde la paciente decide o rechaza ser usuaria de método quirúrgico anticonceptivo permanente.

Es pertinente explicar lo que es técnicamente médico para su mejor comprensión. En ambos casos, la OTB y la VSB son métodos quirúrgicos para esterilizar a hombres y mujeres que así lo desean por paridad satisfecha en forma voluntaria, y se ofertan a los hombres y mujeres derechohabientes o no del sistema del IMSS. Estos procedimientos quirúrgicos están catalogados como de bajo riesgo quirúrgico y médico y consisten, en las mujeres, en ligar y cortar las trompas de falopio con lo cual queda estéril de manera permanente y así no requerir de ningún otro método temporal, y en el caso de los hombres la cirugía anticonceptiva permanente se llama Vasectomía sin bisturí con eficacia del cien por ciento, al ligarse y cortarse los conductos deferentes que llevan los espermatozoides producidos en los testículos hacia el líquido eyaculado. Esta oferta que hace el IMSS de la técnica de vasectomía sin bisturí es muy bien aceptada por no tener cortes, uso de anestesia local y una rápida recuperación con buena tolerancia por mínimo dolor a los hombres que se someten a esta técnica anticonceptiva quirúrgica definitiva. A diferencia

de las mujeres que requieren de una técnica anestésica mucho mayor y una quirúrgica mucha más elaborada y con dolor. Por mencionar que la mujer requiere de ayuno previo de 8 horas, completar un protocolo prequirúrgico mucho mayor y la realización de la cirugía salpingoclasia en que sí se requiere de un quirófano, ya que es una cirugía mayor de mínima invasión, pero comparativamente con más riesgos de dolor, infección y hemorragia y, en el caso de la técnica masculina de vasectomía, no es necesario ayuno, ya que requiere menor preparación del protocolo prequirúrgico. La recuperación de la mujer dentro del hospital posterior al evento quirúrgico es de más de 8 horas, incluso hasta de 12 a 24 en caso de haber alguna eventual complicación; en el caso del varón, sale caminando del consultorio y tendrá que guardar reposo en casa por seis horas y podrá trabajar al día siguiente. Estas son algunas de las más notables ventajas y diferencias que tienen ambos métodos.

Sin embargo, como lo analizaremos en otro capítulo, la participación y aceptación de las mujeres es mucho mayor que la de los hombres. En ambos grupos, hombres y mujeres, son etarios entre los más jóvenes, entre 20 y 30 años, estos son quienes más aceptan estos métodos, como lo muestran las estadísticas del IMSS. Delegación Aguascalientes (véase tablas en el anexo).

Una ventaja más que tendrá para la institución es que los costos son mucho menores en el caso de la vasectomía sin bisturí y en el caso de la mujer, mucho más alto, simplemente por la ocupación hospitalaria que la salpingoclasia conlleva y del equipo médico mucho más especializado.

#### *1.10.1. Sobre quiénes son estos hombres y mujeres usuarios*

Los hombres que solicitan y se les practica la VSB son derechohabientes y no del IMSS, ya que es un derecho constitucional que todos en México gocemos del derecho a la libre acceso a los servicios de anticoncepción de manera voluntaria, gratuita e informada.



Habitualmente, los hombres reciben la información en las clínicas de primer contacto, tanto de la Secretaría de Salud como del IMSS, con motivación personal acuden a los módulos de Medicina General y Familiar, centros de segundo nivel, como clínicas y hospitales, y de segundo nivel, como trabajo social y medicina preventiva, donde médicos, trabajadoras sociales, enfermeros y enfermeras y sanitaristas, salubristas y asesores de salud en las comunidades, les proporcionan la información sobre este método. De esta manera, basta con acudir a cualquiera de estos módulos de atención en salud para recibir la información y si están decididos a no tener hijos, se canalizan al centro de vasectomía sin bisturí y se programan en forma sencilla y rápida en un plazo no mayor de ocho días, previa solicitud de cirugía, carta de información y consentimiento del procedimiento quirúrgico, y la información sobre los cuidados pre y posoperatorios.

Son de edad aproximadamente 30 a 35 años en su mayoría, con rangos que van entre los 22 años y hasta los 49 años. La media de hijos son tres. En un año se programaron 173 y se realizaron 173, es decir, se dio cumplimiento total. Se programan cuatro cada semana. Cuentan con un médico, una enfermera, una trabajadora social y un espacio físico que resulta con las condiciones mínimas necesarias de asepsia y antisepsia, y material necesario. Es un área discreta que permite a los hombres entrar confidencialmente, es decir, para el resto de los usuarios de la unidad médica pasan desapercibidos de tal forma que no se pueden estigmatizar a ninguno de estos hombres; el personal está capacitado para el trato digno y confidencial de los pacientes. El área es confortable y no resulta estresante a ningún usuario.

Si algún usuario no se puede operar en el día que se le programó la VSB dentro del IMSS, existe la posibilidad de que se canalice a la Secretaría de Salud y con esa vía alterna, no se deja perder a un usuario sin que reciba la atención de su VSB. Existe redes de apoyo inter institucionales del IMSS con la Secretaría de Salud del Estado de Aguascalientes. Las mujeres recibe la misma consejería que son parte de las estrategias del programa de Fomento a la Salud reproductiva, aunado que el embarazo reciben una consejería sobre Planificación Familiar y donde por criterios médicos son catalogadas como de alto riesgo reproductivo, es decir, que de estar en el embarazo, parto o puerperio estas mujeres tengan

riesgo de presentar pérdida de la salud o de la vida, y a estas mujeres se les hace hincapié sobre la conveniencia de parar la posibilidad de continuar con más embarazos a futuro para que se sensibilicen sobre la opción de la OTB, de tal forma, que al concluir el parto, aborto o cesárea, soliciten y les sea practicada de manera voluntaria e informada este procedimiento de la OTB dentro de las primeras horas de resolución del embarazo, y así queden libres de morbilidad o de riesgo de muerte derivado de ocurrir un futuro embarazo, parto o puerperio de alto riesgo.

Las edades de las mujeres varían entre los 18 y 50 años, siendo la media de 28 años entre un grupo de 25 a 35 años, con una paridad de entre uno y 15 hijos siendo una media de tres hijos.

Las mujeres pueden solicitar la OTB acabando de presentar la atención obstétrica, es decir, en el posparto, posaborto o cesárea, o bien, en lo que se denomina en el periodo intervalo, o sea, cuando ellas lo deseen aún sin haber cursado con un embarazo de forma reciente, basta con no estar embarazadas en ese momento para que si así lo desean, puedan ser programadas a OTB.

Si desean la OTB de intervalo deben acudir a la jefatura de Ginecología y Obstetricia, para que reciban la solicitud de cirugía que se les indican en los exámenes de laboratorio y se les da fecha de cirugía que aproximadamente se tarda de una a tres semanas. Ya que no existe un quirófano especial para estos procedimientos, sino que deben estar sujetas a la programación de los quirófanos donde se realizan otros procedimientos ginecológicos y obstétricos, como partos, cesáreas, legrados uterinos, tomas de biopsia, laparotomías, histerectomías, cirugía de mama, correcciones pélvicas y otras más, pues resulta que se puedan programar de forma más cercana a la fecha en que acude la paciente.

Deben cumplir un protocolo prequirúrgico de exámenes de laboratorio, contar con un ayuno mínimo de ocho horas y hospitalizarse en la puerta de urgencias por ser un procedimiento electivo, es decir, no es de urgencias, pues entran a quirófano cuando se terminan de operar las urgencias o las otras cirugías mayores. Es decir, pueden pasar

incluso 24 horas en lo que la paciente está en ayuna y con el estrés y fatiga pre quirúrgico de la espera para que pueda ser pasada a quirófano y realizarse su OTB, puede existir la posibilidad de que se cancele su cirugía y salir del hospital sin la OTB y tener que volver a acudir a la jefatura de ginecología para ser nuevamente programadas. Con malestar, fatiga enojo y otras reacciones que se analizan, algunas de estas pacientes ya no regresan y estarán desprotegidas de método de anticoncepción y con riesgo de un embarazo no deseado. Por enojo o por cualquier otro motivo que haga a la paciente tomar la decisión de no ya no acudir a la reprogramación, puede también repercutir en la cuestión laboral como un ausentismo que en otro estudio pueda ser estudiado, como la falta de equidad de género en la atención médica que afecta el estado laboral de las mujeres, ya que son las mujeres que son económicamente activas las que más solicitan la OTB.

Si son mujeres que en la otra situación en la cual ya cursaron con un parto, o un aborto y desean la OTB posplacenta –término correcto en Salud reproductiva–, también deben esperar hasta que haya un espacio en los quirófanos y que el personal quirúrgico tenga tiempo para poder hacer las OTB posparto o posaborto, según sea el caso; de no poder realizarse, la paciente sigue en ayuno, cansada, fatigada de lo anteriormente expuesta a la atención del parto o el aborto más las horas de espera en recibir la atención de la OTB, es que también esto sea motivo de que desistan del procedimiento de la OTB y prefieran irse a casa con su familia y luego tal vez si o no puedan y quieran regresar a ser reprogramadas para su atención. El porcentaje de cobertura de estas pacientes que solicitan la OTB es menor de 75 por ciento.

#### *1.10.2. Sobre quiénes son los del equipo de salud que intervienen en cada caso*

El equipo de VSB es un médico cirujano con especialidad en Medicina Familiar y entrenado en esta técnica de VSB; por ser muy sencilla de realizarse, no es necesario que sea un médico Urólogo ni Cirujano General, cuando anteriormente eran quienes podían hacer las vasectomías sin bisturí o tradicionales con corte. Este médico cuenta con una enfermera que le ayuda y puede haber un médico más que lo auxilie, además de una trabajadora social que colabora junto con una asistente médico con funciones secretariales,

realizando en un equipo muy bien coordinado en hacer difusión del programa, captación de usuarios, pláticas de consejería a hombre y mujeres interesados en conocer este programa, así como también de los usuarios captados, darles la programación e indicaciones que serán pre y posquirúrgicas.

En el caso de las mujeres que solicitan la OTB, éstas deben de acudir con el jefe de Ginecología que hace muchas más funciones; así que estas mujeres estarán en sala de espera junto a otras que irán solicitando otros motivos de atención con el jefe de servicio. No contarán con un equipo definido para la realización de su OTB, sino que será el equipo de cirugía que esté en ese momento disponible y estarán relegadas a segundo término hasta que no existan cirugías de urgencias, lo cual en un servicio de ginecología y obstetricia con saturación de cirugías de urgencia y programadas (un servicio de obstetricia es en el IMSS es de alta demanda), pues no existe una garantía que se les practique en el tiempo programado su OTB.

### *1.10.3. Sobre los escenarios en cada caso*

En el caso de VSB, son espacios con adecuada discreción, *comfort* y condiciones de higiene para la realización de lo que está programado. En el caso de las OTB, no hay discreción, comodidad ni respeto al tiempo de las pacientes ni una certeza de recibir la atención. Los hombres esperan sentados solo minutos y las mujeres en camillas por horas. Ellos pueden estar mientras esperan con algún familiar u acompañante y ellas están en un área aisladas. Ellos pueden ir sin ayuno y ellas con mínimo 8 horas de ayuno más el tiempo de espera a ser ingresadas a quirófano. Esto último es parte del orden médico y los protocolos para recibir anestesia y no tanto por maniobra discriminatoria de género, pero que de cualquier manera influye para tener consideraciones de empatía y no olvidar que hay un sufrimiento o mortificación que es parte de los rituales médicos.

#### *1.10.4. Sobre cómo es la dinámica que se lleva a cabo en cada caso*

Ya comentado, y más adelante se retomará el manejo del proceso de salud reproductiva dentro del IMSS.

#### *1.10.5. Sobre cuáles son las políticas en salpingoclasia u Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y Vasectomía Sin Bisturí (VSB)*

Los derechos sexuales y reproductivos establecen que hombres y mujeres deben de contar con igualdad de oportunidades en recibir la atención que les garantice el disfrute pleno de su vida sexual y reproducirse cuantas veces lo deseen en las mejores condiciones que les garanticen su salud en el embarazo, parto y puerperio y contar con la atención médica e institucional que lo garantice (dicho en la Constitución Mexicana, artículo 4º, en los Compromisos del Milenio, en los compromisos que adquirió México en la cumbre de El Cairo 2005 y en la Ley General de Salud de México, y en los manuales operativos de Salud reproductiva del IMSS). Además, actualmente no se requiere de consentimiento de la pareja para que un hombre o mujer que así lo decida por propia autonomía, una vez que firma su consentimiento informado, le pueda ser practicado el método que haya elegido.

#### **1.11. El estudio de caso**

En esta investigación cualitativa en ciencias sociales (dentro de los estudios de la subjetividad), se ha seleccionado los estudios de caso para ilustrar lo que se pretende demostrar sobre violencia de género institucional. Dentro del terreno de la investigación cualitativa existen diversos enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos, y por lo tanto, existe una variedad de diseños y tradiciones, entre los cuales se ubica al estudio de caso. El estudio de caso consiste en el abordaje de lo particular priorizando el caso único, en donde el estudio del mismo es definido por el interés que éste inspira, y tiene por objetivo la construcción de teoría: “El estudio de un caso no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado”. En tanto enfoque de investigación, un estudio de caso es definido por el interés en casos individuales antes que por los

métodos de investigación utilizados; en esta investigación se han seleccionado por conveniencia los casos que resultan más atractivos por ilustrar la violencia de género en su modalidad institucional. El criterio de selección parte del interés por el caso en sí mismo; la o las preguntas de investigación constituyen el eje conceptual del estudio y pueden referirse a un determinado tipo de problema o bien, a un tema de características empíricas. El análisis de la información hace uso de instancias de interpretación directa o construcción de categorías; en el presente estudio se toma la modalidad de interpretación directa.

Estos son casos considerados como unidades empíricas y son específicos según lo percibe Ruth Kazez (2010), que retoma a Ragin y Beckerm, ya que dice: “sobre de los casos que se encuentran y son aquellos que los investigadores los consideran como empíricamente reales y específicos. Los casos deben identificarse y establecerse en el curso del proceso de investigación. La delimitación empírica de los casos es valorada como una parte del proceso de investigación”, lo cual se ha elegido para presentar la base empírica que sustenta la explicación del postulado de tesis.

Padua (1979) clasifica el tipo de muestreo en tres categorías: probabilístico, no probabilístico y para probar hipótesis sustantivas. Desde esta clasificación, para los estudio de estos casos encontrados y contruidos, nuestra muestra es no probabilística y generalmente intencional.

Es muy cierto que este trabajo no es un modelo de investigación siguiendo la Teoría Fundamentada, cuyo proceso va del dato particular a la generalización teórica, pero se toma la decisión de partir de lo hallado en el campo empírico y de ahí convocar el estado del arte que más ayude a dar la explicación de lo que encuentra en el campo, por lo tanto, no hay teoría al inicio de la investigación, tratando de seguir la Teoría Fundamentada en que la teoría ésta se construye a partir de las regularidades que arrojan los datos mismos a partir de la contrastación constante. Los datos se han recolectado y ya recogidos han permitido formar categorías, las relaciones de las categorías y después llevan a establecer generalidades conceptuales o teorías. En el presente estudio no llega a constituir una

teoría, sólo un intento de dar la explicación bajo la interpretación del fenómeno en la base empírica del problema. Se requiere de más experiencia y la intencionalidad de buscar otras preguntas y sus respuestas a profundidad que sólo la interpretación y la explicación del presente estudio pueden otorgar (Cunat, 2007).

El proceso general de la investigación cualitativa, con respecto al dato, en su primera fase, cuando se ingresa al campo, la información en general la selección de los datos obedece a preguntas de investigación provisionales: amplias y flexibles, la codificación y el muestreo es abierta. La segunda fase afina la pregunta de investigación porque la codificación axial exige una forma de muestreo, precisa conocimiento del escenario. En la tercera fase la información ya afinó la pregunta de investigación, las categorías se han relacionado entre sí y se pasa a las relaciones de las relaciones. La codificación es selectiva y con fines declaradamente teórico-conceptuales. El muestreo sólo busca dos cosas: 1) confirmar hipótesis para constituir las en teorías o disprobarlas y 2) rechazarlas y enriquecer los conceptos con ejemplos complementarios. Los muestreos más propios de esta fase son muestreo de caso típico y el muestreo de caso confirmatorio o disconformatorio, que son un muestreo de etapas avanzadas de la investigación. Emplea los datos de etapas anteriores de la investigación y permite ampliar, afinar y profundizar lo conseguido con datos ya recolectados a partir de nuevos datos que confirman o refutan lo ya conseguido. La comprensión es el hallazgo de un sentido de verdad, es una fusión de horizontes: nos transformamos en parte de lo que comprendemos y con esto nos estamos comprendiendo a nosotros mismos y encontrando nuestro sentido, nuestra verdad, como se puede percibir en la autoetnografía. Por ser un investigador intérprete que se aproxima a éste, lo que sucede es que el sentido forma parte del devenir histórico en el que se participa. No es posible alcanzar una visión total ni del mundo ni de la historia, ni a uno ni a la otra los podemos tratar como objetos externos a nosotros, sino que los experimentamos desde dentro, estando ya en éstos y siendo parte de su devenir (Cunat, 2007).

#### *1.11.1. Sobre la selección de los casos para estudiar*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se encuentran en el trabajo de campo que son 11 médicos ginecólogos y a los cuales se intenta entrevistar, sin embargo, sólo la mitad acceden a participar en las entrevistas, y en la sala de espera del jefe de ginecología se localizaron y entrevistaron a las pacientes que solicitaban asistencia en problemas relacionados con su salud reproductiva; también se detectan los casos en los cuales por no recibir la atención necesaria han presentado complicaciones en su salud. Por la parte de la representación de directivos del hospital corresponde al jefe de Ginecología y Obstetricia de la unidad hospitalaria. Se encontraron casos que llaman la atención por ser muy evidentes en poner en evidencia la presencia de la violencia institucional y los que también además de ser evidentes tienen una repercusión política muy sensible, como los casos de muerte materna asociada la presencia de violencia de género dentro del programa de Salud reproductiva.

La muestra de médicos ginecólogos queda conformada como casos por conveniencia y son sólo por los que aceptaron participar. Las pacientes se muestrearon por saturación de sentidos todas aquellas que acudieron a solicitar el servicio de programación de OTB y de hombres que solicitaron la VSB durante una semana. La razón de hacerlo durante la semana es porque las estadísticas muestra un comportamiento uniforme de semana a semana y la problemática y satisfacciones de estos hombres y mujeres que acuden es la misma semana tras semana con lo cual se conforma la muestra por saturación de sentido.

Se detectan casos aparte de pacientes que no fueron satisfechas sus demandas de Salud reproductiva y que salen del comportamiento habitual del muestreo anterior, con lo cual se conforman en tres grupos de representación: los casos típicos de pacientes que solicitan la atención de OTB y VSB, los casos extremos que no reciben la atención de OTB y los casos políticamente relevantes de pacientes que sufrieron serios daños de salud en los cuales hubo la pérdida de la vida de algunas pacientes y la causa indirecta y relacionada está ligada a la falta de atención “oportuna” en Salud reproductiva, con los cuales se apoya la investigación. En los siguientes capítulos se hace la documentación de estos casos así tipificados, de acuerdo a la construcción de las muestras que permiten la ilustración y explicación de la tesis en prueba.



Se intenta hacer la selección de casos que se apeguen a la realidad y describan adecuadamente el objeto estudiado, que es la violencia institucional. Se apela a la naturaleza interpretativa, cercanos a la propuesta hermenéutica. La noción de muestra viene de la metodología cuantitativa, se define como una porción de un universo o población de estudio que se considera representativa de ese universo o población investigada. La representatividad cuantitativa se presenta como una relación matemática entre la parte y el todo, entre la muestra y la población. Esto es posible cuando los objetivos de estudio de la investigación enfatizan características de la población expresables numéricamente. La cuantificación se da porque los elementos que integran la población y sus características pertinentes son fragmentarios y tienen la misma jerarquía y, por lo tanto, la aplicación del tratamiento matemático. Para utilizar el muestreo cualitativo, es la situación en la que se trata de encontrar el sentido de lo estudiado que es justo lo que se busca en esta investigación, encontrar el sentido intencional. La representatividad cualitativa intencional es la elección de características relevantes de naturaleza global y manifestada como propiedades particulares, las cuales son expresadas en forma discursiva referidas a la subjetividad de los actores investigados y los objetivos de estudio de la investigación, y se buscan características de la población nativa del hospital que se manifiestan como interpretaciones, como cualidades. Una cualidad es lo que hace que algo sea lo que es, por lo cual es en realidad irrepetible; la cualidad no es aditiva, no es fragmentaria, no es reductible a la adición y en consecuencia, a ninguna operación matemática, ni a la confiabilidad y la validez (Tójar, 2006).

Finalmente, en la representatividad cualitativa, unos elementos son más importantes que otros, según la presencia o ausencia de cualidades pertinentes. El muestreo cualitativo es intencionado, busca deliberadamente los eventos jerárquicamente mejor posicionados en la población de estudio por la presencia de las cualidades que se buscan en los objetivos de la investigación. El muestreo cualitativo es la búsqueda de subjetividades especiales, de perspectivas especiales ubicadas en horizontes particulares. La subjetividad del investigador busca las subjetividades de los actores. El investigador se acerca a éste como a un juego, para captar el sentido del campo, sus procesos, así como identificar a los actores que puedan contestar nuestras preguntas, es cuestión más de habilidad práctica que

de método lo que nos permite escoger tanto al actor como la de conseguir las respuestas adecuadas, por significativas y comprensibles, a nuestras preguntas de investigación. Además de ser intencional, el muestreo cualitativo es también progresivo con la formulación de la investigación y finaliza con la investigación misma (Tójar, 2006).

Se hace el “muestreo por conveniencia” de aquellos casos conformados con las personas, que son accesibles y que pueden dar más información en el menor tiempo, como fue el caso de las entrevistas con los médicos ginecólogos y el jefe de servicio de ginecología como representante de la parte directiva de la institución. Se toma la decisión entonces de seleccionar los “casos típicos”, ya que éstos son los que nos ayudan a ilustrar lo normal, el promedio, presentándolo como representativo del conjunto. Este tipo de muestreo exige que se tenga ya una experiencia y conocimiento del campo más amplio, pues lo típico tiene que ser concebido a partir de los datos y de los actores nodales. No es una muestra que se pueda construir al inicio de la investigación. Son en estos casos todas las mujeres y hombres que acudiendo a recibir la atención de OTB y VSB muestran el promedio de las características regulares y forma un conjunto, bajo la óptica del observador médico que detecta estas características y ayudan a la conformación de explicaciones ante el objeto central del estudio. También se incluyen “casos extremos” por ser estos muy ricos en información, ya sea por ser especiales o inusitados. Suele llamársele también muestra extrema o de caso desviado. En este caso será el de la paciente Rocío que acudió a su atención y por no recibirla en tiempo y forma adecuada, sus complicaciones dieron una serie de elementos subjetivos que la hacen en la construcción de la muestra como un caso extremo. Los “casos políticamente relevantes” consisten en la inclusión de los actores principales y directos, en una interacción determinada como fue la de no recibir la atención oportuna y con desenlace fatal, que supone que la información es tan intensa como fidedigna y significativa. Son los casos de aquellas pacientes que muestran características específicas y cuyos efectos causaron estados graves, como la muerte, y que los hacen políticamente interesantes (Tójar, 2006).

## CAPÍTULO 2. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD REPRODUCTIVA

### 2.1. Etnografía del campo: Estudio de casos típicos

#### 2.1.1. *Las historias de ellos*

Del grupo de los varones que solicitan la VSB se toma una muestra de cuatro, ya que es el número que cada semana asisten programados a la realización de la VSB. Es un tamaño de muestra suficiente, ya que son homogéneos en cada semana y todo el año así de regular son las programaciones de estos varones.

El número de hijos que ellos tienen son de 2 a 3 y la distribución de edades va desde los 20 a los 49 años. Parece ser que los hombres comprometidos a ser partícipes de la planificación del número de hijos en pareja son los hombres que con la paridad satisfecha de 2 a 3 hijos y son los que deciden no tener más. Es de suponerse que los varones que no aceptan participar con esta técnica quirúrgica definitiva son los que seguirán procreando más hijos con sus parejas. Por esto es que la distribución de edades no importa, sino más bien es el hecho de que estos hombres deciden la elección de la VSB cuando ya alcanzaron el número de hijos que desean tener.

Todos son católicos, trabajadores y derechohabientes del IMSS. Reportan estar satisfechos con el servicio prestado desde la solicitud de información, resolución de dudas y con la programación y realización de su VSB. No presentaron complicaciones y están en espera de cumplir los tres meses para ser egresados una vez que el protocolo esté concluido con la confirmación de la esterilización definitiva.

Cuentan con el apoyo de sus parejas para tomar la decisión de la VSB en todos los casos. Uno de ellos no se pudo realizar el jueves en el IMSS, que es el día programado, por lo tanto, se le canalizó con la red de apoyo para que en el Instituto de Servicio de Salud del

Estado de Aguascalientes (ISSEA) se le practicara en día viernes por conveniencia del paciente, dado que laboralmente le resultaba más práctico. Este hecho demuestra que existen alternativas para cubrir al cien por ciento las necesidades de los usuarios, utilizando la estrategia de redes de apoyo interinstitucional.

En todos los casos, los resultados son similares, lo cual hace que se reporten como conductas regulares la práctica de las VSB dentro del sistema. Con una cobertura del cien por ciento de lo programado, todos en tiempo y forma; cero por ciento de insatisfacción de usuarios y sin reportar quejas durante un año de lo observado en 2012.

### *2.1.2. Las historias de ellas*

Al igual que en ellos, se observaron las conductas durante una semana de programación quirúrgica de OTB. La OTB se puede practicar de dos modalidades: en el período de intervalo entre un embarazo y antes de que pueda ocurrir un próximo, y cuando la paciente termina de un embarazo ya sea en el posaborto, posparto o tras cesárea.

La conveniencia de hacerlo en el período posembarazo es porque técnicamente es más fácil, menos invasiva la cirugía, la paciente ya está hospitalizada y no requiere de intervalo; un problema usual es ver cómo dejan y dónde y con quién encargan a los hijos para acudir a la OTB de intervalo. En el posembarazo, la paciente ya está hospitalizada y no se debe retardar más su egreso aun cuando se le practique la OTB, es decir, no aumenta la estancia hospitalaria a ser el mismo tiempo de ser de recuperación por atención del aborto, parto o cesárea, motivo por el cual ya han acudido y han sido atendidas. Para la institución es una estrategia que reciban estas pacientes durante el embarazo la asesoría de métodos anticonceptivos, porque una vez que acude a su atención es una buena oportunidad que la paciente resuelva la vía más adecuada: aborto parto o cesárea, y salga del hospital siendo ya una usuaria de algún método anticonceptivo que le permita un período inter genésico de 18 meses como mínimo, que es lo recomendable por los médicos obstetras para que se pueda iniciar el siguiente embarazo con la paciente ya recuperada del embarazo anterior y se dé bien la crianza de los hijos. Es en política poblacional que

sea también este espaciamiento de los hijos, una estrategia que permita tener menos hijos durante los años fértiles de las mujeres.

Son aproximadamente de 6 a 10 pacientes las que se programan en una semana para las OTB de intervalo, pero quedan sujetas a si hay espacio en el quirófano y si hay personal disponible para realizar estas cirugías electivas que se desplazan a cancelarse o reprogramarse por motivo de existir mas urgencias obstétricas y ginecológicas. En promedio, se realizan 12 OTB tras cesáreas, 8 posparto a la semana, 1 a 2 posaborto al mes, y, eventualmente, de 1 a 2 tras laparotomía exploradora por embarazo ectópico al mes. O sea, no hay un espacio para ellas exclusivamente como para el caso de los varones, ni tiempo ni personal exclusivamente dedicados a la atención de este programa. Tampoco existen redes de apoyo, como en los casos de VSB, así que sólo en este hospital se resuelven cuando se pueden las solicitudes de OTB sujetas a disponibilidad en los únicos quirófanos destinados para ginecología y obstetricia.

### *2.1.3. Diez pacientes en sala de espera para entrar con el jefe de ginecología*

Se entrevistaron a las mujeres que acuden a la jefatura de Ginecología para la programación de OTB y a las pacientes que en posparto solicitan la OTB y no se les realizó, ya que por conveniencia son las que permiten construir los casos típicos que señalan las conductas que observamos y permiten llevar a la construcción de la tesis a probar.

Están en la sala de espera, llegan una a una, se sientan, las atiende la secretaria del jefe de servicio, les indica que no está y qué asunto quieren tratar, y luego les indica tomar asiento, no le saludó a ninguna de ellas, sí las voltea a ver a la cara cuando llegan y luego escribe o sigue haciendo algo cuando les está dando las indicaciones (un miembro del equipo médico da indicaciones y órdenes a las pacientes).

Hay pacientes que se entrevistan con y sin haber sido pasadas con el jefe de servicio. Cuando se les pide permiso para la entrevista, las pacientes están un poco desconcertadas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

al inicio y luego son más participativas y algunas son más elocuentes que otras y pareciera que para ellas es como abrirles una puerta para expresarse.

Al terminar las entrevistas con las pacientes, se entrevista al jefe de servicio que llegó tarde y responde amablemente. Al enterarnos que el médico estaba fuera del hospital en tanto las pacientes esperaban a ser atendidas y que descubrimos por accidente que el jefe había salido a montar a caballo, nos causó reacción de indignación, y así que al final de las entrevistas hay un espacio en que el equipo relata lo que nos causó realizar este trabajo y lo comparamos con lo que reporta el equipo de entrevistadoras el equipo de Castro en Morelos, en que narran que es imposible desvincular la carga emocional de entrevistadores al ver la información vertida durante las entrevistas y el coraje que se genera y que no se puede ser tan frío e imparcial a la hora de recibir información durante las entrevistas y que tampoco no es fácil dejar de sentir empatía por los grupos de mujeres que sufren este maltrato (Castro, 2000).

El maltrato que perciben las pacientes es por el tiempo de espera, pues, en ocasiones, dicen que tiene que regresar otros días porque no siempre fue a la primera vez que acudieron y se les resolvió su problema y que ese tiempo perdido les causa indignación y que es falta de respeto a su persona en la forma que ellas lo perciben.

Al preguntárseles si se sienten violentadas o maltratadas por esto trato, ellas dicen que no, que sólo es falta de respeto, pero su queja central es el tiempo. Pareciera que hay cierta tolerancia al maltrato, puesto que no lo perciben como violencia, sólo como “falta de respeto” aunque se van molestas e indignadas.

Parece que ser mujeres ya les hace ser más tolerantes a esos tratos, y que viniendo del médico no lo ven del todo mal; al respecto dicen: “que así es y así debe ser, que así ha sido siempre”. Sólo hay un caso de una entrevistada que reportó maltrato físico y que incluso relató que el médico abuso en tocarle sus senos y que le dolió los apretones y se sintió ultrajada y que no supo a dónde acudir y que ni siquiera ella pensó en quejarse.

#### *2.1.4. Los casos de las pacientes que en específico acuden solicitando la OTB*

Las pacientes que son programadas para OTB de intervalo están sujetas a disponibilidad de quirófano y del equipo médico para que se les realice tal intervención; y si no, pues pueden ser canceladas para ser reprogramadas a otro día o esperar a ver si hay tiempo después de que se terminen las otras cirugías programadas catalogadas como cirugías mayores y que además dependen de que no existan otras urgencias en el área de obstetricia (cesáreas de emergencia, principalmente).

#### **2.2. El caso de Elena, una paciente que solicita la OTB posparto**

Ella es una mujer de 35 años que ya tiene cuatro hijos, es decir, han sido cuatro partos, este último ocurrió hace 20 horas al momento de la entrevista; dice que tiene hambre y sueño, que está fatigada, no ha comido desde que empezó con los dolores del parto hace más de 30 horas y mismas que ya lleva en el hospital. Fue ingresada con diagnóstico de trabajo de parto y en 10 horas parió al cuarto y último de sus hijos, ya que desea la OTB de posparto y la solicitó desde su ingreso, ya firmó la autorización y comenta que su esposo está de acuerdo con ella, que ya lo habían platicado y que la trabajadora social de su clínica de primer contacto ya les había dado toda la información. Hace horas que pasó a sala de recuperación en espera de que estén los resultados de laboratorio, los cuales ya estuvieron en las seis horas posteriores y que ahora está en espera a que haya tiempo disponible para pasarla a quirófano; por este motivo, no le han dado de comer, ya que le han informado que se necesitan mínimo ocho horas de ayuno para poder ser anestesiada. Han pasado los cambios de turno del personal de médicos y enfermeras y ha habido cesáreas de urgencia, por lo cual el quirófano y los médicos están ocupados y han postergado para cuando haya lugar. “Ella dice que está muy fastidiada”.

Responde a la entrevista cansada y desanimada al darse cuenta que al acercarnos con ella sólo es para una entrevista y que no somos los médicos que la llevarán a operar. Se le nota la desesperanza. Comenta con desánimo lo siguiente: “la gente pasa a su lado y no le dicen nada y que pasa el tiempo y duerme en ratos y despierta por la música de las enfermeras

y que las ve comer y se le antoja mucho la comida y que unos hombres que la llevan (camilleros ) hablan muy fuerte y no saludan y dicen ‘peladeces’ delante de ella y que uno que parecía doctor regañó a otra paciente que estaba a su lado porque la paciente lloraba de dolor y la enfermera fue a buscar al doctor y que cuando el médico llegó la paciente le dijo que tenía mucho dolor ‘alla’bajo’ y que éste le dijo que para que se quejaba si era normal parir con dolor y que siempre las mujeres han sido buenas para parir, y que ahora para que se hacen las delicadas, y que luego alcanzó a escuchar que le dijo a un ‘practicante’, ‘hummmm ni que estuvieran pagando un particular, que exigentes...’ que ya cuando estuvo solo la paciente se puso a llorar muy quedito y que ella la trato de consolar y que fue peor, ya que le dijo a manera de reclamo, que entonces para que eran doctores si no les gusta hacer bien su trabajo y que sí tenían derecho a ser tratadas bien aunque no pagaran particular, que para eso trabajan para tener derecho al seguro”. Al contar esto, la paciente Elena ya estaba aumentando la voz y hablaba más molesta.

Interrumpe el relato y me dice: “¿y sí me van a atender?. Por lo que le digo que vendrá su médico para informarle sobre cuando se hará su OTB. Al terminar la entrevista, busco al médico tratante y en el área de la entrada a la sala de partos, está la ginecóloga terminando de atender a otra paciente y me dice que “ya irá si tiene tiempo” y de paso me dice con ironía que yo quién soy para cuestionarle su trabajo, que si tengo tiempo yo le ayude con la cirugía y que si ya se me olvido, pues “desde que estoy en la universidad...” Se nota la mirada de burla y le contesto que con gusto, que si me lo permite la operaré, y le aclaro que sólo estoy preguntando lo que la paciente desea saber.

A la hora entró la paciente a quirófano y horas más tarde pasó a sala de recuperación y luego a hospitalización. Se egresó 12 horas después y la paciente se fue contenta a casa con su hijo. El marido dijo estar agradecido con Dios y con el Seguro por haber salido bien su esposa, ya que desde que se había aliviado su esposa no le habían dicho que había pasado con la operación de su esposa y que había pensado que algo se complicó y que no le habían querido decir nada, pero que cuando al fin la vio en su cama de hospital la vio viva y bien, con eso ya se tranquilizó. Dice que fue la enfermera quien le informó que ya estaba siendo operada y que se iría en el siguiente turno. Así sucedió.



### **2.3. El caso de Josefina, que re-solicitó la OTB de intervalo**

El caso de ella también es muy rico de información, ya que ilustra lo que se busca en la presente investigación.

Josefina tiene 28 años y ya tiene cinco hijos, todos ellos por partos normales. Cuando ella tenía tres hijos ya no quería tener más. Tenía tres hijas, pero su esposo deseaba un hijo varón, por lo tanto, se decidió que buscaría un siguiente embarazo; a los dos años tuvieron el cuarto hijo que resultó un varón, ya con cuatro hijos, Josefina solicitó la OTB, pero su médico de ella le dijo que lo pensara porque aún era muy joven para pensar en un método quirúrgico definitivo, pues solo tenía 25 años y dice ella que su esposo por eso no quiso firmar el consentimiento de la OTB a pesar que ella ya estaba segura de tener el número de hijos que querían y que ya le había dado gusto a su esposo de darle un hijo varón. Ella dice que estuvo muy disgustada porque ahora fue su esposo quien no la apoyo. Así fue como vino el quinto embarazo. Josefina dice que sintió mucho remordimiento durante el embarazo porque lloraba y su esposo la regañaba con reproches, ya que iba a ser su culpa si le pasaba algo al niño y si salía algo mal era por no estar contenta. Y dice Josefina que le dolía saberse no comprendida y que este último embarazo no sintió alegría. Cuando llegó el parto fue muy rápido y cuando pidió la OTB le dijeron que había mucho trabajo y que la darían de alta para que regresara con el médico a que la programara, así que salió a su casa y regresó al mes a ver al jefe del servicio y le dieron cita en una semana, ya con sus estudio de laboratorio y habiendo firmado su hoja de consentimiento de OTB. Ese día dice, como maldición, que se suspendió su cirugía porque llegaron muchas urgencias y la regresaron a su casa. Además, comentó que moría de rabia y que ya no quería volver a ir al seguro. Al mes regresó a su reprogramación y este día de la entrevista ya tiene cita para la próxima semana. Dice con ironía: “a ver si ésta si ya es la buena”.

## 2.4. Resultados

Primero fueron dos inmersiones en el campo de tipo exploratorio, las cuales ayudaron a identificar a los personajes, los tiempos en que se realizaron las interacciones médico-paciente y los escenarios. De las entrevistas, el común de todas las pacientes es que existe un descontento ante la atención que reciben, hay un enojo que se percibe a simple vista, ya que saben a lo que tienen derecho y que aspiran a una buena atención. El factor tiempo de “espera” para recibir la atención es muy importante, no parece preocuparles el tiempo de la entrevista con el médico pero sí les molesta el tiempo que pasa para poder tener una cita, y también el tiempo de espera que están esperando en sala de espera fuera del consultorio, también le resulta muy ofensivo que al poner una queja, el responsable de atenderles no les reciba ese día y sólo sea una secretaria quien da la cara.

Hay casos en que las pacientes son muy tolerantes y hasta dan ellas mismas una explicación que disculpa a los médicos en su falta de formalidad en atenderles en tiempo y forma, lo cual es contradictorio con la mayoría.

Ellas interpretan que no hay sentido de justicia en la atención que reciben y mencionan que no es ético la manera como son tratadas. Algunas utilizan el fraseo que están pagando por un derecho a una buena atención médica y que no están recibiendo un favor gratuito. Refieren tener miedo a represalias si ponen una denuncia o queja, es más, dicen que no le ven sentido, porque sus quejas no serán atendidas y además no creen que se hará justicia. No tienen fe en las autoridades, ven muy fuerte a la institución ante ellas con sus quejas en un sentido de debilidad. Por ser mujeres se sienten no bien tratadas y sin la fuerza para ser escuchadas.

En un caso se habla de agresión física, la paciente que refiere haber sido tocada en su pecho por parte del médico; las demás dicen sentirse ofendidas y algunas mencionan la sensación de violentadas en sus derechos. Ante la percepción de estas mujeres, es clara la marginación como pacientes a no ser bien tratadas dentro del modelo actual de atención médica, pero aún tenemos el problema que esto no establece la afirmación que exista

violencia de género, ya que no sabemos cuál es la atención que reciben los varones, por lo cual sólo tenemos la evidencia de violencia simbólica a mujeres. Para poder hablar de violencia de género es necesario que exista una falta de equilibrio entre el género y que los varones recibieran mejor atención médica en este programa que las mujeres; por esta razón, se decidió investigar cómo es la atención médica en hombres y mujeres en este programa. Tenemos un buen problema, solo se evidencia violencia simbólica a mujeres, pero no violencia de género.

Explorando por observación, nos percatamos que el sub-programa de metodología anticonceptiva de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y de Vasectomía muestra un desequilibrio en la atención de las mujeres frente a lo que reciben los hombres. Ello dio origen a la necesidad de profundizar algunos aspectos de la investigación que arrojaron algunos resultados.

Las pacientes de OTB se programan cada semana: dos intervenciones diariamente. Ellas ingresan en la mañana, se preparan y se pasan a sala de espera hasta cuando el médico que las va a operar esté disponible.

Estas pacientes mujeres están supeditadas a esperar el tiempo quirúrgico, es decir, que esté el médico libre, el quirófano disponible y el equipo quirúrgico listo para que ingrese a la sala de operaciones y, finalmente, pase a sala de recuperación y pueda ser egresada en horas a su domicilio con las indicaciones y recetas correspondientes. Es un proceso de cirugía ambulatoria.

Uno de los problemas a los que se enfrentan estas pacientes es que deben esperar a que en el único quirófano esté disponible para que se les pueda realizar la OTB, pues es el mismo de las cesáreas y cirugías de urgencia. Ante la demanada de cirugías de urgencias, éstas son relegadas a segundo término. Además, existe un menosprecio de los médicos, ya que prefieren hacer cirugías mayores a cirugías menores, a dar prioridad a las urgencias obstétricas y ginecológicas y lo menos urgente queda pendiente y pasa de un turno a otro y la paciente algunas veces no es informada de lo que sucede, sólo transcurre el tiempo y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con ello su incertidumbre. Las autoridades dejan pasar esto sin tener un remedio, puesto que esto se repite semana tras semana, y sabiendo que sólo hay un quirófano para urgencias, se siguen programando pacientes para OTB; si el siguiente turno no se pueden operar las pacientes deben ser egresadas y esperar otro día a ver si hay un espacio de tiempo en quirófano en la cual puedan ingresar a ser operadas.

En este momento las pacientes han sido entrevistadas y sus respuestas son contundentes: tienen miedo, están molestas por la falta de atención que alguien les de información, están preocupadas y angustiadas por la familia que han dejado en casa y no tienen comunicación con su familiar que está afuera esperando y también esta muchas de las veces sin información sobre que es lo que pasa dentro del hospital. Aparte, está la condición de que están acostadas por más de ocho horas en una camilla o sentadas en una silla con una bata que es lo único que cubre su desnudez.

Dicen sentirse vulnerables; hubo un día en los que el área de sala de recuperación donde estaban ellas esperando pasar a quirófano, se llenó tanto de pacientes que las tuvieron que pasar a la sala de espera con su bata únicamente y sentarse en unas bancas donde estaban las pacientes, junto con sus esposo, que esperaban entrar al consultorio de urgencias. Estas mujeres se sintieron vejadas por estar semidenudas, ya que sólo las cubría una bata. Todas niegan saberse vistas con malicia por parte de estos varones, pero aun así les incomodaba saberse semidesnudas ante hombres desconocidos.

En el mejor de los casos, pasan a quirófano para que se le practique la OTB y salen a sala de recuperación y en pocas horas, si todo está bien, reciben alimento para después irse a su casa.

El 45% se van a casa con la indicación de regresar nuevamente con el jefe de servicio a ser reprogramadas. Algunas no regresan y estarán en riesgo de un embarazo, siendo que ya no lo desean más, puesto que por paridad satisfecha han asistido a ser programadas para la OTB. Las que regresan a ser reprogramadas corren el riesgo de que no se les realice la OTB. Las que acuden reprogramadas van muy molestas y algunas de ellas con actitudes

amenazadoras, diciendo que llamarán a algún medio de comunicación o harán un escándalo, y lo cierto es que sí consiguen llamar la atención y de una u otra forma se les realizan la OTB. Se ha creado un incentivo para médicos y enfermeras para que se esfuercen en realizar el mayor número de OTB, ya que por indicadores se mide la eficiencia del sistema médico del IMSS. Este incentivo ha sido por temporadas, el de ofrecer a los médicos y enfermeras que de cada 10 OTB que realicen se les da un día de descanso extra. No ha sido muy aceptado por la mayoría de los médicos ni de las enfermeras, dicen que ya tienen suficiente trabajo y que ese estímulo no les agrada.

En relación con el tema de la vasectomía, los hombres han sido históricamente más reacios en la participación de la planificación familiar, comparados con las mujeres que han demostrado ser más participativas en la anticoncepción.

Las estadísticas son muy contundentes, hay más OTB que vasectomías. Por esta razón, cuando hay varones interesados en la vasectomía, se ha procurado atenderles con más esmero para evitar que sean candidatos no aceptantes de vasectomía. Se ha hecho la estrategia de tenerles un personal capacitado exclusivamente para vasectomía, un quirófano exclusivo y un proceso bastante rápido, seguro y eficaz.

Un varón que solicita información se le da ese mismo día, y si él gusta esa misma semana puede ser programado y con toda la orientación que requiera.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 10 se cuenta el día martes como exclusivo para vasectomías: se programaron cuatro ese martes, cuatro a la semana y se realizaron al cien por ciento. Asimismo, existe la red de cooperación con otras instituciones que si un paciente no alcanza a ser programado esa semana o él paciente varón desea ser operado otro día de la semana, este paciente, para que no pierda su intervención, se canaliza a otra unidad para que sea operado el día de la semana que él guste, y regresa a continuar con su atención al IMSS. Este modelo de atención tiene el cien por ciento de eficiencia terminal a diferencia de 65% en las mujeres aceptantes de OTB.

Los cuatro hombres entrevistados refieren estar muy satisfechos por la rapidez, eficiencia y el buen trato recibido, ya que pronto se encuentran en casa a pesar de la convalecencia. Los médicos refieren estar trabajando por más de 20 años en este programa, porque reciben buen trato de las autoridades del IMSS, así como de los pacientes y sus familiares.

Las autoridades, al opinar sobre este programa, dicen sentirse muy halagados por la aceptación de los varones y saber que están ofreciendo un servicio óptimo y de calidad para los varones que desean la vasectomía. Han tenido sólo tres casos en los años que llevan de experiencia al ofertar las vasectomías sin bisturí. Recibieron quejas por parte de tres pacientes que interpusieron demanda médico legal, ya que sus esposas quedaron embarazadas después de haberseles practicado, pero que legalmente no progresaron, dado que se demostró que tuvieron sexo sin protección con sus esposas y que se les había dicho que no podían tener relaciones sexuales antes de los 3 meses de ser egresados con previa espermatobioscopia negativa. Además, en los tres casos, el embarazo ocurrió por no usar condón antes de ese tiempo y por lo cual las demandas no progresaron y el programa a nivel IMSS es un éxito por tener la meta cumplida al cien por ciento.

¿Por qué el programa de OTB no opera y funciona igual de eficiente que el programa de la Vasectomía? ¿Por qué a las mujeres no se les optimiza el trato como a los varones? ¿Por qué las mujeres aceptan el trato que están recibiendo para ser atendidas en el programa de OTB? ¿Será que si las mujeres fueran igual que los hombres de poco cooperadores con la planificación familiar, se les trataría igual con la misma celeridad? ¿Es porque aguantan más las mujeres y que han demostrado que son más comprometidas con la anticoncepción de OTB, y que se abusa de su tolerancia por parte de médicos y autoridades que procuran este servicio?

Por lo pronto, hemos encontrado evidencia de que no hay equidad de género en el programa de Salud reproductiva y esto al discutirse, se demostrará que es una violencia de género simbólica y que por la participación de responsabilidad de una institución que debe velar por cubrir este derecho humano a la salud reproductiva la convierte en Institucional.

## **2.5. Análisis de documentos descriptivos de la institución sobre política en materia de Salud reproductiva**

Se analizaron los discursos en los cuales se fundamenta el ideario político institucional para marcar la directriz principal del Plan Nacional de Desarrollo del cual ahora están insertas todas las acciones de políticas públicas de salud y se aterrizan en el ámbito hospitalario. Con esto se busca la transversalidad en la relación médico-paciente, encontrando los siguientes hallazgos:

- Misión y visión y valores de la institución, derivan del equipo directivo de la unidad que formulan la imagen que desean proyectar ante la sociedad.
- Las estrategias que sigue la dirección del hospital están enfocadas a cubrir metas impuestas a nivel directivo central nacional.
- El sindicato media las acciones de la parte directiva en la supuesta vigilancia de los intereses de los trabajadores.
- Los médicos perciben acciones de la parte directiva que influyen en sus acciones

### *2.5.1. La teoría sobre políticas públicas en materia de Salud reproductiva*

Los casos típicos que se presentan han sido seleccionados por conveniencia, por mostrar las características que permiten ilustrar el punto central de la violencia de género en materia de Salud reproductiva.

La participación de los hombres es apenas una décima parte de lo que hacen las mujeres (comparativo de los reportes anuales de México, INEGI de 2002 a 2007). También llama la atención cómo el modelo institucional que oferta esta institución de salud sobre la VSB se califica como óptimo al cumplir el cien por ciento de lo programado, como las estrategias que han implementado para ser atractivos por los hombres usuarios de este programa y resultar cualitativamente de satisfacción para los hombres usuarios. En comparación con lo que se ve en el proceso de las pacientes mujeres que solicitan la OTB, no se cumple lo programado y cualitativamente las mujeres están en gran desventaja,

dejándose ver en los casos típicos que no están satisfechas con el trato que reciben durante el proceso de la procuración de este servicio. A las mujeres les resulta muy largo el proceso de la procuración de la OTB y no cómodo y sí penoso como en esos casos de largas esperas y sin certeza de recibir la atención médica. Además, es notorio que no hay un compromiso institucional de cumplir con los compromisos de la anticoncepción, como se dice de estar bajo toda la serie de lineamientos derivados de las políticas públicas internacionales, las nacionales y las institucionales, en velar por la Salud Integral de la Mujer.

Es un descuido muy ostensible que hace la institución en no cumplir con estas políticas públicas. Además es una falta de respeto hacia las mujeres al violentarles un derecho constitucional que tienen y que deben de recibir por parte de la institución a la que son derechohabientes, en un programa nacional prioritario en materia de salud reproductiva.

#### *2.5.2. La participación del hombre en la anticoncepción*

En todos estos años, desde 2002 hasta 2012, la proporción es de una vasectomía por 10 OTB a nivel nacional, siendo mucho más la participación femenina sobre la masculina en la anticoncepción definitiva.

En el caso particular de los hombres, en el IMSS se hicieron en un año la VSB entre las siguientes edades: de los 22 a los 49 años, siendo más los hombres que están en la edad de entre los 27 y 37 años de edad, con una paridad satisfecha a los tres hijos en promedio

#### *2.5.3. La participación de la mujer en la anticoncepción*

Es muy importante la participación de las mujeres en la anticoncepción, diez veces más que la del hombre, según lo reportado por el INEGI sobre métodos definitivos. Seguramente, la explicación sea porque es del orden biológico que por llevarse la gestación en ellas, sea la razón por la cual recae en que son ellas las que sienten más natural la necesidad de la protección anticonceptiva y esta misma razón es la que hace que el hombre se desvincule de su responsabilidad en la reproducción en la pareja, como dicen



muchas pacientes: “como una es que queda en estado, pues una es la que más se friega”, “los hombres como no padecen, pues una es la que carga con todo el paquete”, al asumirse las mujeres como las destinadas al embarazo, pues sientes que en ellas en el deber de cuidarse, aunque en otros casos el discurso se encamina a decir que si no se cuidan ellas al rechazar la anticoncepción es porque dicen que “su marido las cuidará” o “que sus maridos no le dan permiso para usar nada”.

Por los riesgos elevados que tiene la falta de anticoncepción y estar en continuo proceso reproductivo, el riesgo de presentar complicaciones se eleva y, por lo tanto, la probabilidad de morir en la gestación o en el período alrededor del parto es alta. Es el discurso médico el que señala estas evidencias y, por lo tanto, se hace la necesidad de que toda mujer con vida sexual activa y con posibilidad de embarazo, sea usuaria de algún método anticonceptivo, sea temporal para retardar el nacimiento del primer hijo o espaciar entre los nacimientos de uno y otro hijo, así como una vez con paridad satisfecha y no desear más hijos ser usuarias de métodos definitivos, donde en la mujer será indicado realizarse la OTB o en el hombre que consciente de esta decisión sea quien colabore con la VSB, teniendo por resultado el ejercicio de una vida sexual libre de posibilidad de embarazo ya no deseados y así la mujer esté libre de riesgos derivados por la gestación, como son las complicaciones perinatales y la muerte materna.

#### *2.5.4. Riesgo de muerte durante la etapa reproductiva en las mujeres, como la razón primordial que justifica la presencia del programa de Salud reproductiva*

La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, excluyendo las causas accidentales e incidentales. La TMM para cada año en específico incluye las muertes durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo. Para el año 2008, la tasa registrada fue de 85% y para 2010 bajó a 50%, según lo reportado por el INEGI en 2011. El riesgo de reproducción de los hombres no existe.

### *2.5.5. La Salud reproductiva en México*

Históricamente, en la búsqueda de los antecedentes políticos que norman la Salud reproductiva, se extraen los fragmentos más relevantes que nos ponen al tanto de cómo son las actuales políticas públicas.

En la década de los cincuenta y sesenta del siglo anterior, el papel de la mujer era socialmente más representativo como madre. Los servicios de salud de la mujer se fueron incrementando para fomentar la cobertura nacional con un notable crecimiento de servicios de salud materno-infantil.

Para la década de los setenta, con la exploración demográfica que experimentó el país, se crearon los servicios de planificación familiar para tener mayor control prenatal con el famoso eslogan publicitario de entonces: “La familia pequeña vive mejor”. En las políticas públicas hay una disyuntiva entre población y desarrollo, con lo cual se crearon campañas masivas de control de la natalidad. Esta política conlleva a elevar a rango constitucional la planificación familiar al modificarse el artículo 4° constitucional, la creación de la Ley General de Población, el Consejo Nacional de Población y la Coordinación General de Planificación Familiar.

Por las críticas en respuesta de diversos grupos conservadores e ideológicos en la década de los ochenta, se rediseñaron las políticas públicas basadas en responder a las necesidades de los individuos y, posteriormente, a estar dentro del contexto de los derechos humanos. Aparece también el fomento a que la cultura de los hombres debe compartir la responsabilidad de la planificación familiar y de la crianza de los hijos. Y para las reuniones cumbre, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994, es que hay una tendencia a fomentar la autonomía de la mujer, eliminar la desigualdad y la discriminación por género promoviendo la equidad. Además, se da un reconocimiento de necesidades específicas de niñas, adolescentes y jóvenes. Se adoptan en estas políticas internacionales dentro del marco de derechos humanos a la Planificación

Familiar a la detección oportuna y su manejo de la Infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención del síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida (VIH), el derecho a la elección de la sexualidad humana, relaciones entre los géneros, salud y derechos de los adolescentes, y la libre decisión y responsabilidad reproductiva.

Estas reuniones cumbres son un exhorto a los Estados a adoptar medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad, el acceso universal a los servicios de salud, incluidos los relacionados con la Salud reproductiva.

En México, la respuesta es la creación de la Dirección General de Salud reproductiva. En el año 2001, el gobierno federal creó el programa “Arranque Parejo en la Vida” que pretende asegurar la mejor atención a la madre y el recién nacido durante la gestación, el parto, el puerperio y el niño en los primeros años de vida.

Para el 6 de enero de 1995, se publicó la NOM-007-SSA2-1993, con el fin de atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

#### *2.5.6. Objetivos del Desarrollo del Milenio*

En septiembre de 2002, el gobierno de México y 188 estados miembros de la ONU suscribieron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde una de las metas del objetivo 5 era mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75% para el año 2015, respecto de los niveles reportados de 1990. En resumen, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, 2000 son:

- ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- ODM 2. Lograr la educación primaria universal.
- ODM 3. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
- ODM 4. Reducir la mortalidad infantil.
- ODM5. Mejorar la salud materna.
  - 5. B. Acceso universal a la Salud reproductiva.
- ODM 6. Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- ODM 6. Asegurar la sostenibilidad ambiental.
  - ODM 8. Desarrollar alianza global para el desarrollo (Conferencia Internacional Las Mujeres Dan Vida, 2007).

Finalmente, como estrategia para disminuir la mortalidad materna, se ha declarado que el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y el derecho a la práctica del aborto seguro, sirvan para este fin.

#### *2.5.7. Plan Nacional de Desarrollo*

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el Apartado 3.2 Salud, específicamente en la Estrategia 7.1, plantea avanzar hacia la universalidad en el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional y programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El consenso de las agencias intergubernamentales (UNFPA, UNICEF, OMS, OPS Millenium Project) coinciden como trabajo de expertos en que hay tres intervenciones que reducen la mortalidad materna en el corto plazo:

- Planificación Familiar, APEO.
- Atención del parto por personal calificado.
- Atención emergencia obstétrica.

#### *2.5.8. Magnitud de la mortalidad materna en México*

Se presentan 2.1 millones de embarazos cada año. Cerca de 250 a 300 mil tienen complicaciones y de estas 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas. Fallecen, anualmente en promedio 1,000 mujeres 995 en 2010, 955 en 2011. La meta de los ODM es llegar a 417 en el 2015

Los estudios por parte de los Comités de Mortalidad Materna arrojan datos interesantes, como el que dice que 80% de las defunciones maternas son prevenibles. También, una

repercusión grave de impacto social es que estas cifras de mortalidad materna ocasionan 3 mil huérfanos cada año debido a la pérdida de sus madres.

Las repercusiones sociales derivadas de la muerte de la madre son la desintegración de la familia, ya que los huérfanos quedan expuestos a un elevado riesgo de enfermar y morir, la hija mayor asume las tareas maternas truncando su propio proyecto de vida, las hijas adolescentes quedan expuestas al abuso sexual y al incesto, tendencia de los hijos a la deserción escolar y su consecuencia tardía es el pobre desempeño laboral de los futuros adultos (Langer y Hernández, 1998).

#### *2.5.9. Muertes maternas en Aguascalientes, en los años 2005-2012*

Se percibe que es constante el número de las muertes maternas, ya que en el año 2005 se reportaron siete; en 2006, doce; en 2007, cuatro; en 2008, nueve; en 2009, trece; en 2010 diez; en 2011, cinco; y en 2012, trece (SEED, 2005-2012 AGUASCALIENTES).

##### *2.5.9.1. Causas de muerte materna*

Según la OMS (2005), en su informe de causas de muerte materna en el mundo menciona las hemorragias en el post parto (25%), las infecciones relacionadas al embarazo y parto (15%), los trastornos de hipertensión asociados al embarazo (12%) y las complicaciones por aborto (13%), motivo por el cual la selección de casos de estudios se buscan de acuerdo y a conveniencia sobre estas causas de muerte materna para ilustrar los casos políticamente convenientes. (Véase la tabla de anexos, con el fin de ver otras causas de muerte menos frecuentes).

Históricamente en México, los esfuerzo de los diversos gobiernos para disminuir la mortalidad materna no son siempre exitosos, ya que existen determinantes que no forman parte de las responsabilidades del Sistema de Salud, como la desigualdad social y la exclusión de la seguridad social. Por esta razón, se desarrollan en los planes de gobierno iniciativas o reformas que intentan contribuir en mejorar el desempeño del Sistema de

Salud en relación con la salud materna (actualmente, se llama Seguro Popular, 2007), como el Programa Oportunidades que actúa en poblaciones de escasos recursos y propone la implantación de algunas líneas estratégicas de acción entre las que destacan, la prestación de servicios de salud a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

#### *2.5.10. Servicios de Planificación Familiar*

En el siglo XX, el gobierno mexicano ha tenido como política de estado la planificación familiar. Durante las tres últimas décadas, la cobertura anticonceptiva se amplió de manera significativa. De 1997 a 2006 el porcentaje de mujeres que regulaban su fecundidad se redujo de 45 a 39%. Pero la cobertura de aceptantes de un método anticonceptivo en el posevento obstétrico 2000-2010, registrado en la Secretaría de Salud, mostró tendencia al aumento, lo que confirma que el embarazo y el parto son oportunidades para captar y ofertar la metodología anticonceptiva. El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos para el año 2009, en el caso de Aguascalientes, es de 71.7%, lo cual está dentro de la media nacional (CONAPO, 1976-2009).

Asimismo, se diseñó como estrategia para combatir la MM, el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de Emergencia Obstétrica un camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud; con la firma del Convenio General 2009, se proveen los servicios con la mayor oportunidad y capacidad resolutive necesaria a todas las mujeres que presenten una emergencia obstétrica sin importar su afiliación. Dentro del apartado de Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, la Guía Estratégica menciona los tres retardos o demoras que determinan una muerte materna, mismo que orientaron para la selección de casos políticamente convenientes sobre muertes maternas, y es el factor “tiempo” el más valioso para la interpretación de hechos en los estudios de casos y es el parámetro que se repite siempre a la hora de sacar la variable axial. Estas demoras hablan sobre el retardo de tomar la decisión de búsqueda de atención, la segunda demora es en llegar a un establecimiento adecuado y la tercera demora es la de recibir el tratamiento idóneo. Estas tres demoras

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tienen la condicionante de “tiempo” y ésta es la que determina la instalación del riesgo de muerte en las mujeres en etapas reproductivas.

Por otra parte, la Planificación Familiar se justifica cuantitativamente porque se ha visto que con las estrategias eficaces para disminuir la mortalidad materna, ha sido asociada a la disminución de la fecundidad con la disminución hasta en 25% la mortalidad materna. Una actividad desarrollada por el personal de Enfermería es la consejería en planificación familiar, que orienta a las mujeres para tomar la decisión libre y responsable sobre el número de hijos y el espaciamiento entre cada uno de ellos. Cuando nace la o el niño hace un seguimiento y control de su desarrollo

#### *2.5.11. Riesgo reproductivo*

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria, considera como punto de partida que las mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna y/o fetal mayor que otras. La identificación de estas características puede prevenir la muerte, y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más los necesitan.

##### *2.5.11.1. El papel de la mujer en asumir el compromiso reproductivo*

El riesgo de reproducirse en edades y tiempo no adecuados para las mujeres es de más exposición a infecciones que predisponen el desarrollo de cáncer cervicouterino y de más riesgo de muerte materna por las tres causas que por frecuencia complican el embarazo, el parto y el puerperio, que son estados hipertensivos, hemorragias obstétricas e infecciones peri parto. Y de no reproducirse, también las mujeres tienen mayor incidencia de cáncer de mama y de ovario; es decir, que de cualquier forma las mujeres tienen una condición biológica en desventaja en relación con la salud de los hombres en los cuales

los riesgos reproductivos sólo se relacionan en adquirir infecciones, pero por reproducirse o no, no existen riesgos en la salud de los hombres.

#### *2.5.11.2. El papel del tiempo en la atención de Salud reproductiva (paradigma ideal)*

La salud de las mujeres está relacionada con la reproducción en las edades de 18 a 35 años, en los cuales están más libres de presentar desórdenes genéticos en los hijos y estar en las edades en que estadísticamente hay menor riesgo de enfermedad y muerte por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Económica y socialmente dado la influencia del ingreso de las mujeres en el mercado laboral y escolar y lograr la estabilización e independencia económica, se propone que son las mujeres entre 25 a 35 años las que están en un nivel óptimo para la reproducción y la crianza de sus hijos.

Para el hombre genéticamente es mejor que se reproduzca entre las edades de 18 a 50 años en las que se supondría estar genéticamente más apto para la descendencia, pero son las expectativas sociales, económicas, laborales y culturales las que dan mayor influencia en que los hombres determinen su edad de reproducirse.

El tiempo esperado para que las mujeres esperen entre un embarazo y otro se supondría por cuestiones médicas sería mínimo 18 meses de período intergenésico, ya que es lo que se observa como el tiempo necesario para que una vez finalizada la gestación anterior el organismo materno esté en condiciones óptimas para iniciar otro evento reproductivo.

Por la dinámica familiar se supondría que se recomienda que este período intergenésico sea de tres años, es decir, que las mujeres no se embarazarán al menos durante dos años después de terminar una gestación para que cuando nazca el siguiente hijo el anterior tenga alrededor de tres años, que es una edad del hijo en que es menos dependiente de la madre y ésta se pueda dedicar más a su maternidad siguiente y además esté su hijo de 3 años que es más sociable con el resto de la familia y menos dependiente de la madre, controla esfínteres y puede comer solo sin la ayuda de alguien. Y por tener más independencia es menos probable que presente regresión de las habilidades ya aprendidas: el uso de pañal



por no controlar esfínteres y regresar al uso del biberón por imitación del hermano menor que recibe ahora atenciones y que por desplazamiento compite en llamar una vez más la atención al volverse una vez más dependiente de su madre.

### *2.5.11.3 El tiempo de atención de OTB y VSB*

¿Por qué a los hombres se les atiende mejor que a las mujeres? O ¿por qué a las mujeres no las tratan igual de bien que a los hombres? La serie de eventos desafortunados en Salud reproductiva parten de no usar anticonceptivos.



## CAPÍTULO 3. VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

### 3.1. Etnografía del campo: estudio de un caso extremo

### 3.2. El caso de Rocío. Un caso altamente representativo de violencia de género institucional

Se presenta un resumen del caso, luego se muestra lo que se hizo contrastando con lo que se debió hacer y de ahí salen las fallas de la atención institucional y los rasgos de violencia institucional

#### 3.2.1. Resumen clínico de caso extremo

Nombre: RSSZ

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Fecha: 5 de febrero de 2013

Servicio: Gineco-obstetricia del IMSS Hospital General de Zona N° 2

**Antecedentes heredofamiliares:** Madre y abuela con hipotiroidismo.

**Antecedentes personales no patológicos:** Paciente originaria y residente de Aguascalientes. Casada, escolaridad de preparatoria incompleta. Ama de casa. Profesa la religión católica. Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios de agua, luz y drenaje, sin hacinamiento ni promiscuidad. Baño y cambio de ropa cada tercer día. Alimentación: buena en cantidad y calidad. Grupo sanguíneo: 0, RH: +

**Antecedentes personales patológicos:** Niega quirúrgicos, transfusionales, traumáticos, alergias, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías.

**Antecedentes Gineco-obstétricos:** Primera menstruación a los 12 años, ciclos menstruales cada 30 días con 4 de duración, este es su primer embarazo, inició vida sexual activa a los 16 años. Número de parejas sexuales: 2.

Su pareja actual tiene 22 años de edad, bodeguero, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas, se encuentra en aparente buen estado de salud. Niega uso de método de planificación familiar, niega detección de citología cérvico vaginal (prueba del cáncer cervicouterino). Fecha de ultima regla: 16 de septiembre de 2012, fecha probable de parto: 23 de junio de 2013, por lo tanto tiene un embarazo de 20.2 semanas, equivalente a la mitad del tiempo normal de un embarazo.

**Embarazo actual:** Ausencia de la menstruación con prueba de embarazo positivo el 20 de octubre de 2012. Inicia control prenatal en noviembre, acudiendo a 4 consultas, con toma de ácido fólico desde la primera visita. Se realiza ultrasonido el 20 de enero de 2013 con reporte de malformaciones fetales (higroma quístico y ascitis), el 1 de febrero de 2013 se realiza otro ultrasonido, el cual reporta 20 semanas con placenta grado I, posterior, líquido amniótico normal e hidroencefalocele posterior y occipital, hidrotórax y ascitis. Refiere infección de vías urinarias en el tercer mes de gestación con tratamiento a base de ampicilina.

**Padecimiento actual:** Paciente femenino de 18 años de edad, primigesta, quien acude a su control prenatal de embarazo de 20.2 SDG con antecedente de malformaciones del producto único vivo, higroma quístico, por lo que se refiere al servicio de ginecología y obstetricia. Actualmente, se encuentra sin actividad uterina ni STV.

**Exploración física:** TA: 125/74mmHg. FC: 86x'. FR: 20x'. Talla: 1.59m. Peso: 51.5kg. Paciente en buen estado general, abdomen con útero grávido con FCF de 158x', extremidades sin edema ni alteraciones.

**Diagnósticos:** Paciente femenino de 18 años de edad, G:1, Embarazo 20.2SDG por FUM + producto con hidroencefalocele, hidrotórax y ascitis.

**Plan:** Ultrasonido urgente y pase al comité de bioética por solicitud de interrupción del embarazo, ya que el hijo tiene múltiples malformaciones que no son compatibles con la vida y no es necesario continuar un embarazo de alto riesgo para la madre. Dado que es mal pronóstico para el hijo y de alto riesgo para la madre si continua embarazada.

**Evolución 19/02/13:** Se realiza una valoración por trabajo social solicitada por el Comité de Bioética, trabajo social se reporta que la paciente pertenece a familia nuclear en etapa familiar inicial, de procedencia urbana e ideología tradicional, con roles definidos, existe una relación de pareja con poca comunicación, sin embargo, la pareja de la paciente no acepta la situación de su bebé, él refiere que él quiere que su esposa cumpla con su período de gestación con la esperanza de que el bebé nazca bien. Esta pareja recibe apoyo moral, físico y afectivo de sus familiares de origen. Se deriva a además al servicio de Tanatología para el apoyo necesario y se espera que el caso a cargo del comité de Bioética emita una respuesta sobre la interrupción del embarazo. Se le informa a la pareja sobre los riesgos físicos, morales y afectivos. **03/03/13:** La paciente se encuentra en protocolo de estudio para descartar trastorno secundario a proceso infeccioso, por lo que se solicita un ecocardiograma para valoración y seguimiento de probable cardiopatía materna. **19/03/13: paciente ya con 26.2 SDG:** La paciente define que acepta el embarazo hasta su término o complicación, desiste de evacuación temprana del embarazo, ya que el comité no resolvió aún nada sobre la terminación o no del embarazo. Ella percibe movimientos fetales normales. A la exploración física, se encuentra con signos vitales normales, fondo uterino aumentado de volumen en relación con la edad gestacional con FCF 146x'. Se realiza la prueba de ELISA para identificar Ac Antiparvovirus B19 (Ig G e IgM), ambas pruebas negativas. **30/03/13: 12 hrs.** la paciente inicia con trabajo de parto prematuro pero con un volumen uterino como el equivalente a un embarazo ya de término de 40 semanas, y por lo tanto, presenta dificultad para respirar motivo por el cual ingresa al servicio de Urgencias Obstétricas. Se reporta la paciente muy delicada.

**Planificación familiar:** aceptó uso de hormonal inyectable y preservativo para cuando termine este embarazo y esperar el siguiente embarazo.

### 3.2.2. Ingreso a Tococirugía

**Signos vitales:** TA: 116/78mmHh. FC: 86x'. FR: 20x'. T: 36.6 °C.

Paciente femenino de 18 años de edad, primigesta, con embarazo de 27.6 semanas. Se encuentra consciente, normohidratada, eutérmica. Abdomen globoso por útero gestante con FU de 31 cm. Presentación cefálica, situación longitudinal y posición derecha, FCF 118x'. Cérvix central, blando con 2 cm de longitud, 1 cm de dilatación, sin borramiento. Contracciones uterinas: 5 en 10 minutos. Presenta hemorragia transvaginal y dolor. Tarnier y Valsalva negativos. Extremidades inferiores con edema (++), pulsos periféricos presentes, llenado capilar normal (1-2s).

IDX: Embarazo de 27.6SDG + Bradicardia fetal + Hidrops fetalis, hidrocefalia, ascitis e hipoplasia pulmonar + Polihidramnios + TP fase latente.

Plan: conducción de trabajo de parto.

#### **30/03/13. 20:30 hrs. (8 horas posteriores)**

TA: 116/78mmHg. FR: 20x'. FC: 80x'. T: 36.5°C.

Refiere hipomotilidad, actividad uterina con buen estado general, FCF de 121x', cérvix 1-2 cm y 70% de borramiento, resto sin alteraciones. Se vigila el trabajo de parto, el cual evoluciona muy lento.

#### **30/03/13. 22:00 hrs. (90 minutos posteriores)**

TA: 116/78mmHg. FC: 86x'. FR: 20x'. T: 36.5 °C. FCF de 142x'.

Al momento refiere actividad uterina irregular, disminución de movimientos fetales, sin pérdidas transvaginales. Cérvix anterior con 2 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas íntegras, producto libre, miembros inferiores con edema ROTS normales.

#### **31/03/2013. 08:45 hrs. (casi 11 horas después).**

TA: 100/60. FC: 100x'. FR: 20x'. T: 36 °C.

Actividad uterina irregular, hipomotilidad. FCF de 138x', cérvix 2 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas íntegras, hay poca progresión del parto.

Nota: no hay reporte del estado emocional de la paciente.

**9:00 hrs.:** No se detecta FCF, se solicita USG para corroborar diagnóstico. Se informa a la paciente que su hijo ya está muerto.

**18:00 hrs.:** 9 horas después se hace un ultrasonido que identifica producto intrauterino, único, sin vitalidad, en situación longitudinal, cefálico. Óbito de 29.2SDG, peso aproximado de 2578gr, ILA 30, placenta corporal lateral izquierda.

**01/04/2013 07: 15 hrs. dos días después**

TA: 91/52. FC: 20x'.

Femenino de 18 años G1 + Embarazo de 28SDG + producto con múltiples malformaciones + PPTPFC, al momento sin movilidad fetal ni FCF, en espera que mejore el trabajo de parto, paciente asintomática (no se proporcionan datos de la condición emocional de la paciente).

Plan: Se indica dieta líquida, solución Hartman 500cc goteo rápido, Sol. Glucosada 10% goteo rápido, Sol. Hartmann 1000cc + 10 U de oxitocina a 10gotas por minuto, Butilhioscina IV e IM y vigilancia de actividad uterina.

**11:15 hrs.:** Se administra una tableta de Misoprostol vía vaginal + una tableta de 200mg V.O.

**11:25 hrs.:** La paciente pasa a la sala de expulsión, se coloca en posición ginecológica. Se procede a colocar espejo vaginal para localizar cuello cervical y administrar misoprostol una tableta triturada en gel; asimismo, se indica una tableta vía oral y se agrega Solución glucosada a 5% 1000cc + 40 UI de oxitocina a 20 gotas por minuto.

**17:45 hrs.:** Nota de anestesiología: se le aplica analgesia obstétrica, método BAD L3-L4 (Bupivacaina 15mg 0.125% + Fentanil 100mcg PRN) sin eventos adversos.

**22:00 hrs:** Nota posparto: (60 horas después desde su ingreso). Paciente en sala de expulsión con borramiento y dilatación completas, se realiza asepsia de la región genital y colocación de campos estériles, se atiende parto eutócico, se realiza episiotomía medio lateral. Se obtiene producto único "muerto" en presentación cefálica del sexo masculino con peso de 2,700 gramos y de 27 semanas. Se pinza y corta cordón umbilical, se pasa producto a enfermería. Se realiza alumbramiento espontáneo, placenta completa con

cotiledones friables (se envía a patología). Posteriormente, se realiza revisión de cavidad. Se comprueba integridad de canal de parto, se realiza episiorrafia, se verifica hemostasia y se limpia región.

Complicaciones: ninguna

Hallazgos: producto único muerto en presentación cefálica del sexo masculino con peso de 2,700 de 27SDG, múltiples malformaciones. Placenta completa con cotiledones friables, se manda a patología.

Sangrado: mínimo.

MPF: ninguno.

### **Indicaciones**

1. Ayuno, progresar a blanda pasado el efecto anestésico.
2. Solución glucosada a 5% 1000cc + 20 UI de Oxitocina para 6 hrs., continuar con solución Hartman 1000cc para 8 hrs.
3. Medicamentos:
  1. Metamizol 1gr IV lento y diluido previa TA.
  2. Paracetamol 500mg VO cada 6 hrs. PRN.
  3. Cefotaxima 1gr IV cada 8 hrs.
  4. Ranitidina 1 ampolleta IV cada 12 hrs.
  5. Metoclopramida 1 ampolleta IV cada 8hrs PRN.
4. Medidas generales:
  1. CGE y SVPT.
  2. Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina.
  3. Pase a piso.

### **02/04/2013. 07:00 hrs.: Encamados (tercer día)**

TA: 93/45mmHg. FR: 20x'. FC: 90x'. T: 36.5 °C.

Paciente femenino de 18 años de edad, G:1 P:1 (óbito), que ingresa al servicio con diagnóstico de puerperio fisiológico. Se refiere asintomática. Postrada, tranquila, cooperadora, neurológicamente íntegra, con palidez de tegumentos (+), normohidratada, abdomen blando, depresible, sin megalias ni puntos dolorosos, adecuada involución

uterina, loquios hemáticos escasos no fétidos, resto sin alteraciones. Continuamos mismos fármacos e inicio de vía oral.

### **Indicaciones**

1. Dieta blanda.
2. Solución Hartman 1000cc para 8 hrs.
3. Medicamentos:
  1. Metamizol 1gr IV lento y diluido previa TA.
  2. Paracetamol 500mg VO cada 6hrs PRN.
  3. Cefotaxima 1gr IV cada 8 hrs.
  4. Ranitidina 1 ampolleta IV cada 12 hrs.
  5. Metoclopramida 1 ampolleta IV cada 8 hrs. PRN.
  6. Bromocriptina tabletas 1 cada 12 hrs.
4. Medidas generales:
  1. CGE y SVPT.
  2. Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina.
  3. Reportar eventualidades.

### **14:00 hrs: Nota de evolución**

TA: 111/71mmHg. FR: 20x'. FC: 70x'. T: 36 °C.

Se refiere asintomática, tolerando adecuadamente la vía oral. Tranquila, cooperadora, íntegra, con adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas; abdomen asignológico sin datos de sangrado.

Loquios hemáticos escasos no fétidos. Paciente con adecuada evolución, por lo que se decide continuar con vigilancia.

### **15:00 hrs.**

### **Indicaciones**

1. Cabergolina 1 tableta cada 12 hrs. por 2 dosis.
2. Deambulación.



3. Suspende bromocriptina.

**03/04/2013. 07:00 hrs. (cuarto día)**

TA: 110/70mmHg. FR: 22x'. FC: 74x'. T: 36 °C.

Asintomática, tolera VO, deambulación, cooperadora, activa, reactiva, alerta. Normohidratada. Abdomen con adecuada involución uterina, no doloroso, loquios hemáticos, no fétidos. Extremidades íntegras.

Fecha de egreso: 3/04/13. Hora de egreso: 13:00 hrs.

Motivo de egreso: Alta hospitalaria.

Se desconocen mas datos relevantes

### *2.2.3. Lo que se debió hacerse con Rocío*

No estaba justificado desde el discurso médico continuar con un embarazo de alto riesgo con un producto con mal pronóstico para la vida, no era de beneficio para la madre ni para el hijo continuar el embarazo. Hay ausencia de la participación del Comité de Bioética del Hospital. No hay nota en el expediente de enterado el jefe del servicio.

El caso de Rocío ilustra que el Comité de Bioética no se reunió y no se aprobó tampoco la interrupción del embarazo, dejando que la paciente evolucionara hasta que muriera el bebé dentro de su madre y que desencadenara trabajo de parto, con más riesgo para la salud de ella en comparación a que se le hubiera practicado un aborto oportuno en condiciones salubres desde que llegó a la semana 20 de la gestación o un parto inducido en cuanto de documento el mal pronóstico para el hijo y alto riesgo de complicaciones para la madre.

Asimismo, la pareja influyó en que la paciente corriera los riesgos de continuar una gestación peligrosa y que no decidiera un aborto a tiempo. Un caso de dominación masculina. Rocío no murió, pero corrió muchos riesgos en su embarazo, porque no se le brindó el beneficio de la institución en otorgar la autorización por parte del Comité de Bioética –que nunca se reunió porque no les llegó el caso–, dejando que el tiempo

continuará y la paciente Rocío continuará el embarazo de alto riesgo sin beneficio ni para ella ni para el hijo.

Es una responsabilidad de la institución la de haber brindado una mejor atención a la paciente en la que su salud y su vida corrieron un alto riesgo. Afortunadamente, ella está viva y la atención de un parto largo, difícil, riesgoso y penoso, cuando la paciente a parte de estar expuesta a riesgos, también se sintió muy triste y sola durante los dos días que duro el parto, en ayuno, aislada de su esposo, sabiendo su hijo estaba muerto dentro de su útero y con los dolores de parto que normalmente son de 6 a 8 horas y ella los padeció por dos días, y escuchaba a las demás mujeres parir y el llanto de los otros hijos que al nacer mostraban signos de estar vivos y ella dice haber sentido tristeza, envidia y coraje en “oleadas de sentimientos encontrados”. Fue tiempo difícil y tiempo de espera, tiempos de exposición a riesgos innecesarios.

### **2.3. La teoría: la violencia de género en su modalidad institucional**

La palabra violencia indica una manera de proceder que ofende y perjudica a alguien mediante el uso exclusivo o excesivo de la fuerza. El mismo origen etimológico tiene las palabras violar, violento, violentamente, violentar, que significa ejercer violencia sobre alguien para vencer su resistencia; forzarlo de cualquier manera a hacer lo que no quiere. Ésta última definición se refiere al uso y abuso de la fuerza física y a obligar, mediante cualquier tipo de coacción, a que una persona haga algo en contra de su voluntad. Sin embargo, la violencia no sólo es física y hablada, sino que existen otras formas de violencias en las que ésta no se utiliza y que se ejercen por imposición social o por presión psicológica (violencia emocional, simbólica, económica), cuyos efectos producen igual o tanto más daño que la acción física. En los espacios médicos, estas actitudes provocan una renuncia callada y discrecional por parte de las agredidas.

### *2.3.1. La significación de la violencia por género*

La violencia puede afectar de diferente manera a las personas de sexos diferentes, sin embargo, las mujeres son con más frecuencia víctimas de la violencia.

La violencia en sus diferentes manifestaciones es un tema que nos trastoca a todos y todas, y no tiene edad ni género. Sin embargo, la violencia que se vive cotidianamente en los espacios médicos tiene distinta significación por género y edad. Las personas que más han presentado violencia han sido las mujeres. Los hombres en menor medida, pero esto no quiere decir que no la padezcan, más bien hay que entender que el género masculino está sostenido por patrones culturales ancestrales que están en relación con la fuerza, la agresión física y no mantenerse callados, sino imponer o hacer notar su presencia y poder en un entorno laboral. Los comportamientos del ser hombre y cómo debe comportarse en un grupo social, están socialmente contruidos. Los hombres muchas veces creen que las palabras altisonantes, las bromas cargadas de intensión de molestar o burlas en torno a su persona y a sus cuerpos, forman parte de los comportamientos masculinos y pocas veces reconocen que son violentados, pues ellos también suelen responder con agresión, porque consideran que saben defenderse de su o sus agresores, aunque ocurra lo contrario.

La educación femenina está orientada hacia la subordinación y a no rebelarse; además, está sostenida por patrones culturales, como el no incluir la inconformidad en sus conductas, sino más bien, revestirla a través de un lenguaje no hablado, pero sí expresado con movimientos corporales, como muecas, torceduras con la boca, emitir sonidos con la boca, risas burlonas y actitudes como no hablar, no contestar los saludos como una manifestación de inconformidad. La manifestación de las inconformidades por parte de las mujeres, ante los abusos o el no querer hacer ciertas tareas en el trabajo, lo hacen casi siempre de una manera callada, lo cual produce un mayor sufrimiento porque reprime la ira (Alberoni, 1991).

Pocas veces se da de una manera abierta, es decir, explicar el porqué de las inconformidades. El no hablar y hacer explícita la inconformidad de algo puede ser el

origen de un problema mucho mayor que traerá serias consecuencias, como competencias y rivalidades entre las personas o generar ser recriminadas en el trato siguiente. Es aquí donde se reproduce la cultura de la violencia en los espacios médicos porque se recrean, transmiten y aceptan comportamientos, actitudes que se reproducen tanto dentro como fuera de ellos y en la vida cotidiana.

Las agresiones no siempre suelen ser identificadas de manera inmediata por los agredidos; sin embargo, sí provocan malestar e indignación lo que hace que afecte no sólo en la vida del individuo, sino también en su relación con los demás. Hay que tener claro que el individuo interactúa en diferentes dimensiones sociales, tiene una vida social externa a los espacios laborales, como la vida familiar, la vida en pareja, amigos, relaciones de parentesco, todas ellas se pueden ver afectadas por los cambios de estado de ánimo repentinos que un individuo puede presentar de manera cotidiana. No se plantea un conflicto abierto, confesable, sino que se da en una relación de dominante-dominado, ya sea por diferencias jerárquicas o por dominación psicológica entre pares (del médico hacia la paciente), porque en todos los casos existe la desestimación del otro como interlocutor válido, destruyendo su identidad. En el origen de esta conducta no hay una explicación, sino “sentimientos inconfesables”: el rechazo al que es distinto en su aspecto y en sus elecciones de vida, piensa diferente o no se suma a las reglas implícitas del mundo social, aparece de manera persistente el miedo y la desconfianza entre el dominador y el dominado.

Las diferentes formas de violencia se evidencian y estudian a partir de las investigaciones sobre estudios de género que han permitido identificarlas y vincularlas con pautas culturales sociales para hombres y mujeres. Conceptualizarlas, categorizarlas, nombrarlas en todas sus formas permite que se reconozcan para que no queden reducidas a experiencias individuales y/o casuales y para darles una existencia social. No admitirlas, u omitirlas implica aceptarlas, ocultarlas lo que lleva a verlas de manera natural. Si las violencias se consideran invisibles o naturales se legitima y se justifica la arbitrariedad como forma de relacionarse entre hombres y mujeres.

### 2.3.2. *Violencia de género*

Definir la violencia contra las mujeres en el ámbito médico implica describir una multiplicidad de actos, hechos u omisiones que las dañan y perjudican en los diversos aspectos de sus vidas, una de ellos es el requerir de la atención médica, y que constituyen una de las violaciones a sus derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos. La violencia debe tener un valor explicativo. Entonces, la violencia es inseparable de la noción de género porque se basa y se ejerce en y por la diferencia social y subjetiva entre los sexos. Podemos decir que la violencia de género abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, subestima, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, intimidad e integridad moral y/o física (Velásquez, 2006: 45).

El género es un campo en el cual, o a través del cual, se articula y distribuye el poder como control diferenciado sobre el acceso a los recursos materiales y simbólicos. Por ello, el género está involucrado en la construcción misma del poder. Desde estas perspectivas, se comprometen los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la diferencia entre los sexos y se revela la forma en que se distribuye el poder. La violencia es cultural y no es modificada de manera inmediata, sino a través de reflexiones profundas, confrontaciones y experiencias personales que llevan a desvanecer las construcciones perversas del individuo. “La masculinidad es simultáneamente una posición dentro de las relaciones de género y es a su vez, las prácticas por las cuales hombres y mujeres se comprometen en dicha posición y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad del individuo y en la cultura” (Connell, 1995: 71). “En México, la masculinidad hegemónica se asocia a las formas de dominio de los varones y a la constante necesidad de estos a demostrar su virilidad”. Sobre los tipos de violencia se describe lo siguiente: “La violencia contra la mujer surge, en parte, de un sistema de relaciones de género que postula que los hombres son superiores a las mujeres. La idea de la dominación masculina, incluso de las mujeres como propiedad del hombre, está presente en la mayoría de las sociedades y se refleja en sus costumbres” (Szasz, 1998).

### 2.3.3. *Violencia simbólica*

La violencia simbólica se entiende como acciones coercitivas que se ejercen sobre un grupo sin que las personas que lo integran sean conscientes de que están siendo ‘sometidas’ por otras que se encuentran en un lugar de poder. Este acto de violencia es claro en el aprendizaje de ideas, creencias, prescripciones y representaciones sobre lo que es ‘propio’ de los hombres y lo ‘propio’ de las mujeres de los roles masculino-femenino, ya que las mujeres aprenden desde pequeñas, por ejemplo, que el sexo fuerte está representado por el hombre, en consecuencia, ellas asumen sin darse cuenta que deben tomar un lugar subordinado ante el género opuesto (Carrillo, 2009: 83).

Jessie Blanco (2009) concibe con la violencia de género hacia las mujeres como violencia simbólica, debido a que implica relaciones de poder desiguales histórica y culturalmente establecidas entre hombres y mujeres. Además, tienen su origen en pautas culturales, prácticas, estereotipos y representaciones que construyen los cuerpos de una manera determinada, inscribiendo en éstos significaciones culturales y sociales. Esta construcción social del cuerpo por la cual atraviesa todo ejercicio de dominación simbólica, se da en una interrelación entre aspectos, como la etnia, el sexo, la lengua y la religión.

La definición de violencia simbólica destaca que el ejercicio de la violencia es difícil de mostrar, dado su carácter de soterrada y se expresa y se observa de forma más clara en la manera en que hombres y mujeres adquieren los papeles de género cuando se les asignan tareas ‘adecuadas’ para cada cual y un lugar como ‘dominador’ o ‘subordinada’. Entonces, ésta se ejerce en una relación de dominio de unos sujetos sobre otros, ya que los pensamientos y percepciones de ambos están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que les ha impuesto, sus actos de conocimiento son, inevitablemente, unos actos de reconocimiento, de “sumisión”. De esta manera, existe un tipo de violencia que no deja marcas en el cuerpo, pero se ejerce con la facilidad con la que se perpetúa el orden establecido y lo “naturales” que parecen las condiciones de existencia que resultan intolerables, ya que son aceptadas bajo alguna especie de “acuerdo común” (Bourdieu, 2007: 26).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Bourdieu ve en este hecho lo que nombró sumisión paradójica, cuyo origen es la llamada violencia simbólica, misma que se caracteriza por ser: “insensible, invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento (2007: 12).

La violencia simbólica como relación social, dice Bourdieu (2007), es una ocasión privilegiada para comprender la lógica de la dominación ejercida mediante un principio simbólico conocido y admitido, tanto por la persona que domina, como por la que es dominada. Entonces, las estructuras de dominación son producto de un trabajo de reproducción histórica al que contribuyen; por ejemplo, los hombres mediante la violencia física y simbólica, y las instituciones como la iglesia, la escuela, la familia y el Estado (Bourdieu, 2007).

Así, es posible dar cuenta de que la sociedad y la cultura generan y reproducen patrones tradicionales de relaciones entre hombres y mujeres que están signados por la desigualdad y la asimetría de poder y validan situaciones en detrimento de las mujeres (Torres, 1992; Fernández, 2007). De ahí la importancia de ahondar en los temas y aspectos que pueden ayudarnos a esclarecer y explicar la manera en que se perpetúan las condiciones desiguales que afectan la vida de las mujeres y, por tanto, de todos los sectores de la sociedad.

#### *2.3.3.1. Apreciación de la violencia simbólica en los sistemas de salud de México*

La violencia es un fenómeno presente en la vida de las personas, por lo que algunos organismos internacionales se han preocupado (ONU y OMS) en lo que respecta a la explotación, la disciplina en el trabajo, el acceso a recursos, el desarrollo de las cualidades personales o la organización del tiempo, con la manipulación de los afectos para controlar a las personas y la modificación de la conciencia de sí y de las propias capacidades.

Para definirla, se han establecido estrategias y acuerdos para combatirla en sus diferentes acepciones. En lo que concierne a las mujeres, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el documento “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993), propone una definición de violencia contra las mujeres que hace referencia a: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU, 1993: s/p).

Esta definición puede tener un alcance muy amplio, ya que considera tres aspectos de la vida de las mujeres (sexual, psicológico y físico) y conductas como las amenazas o la coacción. No obstante, Marcela Largarde (2007), después de analizar la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, afirma que no hay homogeneidad en la consideración sobre la violencia contra las mujeres, es decir, aquella que se ejerce contra las mujeres por ser mujeres, ubicadas en relaciones de desigualdad con respecto a los hombres, a las instituciones civiles y al Estado. Debido a que han existido hechos flagrantemente violentos en contra de mujeres que son desechados como tales por diversas instancias con el argumento de que el género no incide o es irrelevante (Lagarde, 2007: 146). Sin embargo, hay un tipo de violencia que puede ser observada en las relaciones personales, sociales o públicas, pero que por su ‘naturaleza’ es de algún modo invisible (Almeida y Gómez y Patiño, 2005: 33).

Este tipo de violencia imperceptible ha sido nombrada de formas diversas: acoso moral, maltrato psicológico, acoso laboral o *mobbing* y acoso escolar o *bullying*, entre otros. Se le considera limpia, cotidiana, imperceptible, invisible, a diferencia de la física en donde puede encontrarse señales de golpes (Almeida y otros, 2005: 34).

#### 2.3.4. *Violencia institucional y violencia de género*

Hablar de violencia parece ser una cuestión de moda; la violencia ha existido siempre. Una de las características que asume contemporáneamente es su mayor visibilidad que



permite revisar sus distintas modalidades y los sectores afectados. Quienes son víctimas de la violencia y otras instancias de la sociedad han generado movimientos y estrategias para que ese comportamiento se prevenga y sancione. Además de revisar algunas de sus modalidades, en esta parte del trabajo se expone también su relación con la violencia que se desarrolla contra la mujer en los servicios de salud. Puede resultar algo contradictorio pensar en violencia dentro de los sistemas de salud, ya que en principio el objetivo de esos servicios es el de recuperar la salud y contribuir a los indicadores de bienestar del ser humano. Sin embargo, la práctica de la medicina y sus actividades complementarias son parte de los escenarios en donde se desenvuelven las relaciones.

La violencia es tan vieja como el mundo, vinculada a los orígenes (Domenach, 1981: 38). La violencia ha nacido con el hombre: la constante rivalidad entre los seres del género humano por poseer más que el otro y por ambicionar lo del otro. Es decir, el egoísmo posesivo y la envidia de lo que nuestro prójimo ha conseguido acaparar son el móvil que nos hace crear constantes enemigos. Actualmente, la violencia se multiplica a un ritmo vertiginoso

Había expuesto Hacker (1973: 51-53) que, hasta ahora, la agresividad humana era referida a tres destinos diferentes: una parte es la “donada” al Estado para que monopolice el uso de la violencia y garantice así la paz social; otra parte es sublimada y orientada hacia la cultura, dando lugar a la cortesía, el deporte, el sistema meritocrático, etc., y un tercer montante de agresividad es reprimido por el mismo sujeto. Se ha venido incrementando en todo el mundo occidental una oleada de violencia que se caracteriza por la inclinación a resolver los conflictos por la vía que se cree más efectiva, la vía agresiva del maltrato, la extorsión, el abuso, la intimidación, la explotación y la guerra. Esta oleada de violencia tiene un carácter expansivo debido a la sinergia de los movimientos culturales y sociales de la llamada posmodernidad. La violencia ha de ser controlada por la élite gobernante, y para eso la comunidad deposita un volumen de autoridad y de poder en el Estado y en el sistema judicial, con lo cual se les concede el privilegio de ejercer la violencia legítima como un mal menor para evitar la violencia ilegítima. A tal efecto, dice Girard (1983: 90), “hay que reconocer a la violencia un carácter mimético de tal intensidad que la violencia

no puede morir por sí misma una vez que se ha instalado en la comunidad. Para escapar a ese círculo sería preciso liquidar el terrible atraso de la violencia que hipoteca el futuro; sería preciso privar a los hombres de todos los modelos de violencia que no cesan de multiplicarse y de engendrar nuevas imitaciones”. Debido a este proceso de mimesis y mediante el procedimiento, el fenómeno de la violencia social no es más que el eco del desorden agresivo que se ha ubicado en muchas familias y en la sociedad en general. El contenido de la violencia social se avizora por un deterioro de las relaciones horizontales entre pares (el maltrato entre iguales) y verticalmente, en buena parte a la influencia social y en mayor medida a la formación familiar, de igual manera se podría interpretar en la asimetría de la relación médico-paciente. Por una parte tenemos, entonces, la influencia que se permeabiliza desde el exterior del sistema de atención médica y, por la otra, la violencia que se genera desde el interior del sistema de atención médica (Girard, 1983).

Gordillo y Terrades (1973) describen un proceso de legitimización existente en las instituciones de salud que invisibilizan algunas relaciones de poder que pueden llegar a ser violentas, que se generan entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Ese proceso permitiría la generación de códigos de conducta que se esperaría fueran desempeñados por los actores, que incluyen la construcción de un orden jerárquico y un orden de tiempo y forma del modelo de atención médica. Por su parte, Lévi-Strauss (1967) plantea que “un rasgo cultural es considerado como natural y por lo tanto es difícil abordarlo desde una posición homeostática”. De esta manera, se retomó la idea del incesto como valor permitido socialmente, con el fin de entender el poder social del médico sobre sus pacientes en el presente estudio.

Dice Lévi-Strauss que hay una naturalización con la presión que muchos grupos sociales ejercen sobre otros donde cada grupo ocupa una superficie y hay sectores sociales que reciben más presión, en función de la superficie que ocupan. Es por todo esto que al considerarse ciertos parámetros de la agresión como naturales en unas culturas y en otras no, o incluso en unas capas sociales más que en otras, se incrementa la ambigüedad y extensión de la acepción de agresividad. Esto explicará por qué hay sectores sociales que

permiten los rasgos de violencia aún en los servicios de salud, pareciendo como lo “natural”.

Si tomamos como punto de partida la idea de que violencia es algo evitable, que obstaculiza la autorrealización humana, en cuanto satisfacción de las necesidades del hombre, se pueden distinguir:

- a. Violencia clásica = violencia directa y psicológica. La provocada al no satisfacer necesidades y/o derechos que afectan a la supervivencia.
- b. Violencia estructural = pobreza estructuralmente condicionada. Relativa a las necesidades fisiológicas ecológicas y sociales.
- c. Violencia de represión = intolerancia represiva. Privación de derechos humanos. Atenta contra las necesidades de libertad, políticas, jurídicas y de trabajo.
- d. Violencia de alienación = privación de necesidades superiores. Afecta a las relaciones con la sociedad, relación con los otros, relación con uno mismo y relación con la naturaleza. Podría calificarse como tolerancia represiva y asociada a los regímenes represivos.

Se ha definido así la violencia desde el punto de vista de la clase de perjuicio que causa al hombre, es decir, apuntando a la víctima. Pero también podemos analizar la violencia desde el punto de vista de los resortes que la originan y aquí es donde surgen más discrepancias (Galtung, 1981).

#### *2.3.5. La violencia institucional*

En opinión de Scialpi, la violencia, en sus múltiples manifestaciones, es siempre una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política, etc.) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios. El empleo de la fuerza se constituye así, en un método posible para resolver conflictos como el intento de doblegar la voluntad del “otro”, de anularlo precisamente en su calidad de “otro”.

Las exigencias económicas de la globalización imponen cambios profundos que conllevan consecuencias sociales de des-estructuración, disgregación y exclusión social, y prácticas desembozadamente ajenas a la ley son perpetuadas precisamente por quienes tienen la responsabilidad social y legal de cuidar de los ciudadanos, de mantener el orden en su mundo, de preservarla estabilidad y predictibilidad de sus vidas constituyendo esto, una forma de violencia institucional que afecta a la sociedad en su conjunto. La sociología de la organización ha dejado suficiente constancia de que los valores normativos estratégicos y los modelos de las organizaciones administrativo-políticas no dependen del azar ni del capricho de sus miembros, sino que tienden a estar en consonancia con los imperativos de su entorno socioeconómico y político institucional. La corrupción y la fragilidad en las instituciones arraigan en la violencia institucional, incluida la del propio Estado, y tales prácticas se incorporan al “modelo autorizado” en todos los sectores de la actividad, públicos y privados, resultando que la primera modalidad de conducta violenta es la violación de las leyes y normas vigentes. De lo que se trata es que nuestras instituciones cumplan un papel protector. Cuando esto no ocurre, cuando las instituciones que deben proteger causan daño, lo hacen de una manera tal que la violencia y el daño quedan mistificados y justificados, llegando incluso a desfigurar el Estado de Derecho. Recientemente, la mayoría de los países democratizados no se encaminan hacia un régimen democrático representativo e institucionalizado, ni parece siquiera que lo vayan a hacer en un futuro previsible. Más aún, actualmente, son muchos los expertos que alertan sobre el futuro (incierto) de las democracias latinoamericanas conducidas a un desarrollo dualista por su sometimiento al pensamiento neoliberal.

## CAPÍTULO 4. PRÁCTICA MÉDICA ENTRE LO INSTITUCIONAL Y LA BIOÉTICA MÉDICA

### 4.1. Etnografía del campo médico: estudios de casos por conveniencia política

#### Las que murieron: Jessica, Maricela y Esmeralda

Son tres las principales causas de muerte en el mundo de mujeres en período reproductivo:

- La hemorragia.
- La hipertensión asociada a la gestación.
- La infección peri parto.

Por esta razón, se han seleccionado tres casos de pacientes que murieron y que sus historias nos permiten construir los estudios de caso que fundamentan esta investigación.

#### 4.2. Jessica

Edad: 17 años.

Domicilio: Jesús María, Aguascalientes.

Ocupación: estudiante.

Defunción: 24 de octubre de 2010.

Diagnóstico: puerperio quirúrgico patológico/choque séptico.

De ella no se aportan muchos datos dado que fue un caso médico legal y no se permitió el acceso al expediente. Sólo se sabe que era estudiante soltera y tenía novio, llevaban 6 meses saliendo y ya tenían actividad sexual. No usaba método de protección anticonceptiva y al quedar embarazada terminó con el novio y ella sola tomó la determinación de ocultar el embarazo, y al tener y tres meses de gestación decidió interrumpir el embarazo por lo que acudió, junto con un amigo de la escuela, con un médico para practicarse el aborto de manera ilegal; ese mismo día fue dada de alta, pero dos días después presentó fiebre, motivo por el cual acudió a un centro de salud y al

diagnosticarse infección uterina ella no acepta ser enviada al hospital, sino hasta el otro día en que no mejoró y que su madre, quien la encontró en su cama con fiebre y mal olor en la habitación, la ingresara al hospital. En ésta se le diagnostica estado sepsis posaborto, siendo atendida, pero 6 horas posteriores presenta insuficiencia orgánica múltiple y muere por choque séptico. Se presenta el ministerio público, quienes recaban el expediente y el caso pasó a ser caso médico legal.

#### **4.3. Maricela**

Edad: 34 años.

Domicilio: Asientos, Ahauscalientes.

Ocupación: hogar.

Defunción: 24 de abril de 2011.

Diagnóstico: Eclampsia.

Fecha y diagnóstico de ingreso: 20 hrs., femenino de 34 años. Gestaciones: 5 partos, 4 con embarazo de 36 semanas, paridad satisfecha y estado de eclampsia.

Fecha y diagnóstico de egreso: 23 hrs. Femenino de 34 años. Gestaciones: 5 partos, 4 con insuficiencia respiratoria aguda, edema agudo de pulmón síndrome de HELLP incompleto, eclampsia, desprendimiento prematuramente de placenta normalmente insertada, atonía uterina y posquirúrgica de histerectomía obstétrica total.

**Antecedentes hederitarios:** interrogados y negados.

**Antecedentes personales no patológicos:** originaria de la comunidad de Los Campos, Asientos, tabaquismo y alcoholismo negados, toxicomanías negados, escolaridad primaria completa, cuenta con todos los servicios, esquema de vacunación completa.

**Antecedentes patológicos:** niega alérgicos, quirúrgicos transfusionales, crónico degenerativos.

**Antecedentes gineco-obstetricos:** menarca 12 años, gestaciones 5 partos, 4 con amenorrea tipo II y 36 semanas.

**Embarazo actual:** inicia con diagnóstico de embarazo con prueba de embarazo positiva a las 6 semanas de amenorrea, refiere 4 consultas de control prenatal con administración de ácido fólico y fumarato ferroso, no aplicación de toxoide tetánico; durante la gestación se realiza un ultrasonido obstétrico y se reporta como normales según dijo la paciente.

**Padecimiento actual:** se trata de paciente femenino, la cual se ingresa por presencia de crisis convulsivas y epigastralgia, fue traída por ambulancia y se valora en urgencias donde se corrobora vitalidad fetal sin actividad uterina, con manejo por paramédicos con DFH 500 mgs. y con presencia de cifras de presión alta; se ingresa a Tococirugía donde se determina cifras de tensión arterial elevadas de 175/117, con actividad uterina irregular, en estado posictal, con vitalidad fetal, se procede a monitorización fetal y además de estabilizar las cifras de tensión arterial.

**20:30 hrs.:** Paciente con hipertensión se le administran bolos de DFH e Hidralazina intravenosa y medición de PVC de 12mmHg, la paciente está consciente, refiere leve actividad uterina y fuerte cefalea, a la exploración sin evidencia de plétora yugular, campos pulmonares se escuchan limpios y bien ventilados, la frecuencia cardíaca fetal de 160X' con actividad uterina de dos contracciones en 10 minutos de 30 segundos signo de Chaussier positivo, cérvix blando con 1 cm de dilatación y 30% de borramiento, amnios íntegro y edema distal positivo con signo de godette, reflejos osteotendinosos normales, orina colúrica y volumen de 100 c, se toman muestras de laboratorio y se solicitan Rayos X de tórax.

**21:00 hrs.:** Presenta nuevas cifras de tensión arterial de 197/88, se aplican nuevas dosis de hidralacina de 5 mg, además furosemide 20 mgs. La FCF 138X' con tono uterino normal, y se esperan resultados de laboratorio. Se reporta paciente muy grave.

**21:55 hrs.:** Nueva crisis convulsiva tónico clónica generalizada, se realiza apoyo ventilatorio, presenta de manera súbita dificultad respiratoria con estertores gruesos audibles, estado de consciencia obnubilada, con cifras tensionales de 190/110, saturación de oxígeno de 80%, mal estado general, diaforesis con franco distress respiratorio, útero de tono normal y FCF de 140x', no sangrado tras vaginal, laboratorio con plaquetas con

disminución de 110,000, enzimas hepáticas muy elevadas hemoconcentración y perfil toxémico muy alterado. Por todo lo anterior se decide pasar a la interrupción del embarazo vía abdominal con operación cesárea.

**22:00 hrs.:** Diagnóstico pre quirurgico de femenina de 34 años, gestación cinco con partos 4, embarazo de 34 semanas, estado de eclampsia, síndrome de HELLP incompleto, edema agudo de pulmón, paridad satisfecha. Se le realiza cesárea tipo Kerr, y se obtiene producto único vivo de 36 semanas de gestación masculino, con hora de nacimiento a las 22:34 hrs. La paciente durante la cesárea, después de extraer el feto, presenta deterioro en la saturación de oxígeno a menos de 60%, presenta bradicardia hasta la asistolia iniciando a las 22:40 las maniobras de reanimación sin éxito, y a las 23:10 hrs se determina la muerte clínica de la paciente.

**23:20 hrs.:** Se realiza la nota de defunción.

#### *4.3.1. Resumen de autopsia verbal*

El día de ayer, 15 de junio, se realizó la autopsia verbal de muerte materna de la paciente de 33 años de edad, con domicilio..... Los Campos Aguascalientes, se entrevistó al esposo y a la suegra de la hoy occisa, quienes comentaron que la paciente se conocía como empleada doméstica desde hacía 4 años sin seguridad social, escolaridad primaria incompleta, personalidad reservada, unión libre. El esposo es chofer de camiones turísticos, y se encontraba fuera del estado de miércoles a domingo de todas las semanas, sin antecedentes personales patológicos de importancia, tabaquismo ocasional a partir de los 16 años, el cual suspendió durante sus embarazos, alcoholismo social desde los 16 años sin llegar a la embriaguez.

**Antecedentes Gineco-Obstétricos:** gestaciones seis, partos cuatro, aborto uno y cesárea una. Comentan los familiares que no saben el motivo por el cual la paciente acudió en dos ocasiones al centro de salud a su control de embarazo; sin embargo, en su segunda consulta en el centro de salud, fue referida al hospital de la mujer por haberse encontrado cifras tensionales altas, refieren que sí acudieron al hospital, aunque no le dieron tratamiento farmacológico, sólo le indicaron reposo, según los familiares. En el servicio de



ginecología, se comentó que el embarazo era normo-evolutivo, y se le realizó ultrasonido del cual no se sabe qué se encontró. Comentan que el día del deceso, alrededor de las 17:30 hrs, el hijo mayor acudió a la casa de los abuelos, informándoles que su madre tenía un fuerte dolor abdominal y se sentía mal, por lo que una tía lo acompañó hasta su domicilio. Al llegar ahí, se encontraba la paciente consciente con un fuerte dolor abdominal, por lo que de manera inicial acuden a pie al centro de salud de Los Campos, el cual se encontraba cerrado. Motivo por el cual la hermana de la hoy occisa fue a pedir apoyo para que alguien les prestara una camioneta y poder trasladarse a fin de recibir atención médica. La consiguen, y posteriormente ya a bordo llegan al centro de salud de Fraguas, donde tampoco hay médico. Llegan a Tanque de Guadalupe, donde la paciente ya se encontraba convulsionando. Encontraron en esa última comunidad una patrulla, quien llamó a una ambulancia, continuaron manejando e interceptaron a la ambulancia, donde fue cambiada para su traslado. En el camino llegaron al centro de salud de Palo Alto en el Llano, donde comentaron que al llegar los médicos indicaron continuar su envío al hospital, para recibir atención especializada.

#### *4.3.2. Resumen de primer nivel*

Expediente médico del Centro de salud: Se revisó el expediente en el Centro de salud, se cuenta con hoja de valoración de riesgo obstétrico, con tres puntos a base de historia reproductiva. Un punto por más de 4 gestas, un punto por antecedente de hemorragia post parto, un punto por antecedente de hijo de más de 4 kilos al nacer. Sin embargo, la paciente no fue referida a la consulta externa del hospital por parte del médico pasante de manera inicial.

#### **Consulta 1**

La nota médica cuenta con datos de signos vitales incompletos. Se ingresa a control prenatal asintomática, con embarazo de 15.3 semanas. Se realizan pruebas de laboratorio de rutina y se inicia ácido fólico y sulfato ferroso. Se da orientación sobre inmunizaciones de salud bucal. Se dan indicaciones de datos de alarma. Cita abierta a urgencias y cita programada a consulta externa en un mes.

## Consulta 2

Acude 4 meses después, refiere edema de brazos y piernas, dolor abdominal en hipogastrio sin pérdidas trasvaginales. En abdomen se encuentra la FCF de 140x', se perciben movimientos fetales, FU de 35 cms., no se hizo tacto vaginal. Se integra diagnóstico de embarazo de 31 semanas más pre eclampsia, se envía a segundo nivel y cita al Centro de salud en 3 semanas.

Observaciones: comenta el médico pasante del servicio social, que el día de los hechos había salido a una visita domiciliaria de un paciente con problemas de próstata, motivo por el cual el Centro de salud se encontraba cerrado, afirma que no administró antihipertensivos, ya que en la caja roja no se contaba con existencias. No existe información de haber sido realizada la referencia de la paciente.

La paciente, previamente a este último embarazo, no era usuaria de ningún método anticonceptivo.

### 4.4. Esmeralda

Edad: 31 años.

Domicilio: Aguascalientes.

Ocupación: hogar.

Defunción: 23/Junio/12

Diagnóstico: placenta previa.

Diagnóstico de egreso: choque hipovolémico, Coagulación Intravascular Diseminada, placenta previa, acretismo placentario.

**Antecedentes personales patológicos:** intervención quirúrgica hace 15 meses por embarazo gemelar en pre término con trabajo de parto. Resto interrogados y negados.

**Antecedentes Gineco obstétricos:** menarca a los 13 años con ciclos de 30x3-4 días, inicio de vida sexual a los 16 años, detección oportuna de cáncer, hace 3 años. Gestaciones cuatro, partos dos, cesárea una por embarazo gemelar.

#### **4.4.1. Padecimiento actual**

**15:45 hrs.:** Ingresa al servicio de urgencias por sangrado tras vaginal de inicio súbito e hipertonía uterina, presentando sangrado de aproximado de 150cc en admisión hospitalaria.

**15:55 hrs.:** Se ingresa al área de toco cirugía, se integra diagnóstico de embarazo de 27 semanas con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con placenta previa sangrante, choque hipovolémico e hipertonía uterina y sangrado tras vaginal importante.

**16:05 hrs.:** Ingresa a quirófano, se informa al equipo quirúrgico acerca de las condiciones de la paciente: taquicardia, hipertensión, palidez generalizada y datos francos de bajo gasto tensión arterial de 60/30, frecuencia cardiaca de 43x' saturación de oxígeno de 86%, presentando, además, vómito de contenido gástrico en dos ocasiones. FCF de 140X' sangrado cuantificado desde su ingreso de 3000cc.

Se otorga apoyo por parte del servicio de medicina crítica a la paciente con choque hipovolémico grado IV.

**16:15 hrs.:** Bajo anestesia general, monitorización no invasiva, se maneja inducción anestésica para practicarse operación cesárea, obteniendo producto masculino con peso de 1525 grs., edad de embarazo de 31 semanas, alumbramiento parcial secundario al acretismo placentario.

**16:20 hrs.:** Se decide realizar histerectomía obstétrica, presentando sangrado aproximado durante este último procedimiento de 2000cc sin reporte de complicaciones durante el acto quirúrgico.

#### **Paciente manejada a base de fluido terapia**

**17:42 hrs.:** Paciente con hipo perfusión periférica, tensión arterial de 60/40 con latidos de 120X', se intenta colocar catéter venoso central sin éxito, se otorga reporte cardiovascular con fármacos vasotensores. Se cuantifica un sangrado total de 5000 cc en total desde su ingreso.

**18:30 hrs.:** Ingresa paciente a unidad de terapia intensiva con franca falla respiratoria, choque hipovolémico por hemorragia y probable coagulopatía de consumo, permaneciendo en estado crítico con apoyo de ventilación mecánica.

**19:40 hrs.:** Se transfunden sangre y derivados, presenta falla cardiaca, se inicia la reanimación cardiopulmonar. Sin éxito, se declara la muerte clínica de la paciente.

Diagnósticos del certificado de defunción: Choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada y acretismo placentario.

#### *4.4.2. Autopsia verbal*

Mujer de 31 años, soltera, católica, en casa propia tipo rural en un cuarto con hacinamiento y malas condiciones de higiene, nivel socioeconómico bajo, escolaridad con primaria incompleta, ocupación empleada doméstica, esquema de vacunación completo, niega alérgicos, alimentación baja en cantidad y calidad, come tres veces al día, alimentos basados en cereal de maíz, leche y frijoles, una o dos veces a la semana consume frutas verduras y carne. Convive con animales (perro).

**Antecedentes heredofamiliares:** negados.

Antecedentes personales patológicos negados.

**Antecedentes Gineco-Obstétricos:** menarca 12 años, ritmo 28X3, se desconoce el inicio de vida sexual activa. Múltiples parejas sexuales, los hijos son de diferentes padres, no utiliza métodos de planificación familiar. Gestaciones cuatro, dos partos, cesáreas dos, se desconoce la fecha de última menstruación. No llevó control prenatal durante la última gestación, sólo acudió a realizarse un ultrasonido obstétrico en forma particular, en la cual no se encontró ningún problema aparente y no le entregaron reporte del ultrasonido.

**15:55 hrs.:** La paciente ingresa referida de admisión en estado de choque, refiere médico de urgencias que acude al servicio por sangrado transvaginal y dolor abdominal. A la exploración física se encuentra con útero hipertónico, sangrado transvaginal de 3000 cc, por lo cual pasa a quirófano para cesárea de urgencia.

**16 hrs.:** Pasa paciente a quirófano con anestesia general, se realiza cesárea tipo kerr y se extrae producto masculino a las 16:15 hrs. Se encontró placenta previa total más acretismo placentario, por lo que se realiza histerectomía. La paciente presenta paro cardiorespiratorio, por lo que se inicia resucitación más apoyo de restauración de la volemia, se solicita apoyo e ingreso a la unidad de cuidados intermedios (UCI) a las 18:30 hrs.

**18:30 hrs.:** Ingresa UCI con acidosis franca hipotermia de 34°C, e hipoxia por bronco aspiración y no hay respuesta a estímulos, se inicia resucitación cardiopulmonar y restauración de la hipovolemia. Hay sangrado continuo por canalización de penrose, transvaginal y hematuria. Evolucionan a bradicardia sinusal con bloqueo aurículo ventricular de primer grado sin respuesta a la atropina.

**19:40 hrs.:** Se brinda apoyo de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin éxito con paro cardio respiratorio irreversible.

Diagnóstico final: choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, placenta previa, acretismo placentario.

#### **4.5. Comentarios**

En común, ninguna era usuaria de métodos anticonceptivos. Dadas las condiciones médicas que se leyeron en los respectivos expedientes, estaba muy justificado el uso de métodos anticonceptivos, ya que desde el discurso médico se catalogaron a las tres pacientes con alto riesgo reproductivo: Jessica, por ser adolescente, no estaba en la edad óptima de su reproducción; Maricela por su problemática económica y familiar, y falta de acceso a los servicios de salud del control prenatal óptimo, le condujo a un retardo en tiempo de oportunidad de atención médica; Esmeralda había rebasado la paridad recomendada para quienes han tenido más de 3 cesáreas previas.

En los tres casos era muy necesario el uso de métodos anticonceptivos, ya sean temporales o definitivos.

Jessica, como adolescente, pudo practicar su uso de libertad en su sexualidad, pero con un método temporal adecuado para su edad. Esmeralda y Maricela no debieron seguir embarazándose por el alto riesgo que ya portaban. Lo recomendable en ellas era el uso de la OTB.

Una estrategia que tenemos es el expediente médico clínico, pero también en los caso de muerte hay una herramienta que se llama la autopsia verbal, que es una reconstrucción de

los hechos desde las palabras mismas de los familiares de las mujeres que mueren, lo cual permite ver el otro lado que no es un discurso médico y que aporta datos desde los actores sociales relacionados; es decir, el discurso desde los no médicos relacionados con la mujer que ha fallecido.

Estos estudios de caso son como una reconstrucción muy parecida a la técnica de estudio de trayectoria, y en parte a la de conocer la historia de vida. El tema central común es el tiempo y la atención en los usuarios de anticoncepción.

#### **4.6. La teoría: la violencia de género entre lo institucional y la bioética médica**

##### *4.6.1. Discurso médico sobre la mortalidad materna*

##### **Algunas reseñas históricas**

Hasta el siglo XVII la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, si no lograba superarlo, era sustituida por otra mujer para realizar la procreación y no había problema.

En el Siglo XVII nace la Obstetricia, estableciendo la importancia de la mujer en el parto, el objetivo de su sobrevivencia y el desarrollo del Arte de los Partos, con la consecuente participación del hombre, la tecnología y el conocimiento, con la mejor comprensión del Arte, su mecánica y la necesidad de actuar.

El Siglo XIX marca el inicio de la aplicación de la cirugía en la atención del parto, la incorporación de un instrumental poco quirúrgico múltiple y la búsqueda de mantener con vida, de ser posible, a la madre y al hijo.

En el Siglo XX es donde la Gineco Obstetricia, como especialidad, logra la incorporación de la Epidemiología y la Estadística, la búsqueda de nuevas alternativas científicas para la sustitución del Arte de los Partos, el empleo de la tecnología aplicada al desarrollo de la concepción, gestación y su solución, que hace olvidar la disyuntiva de:” la vida de la

madre o la del producto”. Es hasta la mitad del siglo, después de la Segunda Guerra Mundial, que se inicia el interés formal e internacional por la Muerte Materna (Uribe, 2002).

#### *4.6.2. Marco conceptual*

La Mortalidad Materna (MM) no es un concepto rígido, sino que se ha ido transformando acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10ª. Revisión, 1992 (ICD-10), la WHO define la Muerte Materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación, independiente de su duración y tipo de embarazo, por cualquier causa relacionada con él o agravada por el embarazo o su manejo, que no sea debida a causas accidentales o incidentales. Los ejemplos de Muerte Obstétrica Directa son la presencia de Pre-eclampsia o Eclampsia, Hemorragia y sus secuelas como los Trastornos de la Coagulación; la Anestesia y sus complicaciones motivadas por una indicación obstétrica como la cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos. La Muerte Evitable es clasificada como profesional, hospitalaria o de la paciente, de acuerdo a la responsabilidad del factor determinante que condujo a la muerte (WHO, 2007).

Como se puede observar, esta última clasificación implica criterios de juicio y responsabilidad, lo que en el momento actual trasciende el ámbito puramente profesional, de mejor conocimiento de las circunstancias que rodearon el evento médico, y el tipo de relaciones socio-económicas que vive nuestra sociedad; todas tocan las esferas jurídico legales con repercusión material (en especial económica y de responsabilidad profesional), lo que rebasa el contexto médico.

En el caso de valorar la condición Institucional, sus recursos, administración, tiempo de respuesta, calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos y los otorgados, la respuesta organizacional y la vigencia de la integración con las políticas nacionales de salud y las

prioridades sanitarias muestran una visión más de la complejidad ya señalada, que dificulta establecer criterios de juicio y responsabilidad con las repercusiones pertinentes.

El otro factor es el que corresponde a la propia paciente, su disposición, conocimiento, cuidado de su salud y atingencia para enfrentar el embarazo, que en una población de grandes desigualdades, núcleos de marginación, niveles de pobreza inaceptables, grupos de población rural y urbana con grandes carencias y desfavorables niveles educativos y económicos hacen coincidir factores contraproducentes que puedan ser imputados a un origen, estado socio/económico, educativo, de conocimiento y cultural, que no ayudan a la integración de la mujer, la familia, a criterios sociales de desarrollo, benéficos para la salud de la mujer, de su embarazo y de la sociedad.

La Muerte Inevitable ocurre cuando la evolución de la enfermedad, el embarazo o la complicación no puede ser alterado, a pesar de un adecuado manejo o de emplear los recursos necesarios, de manera correcta y oportuna.

#### *4.6.3. Visión de la mortalidad materna*

Este indicador, junto con la Mortalidad Perinatal y la Supervivencia Infantil –sobre todo esta última– constituyen los indicadores de oro para juzgar el estado de un pueblo, ya que en ellos se refleja no sólo la condición biológica, sino que son la resultante de la interacción de factores sociales y económicos que inciden en el desarrollo de la población de manera definitiva. Debe así entenderse que la Mortalidad Materna no depende exclusivamente de factores médico/sanitarios, sino que es el resultado de factores sociales que incrementan el riesgo de la vida de la mujer durante el embarazo y los eventos obstétricos derivados del mismo.

La evolución de los conceptos de embarazo y salud de la mujer han sufrido una gran transformación después de la Segunda Guerra Mundial y como resultante del impacto del Posmodernismo en el mundo. La respuesta posmoderna incorpora la idea de la globalización, el multilateralismo o policentrismo, la búsqueda del ecumenismo, la crítica



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a la civilización, el movimiento feminista y un creciente individualismo, contrastando con el materialismo opulento y el impacto global que todo ello conlleva a diversas crisis morales.

La ideología va a estar marcada en un relativismo materialista y racionalista, que ha favorecido la polarización de la sociedad, por una parte hacia el resurgimiento de lo reaccionario, conservador y totalitario; y por otra, hacia la presencia de corrientes extremistas (terroristas) con tendencias anarquistas, o al menos antiautoritarias o deconstructivistas de la sociedad actual.

Ejemplos en niveles diversos los tenemos con las corrientes conductuales de los adolescentes que los llevan a un rechazo social y relego en la comunidad a la que pertenecen (emos, darketos, donks, góticos, punks, metaleros, skinheads). Lo anterior, pareciera lejano de la Mortalidad Materna, pero está fuertemente ligada al reconocimiento de los Derechos de las Mujeres, de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (Derechos de los Niños); así como al desarrollo de las tecnologías de la reproducción humana y su respuesta por parte de algunos sectores de la población –sobre todo los religiosos–, la evolución de la sexualidad humana en el mundo y a la radical transformación del papel de la mujer en el mundo, con el reconocimiento mundial de los Derechos Humanos.

Desafortunadamente, esta multiplicidad de factores no influye de manera clara a favor o en contra, sino que en buena medida son paradójicas respecto a favorecer la sobrevivencia de la mujer durante el evento fisiológico de la gestación y su resolución.

Las organizaciones feministas han propugnado por un parto con mínima intervención médica, lo que ha condicionado, no a un evento “espontáneamente” fisiológico, sino a una limitación en la acción médica, incrementando el riesgo.

Se debe tomar en cuenta que si bien el embarazo es un evento fisiológico, su resolución deja muy claro que no es una acción espontánea y fisiológica en la totalidad de los casos;

que si bien en otras especies es parte del control natural de la población, en el caso del hombre, la calidad de la vida humana ha tenido otro contexto, y la presentación de problemas o dificultades dentro del parto ha conducido a una intervención activa, sustentada en la experiencia (dolorosa de muchos siglos) y el desarrollo tecnológico, con lo que se minimizan los riesgos del evento para la mujer y el hijo (Karchmer, 2006).

#### *4.6.4. Enfoque de la mortalidad materna*

“Cada minuto de cada día, en algún lugar del Mundo, una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son evitables.”

La evolución del conocimiento médico, la aplicación tecnológica y las técnicas más avanzadas en el ámbito médico han permitido disminuir considerablemente las muertes maternas, desde la segunda mitad del Siglo XX, sobre todo en los países desarrollados, ya que en las regiones en vías de desarrollo, las condiciones siguen siendo no favorables a su desenvolvimiento (OMS, 1999).

Los esfuerzos iniciales se realizaron dentro de las organizaciones médicas de especialistas en Gineco-Obstetricia, en donde el conocimiento médico-quirúrgico se volcó en la transformación de la atención del parto, el embarazo, el recién nacido y su evolución. En Estados Unidos de Norteamérica se refieren grupos y después comités interesados en el Bienestar de la Madre (1920), pero sólo se habla de estudio de Muertes Maternas en 1957. Le corresponde a un mexicano, Alfonso Álvarez Bravo como Presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), crear el Comité Internacional de Mortalidad Materna (MM) en 1966, cuyo primer reporte se publica en 1967 (Álvarez, 1970).

Dicho comité técnico, con gran impacto en el mundo y en nuestro país, inicia el surgimiento de comités, primero médicos y después gubernamentales e institucionales para enfrentar la MM.

Desde el punto de vista profesional de la Gineco-Obstetricia, después de los integrantes del Equipo de Salud, el enfoque médico-biológico no fue suficiente, a pesar de la aceptación y renovación del papel de la comadrona, mediante su capacitación, instrumentalización y supervisión. Fue necesaria la incorporación de factores, al parecer alejados de la MM, los que comenzaron a permitir su mejor comprensión y, por tanto, su enfoque integral.

#### 4.6.5. *¿Por qué se mueren las mujeres según la OMS?*

1. Pobreza: la muerte de las mujeres recae en el sector de la población con un nivel de pobreza y la llamada pobreza extrema, lo cual es una excusa a fin de disminuir artificialmente las cifras de aquellos que sobreviven apenas con el mínimo de satisfactores, ya sea en el ámbito rural o urbano.
2. Desnutrición o mala nutrición: el mismo sector poblacional incorpora la deficiente nutrición y sus consecuencias, en donde las complicaciones del embarazo se presentan con mayor frecuencia.
3. Analfabetismo y educación insuficiente (falta de capacitación): las mujeres, y en general la población dentro de este rubro, aparece como la más susceptible no sólo a la MM, sino a las desventajas causadas por las enfermedades, por ignorancia, falta de oportunidad o acceso a los Servicios de Salud; o bien a una carga excesiva de limitantes culturales que impiden la aceptación de la medicina, sus adelantos y complejidades.
4. Cultura: este factor muestra una amalgama de circunstancias que van desde la incredibilidad sobre los fenómenos biológicos como la menstruación, la gestación, el parto y el puerperio, el coito; y otros como la desnudez, la confianza en el médico y la Medicina Científica, los mitos alrededor del sexo, la religiosidad, la anticoncepción, entre otros. De igual manera, el factor cultural hace de los grupos sociales, sujetos vulnerables a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se conjuga con la existencia de rezagos étnicos que impiden la incorporación de los diversos grupos sociales a las estructuras de la modernidad.

5. Desigualdad e inequidad: paralelo con lo anterior, el trato diferencial a la mujer en ciertos grupos étnicos y sociales, el papel de la misma en la sociedad que no evoluciona, sino que sigue restringida al hogar, la reproducción y el cuidado de los hijos, hacen de su participación un factor ausente que lleva a la inequidad en el trato, las oportunidades, y no facilita su incorporación a la modernidad que en todos los casos conlleva a reforzar el ámbito donde ocurre la MM.

Los grupos indígenas continúan siendo un sector de la población marginado, en régimen de inequidad y desigualdad, por su propia condición étnica, social o cultural; y es el grupo más vulnerable y susceptible por su rezago económico, cultural y educativo. Los indígenas no se han integrado a la sociedad moderna y, respetando su cultura, no hemos sido capaces de acercarlos los avances de la atención médica y otros órdenes.

6. Urbanización y desarraigo del medio rural: el fenómeno de la migración del campo a la ciudad ha constituido una fuente para la pobreza, el desempleo, la desnutrición, la aculturación, las adicciones y las conductas delictivas que enmarcan las posibilidades de MM para aquellas mujeres comprendidas en este proceso.

El crecimiento urbano, las zonas marginadas y los núcleos desprotegidos constituyen el reto de la transición demográfica, que en algunos sitios se ve agrandado por las migraciones temporales y las territoriales, en busca de empleo o mejores condiciones de vida.

7. Desempleo: junto con los anteriores factores, éste cierra el círculo del desastre familiar, social e individual, pues lo constituye la pobreza, el analfabetismo y los otros antes señalados. El desempleo confirma la falta de acceso formal a los servicios de salud que hundien al individuo y a su familia, engrosando así la población susceptible a la MM.
8. Acceso a los servicios de salud: a pesar de estar expresado como un Derecho a la Salud, el papel del Estado para otorgarlo –sobre todo a aquellos que no cuentan con Seguridad Social por no tener empleo–, se ha visto transformado con el

llamado Seguro Popular, que no es otra cosa que la transformación de la obligación de Estado a otorgar la salud y los servicios tendientes a su preservación, por un contrato limitado, con costo prepagado, para aquellos que no tienen acceso a los servicios habituales y que deberían ser otorgados sin cortapisa, con la única condición de ser tomados en cuenta para su pago simbólico con base en la situación socioeconómica que tuviera el individuo en ese preciso momento, acorde con un estudio socioeconómico (OMS, 1999).

Dentro del acceso debe considerarse como factores determinantes el acceso, aceptación y empleo de la planificación familiar. Las mujeres mueren por la combinación de factores económicos, políticos, sociales, ideológicos, culturales y de nivel educativo que les impide tener acceso a métodos de planificación familiar, en especial de anticoncepción, educación sexual, reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, para tener embarazos deseados en las mejores condiciones para su maternidad segura y responsable (OPS, 2002).

Si tomamos en cuenta que la falta de acceso a los servicios de salud es un factor más que indica la pobreza y su nivel, nos damos cuenta del drama, al parecer irresoluble, que implica romper con el círculo del desastre, que sólo se podrá llevar a cabo con políticas nacionales orientadas a realizarlo.

#### *4.6.6. Factores contribuyentes a la Mortalidad Materna*

Son aquellos que, de manera indirecta, contribuyen a la MM como: la medicina altamente tecnificada, que incluye las súper especialidades con tecnología de acceso restringido a la población en general, por su costo o complejidad; el costo de los servicios; la dispersión de los núcleos poblacionales en las zonas rurales; el aislamiento de zonas marginales urbanas; el surgimiento de las subculturas urbanas que incluyen elementos marginales de todo tipo, que impiden la integración a los servicios médicos, a los avances científicos, a los programas de prevención, etc.; ausencia de servicios urbanos básicos, que impiden la comunicación y la salubridad básicas, que pueden hacer precarias las condiciones de vida

(desarrollo de condiciones sanitarias, abasto de agua, vivienda, fuentes de energía, vialidad, seguridad, etc.); falta de acceso o rechazo a la planificación familiar y a los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, con la consecuente existencia de mujeres con embarazos no planeados, incluyendo de manera especial a las adolescentes, en este rubro resalta la falta de educación sexual.

Todas las anteriores constituyen un abanico de posibilidades que conforman el Perfil de Riesgo (OPS, 2002).

#### *4.6.6.1. Perfil de riesgo*

Para integrarlo, hace algunos años lo iniciamos con una mujer de 30-35 años, múltipara o gran múltipara (más de cinco gestaciones), casada o en unión libre, analfabeta, en el ámbito rural, sin servicios sanitarios; sin embargo, en el momento actual se transforma en una mujer adolescente o joven de 17 a 29 años, primigesta, con embarazo no planeado, baja escolaridad, en ámbito urbano o suburbano, con servicios básicos, nivel sanitario deficiente, sin acceso individual a servicios de salud, entre los que se encuentra la planificación sanitaria y reticencia a la anticoncepción y/ o desconocimiento de la anticoncepción de emergencia, procedente de familia numerosa, cuya pareja masculina es también adolescente o joven, con bajo nivel escolar, sin empleo, con algún conocimiento de anticoncepción, que mantienen en secreto la gestación en los primeros meses, hasta la evidencia física, sin vínculos matrimoniales. La paradoja es que si ella contaba con servicios médicos por parte del padre o la madre, pierde el derecho por estar embarazada, la existencia de ser estudiante activa le otorgaba servicios médicos, lo cual se ha olvidado o negado, dependientes económicos, ambos mujer y pareja, se convierten en una población muy vulnerable, que no está considerada en la organización, en la estructura de los servicios de salud, excepto en programas de papel y ninguna acción (OPS, 2002).

#### 4.6.6.2. *¿De qué se mueren?*

Desde que se inició la práctica del Arte de los Partos primero, después la especialidad en Gineco-Obstetricia, son tres las causas principales de las muertes maternas: la hemorragia, la infección y la pre-eclampsia, eclampsia, seguida muy de cerca de la distocia (parto obstruido) en cualquiera de sus variedades. Esta última con menor frecuencia gracias a la realización de la operación cesárea.

Dentro de las dos primeras causas señaladas están los casos derivados del aborto provocado o inseguro.

La hemorragia y la infección son las causas primordiales que llevan a la muerte a una mujer en la etapa reproductiva, y que se relacionan con una intervención tardía, inseguridad, manejo no definitivo, todos relacionados con impericia, falta de recursos, falta de experiencia, burocratismo excesivo, ausencia de normas de manejo, falta de supervisión, equipos medico-quirúrgicos deficientes y faltos de colaboración, falta de cooperación de la paciente, reticencia de la familia o la sociedad.

El caso de la pre-eclampsia, eclampsia o enfermedad vascular del embarazo, como ahora se denomina, significa la falta de control prenatal, en cualquiera de sus condicionantes. Un factor definitivo es la colaboración de la paciente, su pareja y la existencia de vínculos interpersonales, que favorezcan el acceso a la atención médica; así como la influencia de los padres de ambos cónyuges para aceptar la evolución de la gestación y la atención médica científica.

Siendo una patología cuya etiología aún no es conocida, el control de la evolución del embarazo, las condiciones previas de salud de la madre y el manejo del parto y puerperio se constituyen en factores definitorios para la vida de la mujer. Las enfermedades concomitantes como la diabetes, las cardiopatías, la nefropatía, el riesgo de enfermedad trombo-embólica, patología oncológica y otras, conforman un riesgo asociado, pero no

siempre definitivo en la evolución del embarazo, dado los avances en el conocimiento, control, vigilancia y resolución, que en la actualidad existen.

Actualmente, el embarazo asociado a accidentes o intentos suicidas caen dentro de los indicadores generales de la población en las edades respectivas, sin dejar de reconocer la depresión postparto o aborto, las enfermedades mentales desencadenadas alrededor de la gestación y los conflictos de pareja que pueden llevar o conducir a episodios suicidas. Asimismo, en la actualidad, en mujeres de todas las edades, pueda asociarse a las adicciones como un factor más de riesgo en el desarrollo del embarazo (OMS, 2003).

#### 4.6.6.3. ¿Qué contribuye a que se mueran?

*La maternidad sin riesgo es un asunto de Derechos Humanos*

El avance conceptual del papel de la mujer en la sociedad actual ha permitido trasladar el problema de Muerte Materna del ámbito puramente médico/profesional, es decir, lo orgánico/biológico, al terreno de la responsabilidad social, por el reconocimiento de los factores contribuyentes como la injusticia social, la discriminación, la pobreza y la ausencia del reconocimiento de los Derechos Humanos.

Las convenciones realizadas, después de haber establecido, organizado y funcionado la Organización de las Naciones Unidas, permitieron que en 1948 se emitiera la Declaración Universal de Derechos Humanos. De esa visión parten diversas estructuras que a nivel internacional promueven la condición de la mujer en el mundo:

- a. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (1979, 1981).
- b. Convención sobre Derechos del Niño (1924, 1979, 1989), que después se extenderá a los adolescentes.



De igual manera, los movimientos feministas han promovido el reconocimiento del valor y el estado de la mujer en todas sus condiciones de vida.

En la Conferencia Mundial de las Mujeres de El Cairo (1994), que había sido precedida por la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Teherán (1968), se reconocieron de manera inicial los Derechos Reproductivos como parte de los Derechos Humanos. De ahí han seguido las Conferencias de Pekín (1995) y Pekín +5 (2000), ratificando y ampliando dichos derechos hasta llegar a 2008, en donde se celebraron la Conferencia Internacional sobre los Derechos de las Campesinas y Campesinos en Yakarta, y la Reunión de la Asociación por los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (AWID) en Ciudad El Cabo, Sudáfrica.

Todas han sido para convocar a los países del mundo, a fijar sus objetivos en las circunstancias en las que la mujer vive o sobrevive; y como en un esfuerzo internacional se intenta y se promueven sus derechos y su desarrollo, lo que repercute en las condiciones de inicio del embarazo, su evolución y resolución, evitando la MM o al menos reduciéndola.

La OMS establece que “la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no sólo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social”.

Se aceptan cuatro categorías de Derechos Humanos relacionadas con la Maternidad sin riesgos:

- 1- Derechos relacionados con la vida, libertad y seguridad de la persona.
- 2- Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar.
- 3- Derechos relacionados con la atención a la salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de la información y educación sobre la medicina.
- 4- Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación.

Dentro de los que establece:

- a) La obligación de los gobiernos para asegurar el acceso a la atención a la salud adecuada en el embarazo, parto y puerperio; y a acceder al Derecho de las

Mujeres cuando van a tener hijos (tiempo y frecuencia); las estructuras de gobierno basadas en economía, decisiones jurídicas, sociales y de salud que aseguren los derechos fundamentales de la mujer.

- b) El Gobierno y su estructura asegura ese acceso a los servicios de salud; servicios, medios, bases jurídicas para que las mujeres puedan crear una familia y disfrutar de una vida saludable en su seno.
- c) Estos derechos imponen la obligación a los gobiernos de, además de facilitar y asegurar el acceso a los servicios de salud, favorecer la salud sexual y reproductiva, apoyar la maternidad sin riesgo, en que se aplique desde la atención primaria de la salud hasta los medios científicos/tecnológicos, que apoyen la salud de la mujer, entre los cuales debe comprender la planificación familiar, el aborto y la educación sexual.
- d) El acceso a la educación de las mujeres y la atención a la salud sin discriminación por sexo, estado civil, edad, nivel económico; asegurar la independencia, fortaleza y decisión de la mujeres fuera del control del varón; la protección de las mujeres adolescentes y jóvenes para decidir por sí mismas, fuera de la autorización parental, haciendo hincapié sobre la no asignación de recursos, intereses, prioridades para atender las necesidades de las mujeres y garantizarlas, favoreciendo las leyes, su aplicación y el ejercicio real de los Derechos Humanos (ONU, 2008).

La base de lo anterior lo dan las políticas, leyes, reglamentos que apoyen las acciones de los médicos y el equipo de salud para realizar todas las acciones que salven la vida de las mujeres, con base en un Sistema de Salud, infraestructura, criterios de acción profesional, educación de calidad en la formación, capacitación y a nivel continuo, con mecanismos de supervisión, evaluación y reconocimiento de los servicios de campo y administración que prueben y demuestren en la realidad su eficacia.

Por lo anterior, se plantean nuevos paradigmas en la atención maternal y neonatal, que tienden a mejorar la capacidad resolutoria, adaptación de los servicios de salud a las expectativas, creencias y valores de la población usuaria, lo significa una mayor

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vinculación entre los profesionales de la salud y la población, con base en sus derechos y necesidades.

De todo lo anterior se puede concluir que la atención calificada del parto puede llevarla a cabo el médico, enfermeros, parteras profesionales y otro tipo de personal de salud, siempre que hayan sido calificados en Atención del Parto. Debe adecuarse los conceptos y sistemas al país, cultura, recursos y aceptación de los servicios de salud; la disponibilidad, asequibilidad y acceso de estos servicios son fundamentales (OMS, 2003).

En la actualidad, la política internacional de favorecer la Atención Primaria de la Salud se trata de reactivar, a partir de cuatro orientaciones de principios básicos de atención a la salud: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas centradas en la promoción y prevención, y finalmente el liderazgo de orientación gerencial, que favorezca la equidad, la eficiencia y la eficacia con participación de la comunidad, tendiente a crear un Sistema Nacional de Salud (OMS, 2003).

Se puede resumir este discurso médico en relación con la mortalidad materna asociada a la falta de equidad y de oportunidades en Salud reproductiva, como un problema médico y social, y enfrentarlo de manera integral con todos los factores económicos, sociales, culturales, jurídicos, políticos y de salud, que priven en un estado determinado.

Debemos reconocer que la MM está ligada a la vigencia de los Derechos Humanos, y en especial a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, su aceptación, vigencia y aplicación es responsabilidad del Estado. La política que emana del Estado repercute en la MM, sobre todo el apoyo a la planificación familiar, con leyes que garanticen el apoyo a las mujeres, así como su acceso a la atención a la salud.

Además, no se debe olvidar que nuestro Estado sigue siendo un indicador internacional para la tasa de la MM, y que ésta se le relaciona con el grado de desarrollo de nuestro país. En la generación de políticas públicas se debe procurar la normativa y recursos para la atención calificada del parto, pues no es suficiente la atención prenatal, es necesario

contar con medios para la atención obstétrica de emergencia, la capacitación del personal de salud, verificar el acceso a los servicios, la incorporación de los avances científicos y tecnológicos, la formación y la sensibilización de los integrantes del equipo de salud a nivel de pre y posgrado y a los servicios de salud, la ampliación de la gama de integrantes del equipo de salud a nivel profesional y técnico, que esté capacitado para la atención obstétrica calificada, así como la aceptación de los indicadores de procesos para monitorear, evaluar y toma de decisiones sobre MM (porcentaje de partos atendidos, personal capacitado, número de establecimientos de salud, existencia de atención obstétrica de emergencia, porcentaje de complicaciones obstétricas, porcentaje de operación cesárea, tasas de letalidad).

#### **4.7. Práctica médica: entre lo institucional y la ética médica**

La salud reproductiva, base empírica del problema planteado en esta tesis, conlleva a construcciones sociales diversas. Entre las más relevantes, y que aquí expongo, están el enfoque institucional al que se acogen las instituciones públicas de salud, y el enfoque bioético, encargado de cuestionar y ordenar el ejercicio de las disciplinas médicas. Es presumible que las mujeres en estado de pobreza está el entendido de no tener el control, o el medio de obtener el acceso en la economía de su núcleo o entorno (recurrir a un organismo para la asistencia médica en una institución de seguridad social), debido a la falta de un ingreso económico que permita elegir entre dos o más opciones de conseguir la atención médica; es decir, optar entre la atención médica de una institución de seguridad social –con todas las desventajas en la calidez y calidad de la atención médica, contando con la violencia y poder asimétrico–; y la opción de un medio privado, donde se tiene el empoderamiento de pedir y exigir un decoro en el cuidado médico. Los estudios de Maza han puesto en evidencia cómo parte de la falta de poder en las mujeres o desempoderamiento las lleva a situaciones de desigualdad de género (Maza, 2009: 5).

Es claro que en las relaciones de médicos y pacientes no existe el poder simétrico, aunque esto pareciera como el estado ideal para el ejercicio de poder entre ellos. Se define

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

violencia ejercida hacia la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género, que cause la muerte, daño, o sufrimiento físico, sexual psicológico de la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Maza, 2009: 23).

El empoderamiento es un proceso que permite la conceptualización de una posibilidad de vida de acuerdo a las necesidades y las decisiones del empoderado. Es un trayecto lento y continuo que acrecienta el poder y control sobre sus vidas en la toma de decisiones, y que ayuda en la construcción de la autoconfianza, la ampliación de opciones y oportunidades al creciente acceso y control de los recursos (Maza, 2009: 57-58).

Se podría partir el entendimiento del problema desde la perspectiva médica, analizando la biologización de la sociología en la construcción de género, pero esta ruta sólo nos daría como resultado describir y clasificar género en lo masculino y femenino con la demarcación que establece la presencia de órganos genitales masculino o femeninos respectivamente. Mejor aún es adoptar la visión de ver la construcción de género con la socialización de la biología, en donde se establece que todo son construcciones sociales, por parte de los actores sociales y éstos dentro de un campo social donde se llevan las interacciones de todo actor social y su perspectiva que hacen del mundo, de ellos mismos y de los demás.

La construcción del género demarca lo que es lo masculino, lo femenino y además una construcción de la neutralidad en el género. En los seres sociales es relativamente fácil delimitar lo que es socialmente construido como masculino y lo femenino. El problema es encontrar donde está la Neutralidad, una línea fronteriza entre lo femenino y lo masculino.

Se antoja pensar que el ideal estuviera en un plano horizontal con las equidistancias de las características de la neutralidad, que se definen socialmente para la construcción de lo masculino y lo femenino. En la observación de los comportamientos de los seres sociales masculino y femenino parecen ser de una relación de distancias de la neutralidad no iguales entre los hombres y de las mujeres hacia esa neutralidad construida socialmente,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es decir asimétrica; y además es una concepción de relación vertical, en donde se observa que el género se relaciona con lo masculino arriba, en un plano de dominación y lo femenino abajo, en la subordinación.

Esta lógica de dominación en lo que podemos llamar, Dominante y Dominado, obedece en la sociedad como el resultado de la construcción de la idea de género, lo masculino y lo femenino y la neutralidad. En la sociedad, estas construcciones son del uso corriente, del orden de la vida diaria, se puede decir que se emplean como valorizaciones tácitas, que están presentes en los seres sociales, en su estilo de vida, expresadas en su lenguaje, dando un resultado que se trata de lo natural, sobre la visión del mundo, estableciendo lo arbitrario y lo que es contingente. Si cada sociedad adopta e impone una normalidad para sus individuos, ya sea asimetría de los sexos en forma horizontal o relaciones de verticalidad de dominación y subordinación, entonces obtendrá como resultado construcciones sociales que se adoptan como naturales y se les nombra como normal por el uso y la costumbre de sus seres sociales. Esto en relación con la dominación masculina, lo llama Virginia Wolf como la magia hipnótica de la dominación, una forma llevada tácitamente en la sociedad de ver como normal el eje vertical de relacionar lo masculino como dominante sobre lo femenino como ser subordinado (Bourdieu, 2000).

Por otra parte, el ambiente (médico) es la suma de las sensaciones físicas y emocionales percibidas por las personas en los lugares donde laboran (hospital). Entre estas sensaciones están la comodidad corporal, las sensibilidades estéticas y las relaciones sociales; y pueden influir en ellas el clima, la ubicación del puesto de trabajo que ocupa un individuo, y en qué tipo de entorno social está inmerso. Un ambiente adecuado puede aminorar las relaciones hostiles de quienes trabajan en él, o al contrario, enfatizarlas.

El espacio médico hospitalario se define como un lugar donde se desempeñan actividades médicas por las que se desarrolla la actividad médica. La apropiación del espacio laboral se da a partir del reconocimiento del lugar como propio, impregnándole aspectos personales como fotos, imágenes, títulos o cualquier otro rasgo que haga notar la pertenencia de alguien en ese lugar. Por tanto, la violencia dentro del área laboral es toda

acción ejercida en el ámbito que manifieste abuso de poder por parte del médico, o del personal jerárquico, de quien tenga la función de mando, de un tercero vinculado directa o indirectamente con él, o quien tenga influencias de cualquier tipo sobre la superioridad como los son los cuerpos directivos de los hospitales. Esta acción está ejercida sobre la paciente, atentando contra su dignidad, integridad física, sexual, psicológica o social, mediante amenazas, intimidación, maltrato, menosprecio, insultos, bromas sarcásticas reiteradas, discriminación negativa, desvalorización, imposición, inequidad de trato, excluirlo/a de oportunidades de acceso al manejo de su enfermedad, abuso en el manejo de tiempos de espera prolongados y del tiempo de atención breve, acoso psicológico y el acoso sexual.

Entre las manifestaciones de violencia más comunes que encontramos son las conductas que se manifiestan en la violencia de género, como el saludo irónico, las bromas, el recorrido de las miradas por todo el cuerpo, las descalificaciones hacia la persona, las evaluaciones constantes de su forma de atender las indicaciones médicas, que suelen provocar malestar a la paciente. La descalificación no es necesariamente abierta y directa sino muchas veces oculta tras la broma y el albur, lo que genera risas y burlas, o el hacer parecer que se ignora la presencia de la paciente misma ante la presencia del médico o de alguien más del equipo de salud. Las personas pueden ser violentadas a través de la crítica abierta acompañada de la mofa. La descalificación es una de las herramientas más utilizadas en los ambientes médicos y va dirigida a la persona. Ejemplos muy notorios suelen ser:

- La burla (en torno al cuerpo).
- Violencia de género (por ser hombre, mujer u homosexual).
- Las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres con marcada agresión (bromas y acosos).
- Constante aislamiento en la paciente.
- Prohibir hablar, mostrar emociones o incluso dolor y el hacerse escuchar durante la entrevista con el médico.
- Obligar a realizar actividades no entendibles por las pacientes o no explicadas como necesarias en los procedimientos médicos de exploración o tratamiento,

interpretándose como formas de imposición sin entender su sentido por parte de las pacientes.

- Juzgar de manera ofensiva.
- Comparaciones constantes entre una persona y otra.
- Limitar la información necesaria a la paciente en torno a su estado de salud.
- La necesaria desnudez de las pacientes durante la exploración médica o durante los procesos diagnósticos y terapéuticos.
- No cuidar el pudor y la confidencialidad de las pacientes durante el interrogatorio y la exploración clínica.

¿Cómo se forman las violencias en los espacios médicos? ¿La violencia de género en los espacios médicos es significada de la misma manera por los médicos y las pacientes?.

Se trata de mostrar que las manifestaciones de la violencia de género en los espacios médicos adquieren particularidades que se expresan a través del lenguaje, comportamientos y conductas. Las conductas violentas están tan inmersas en la vida diaria de los médicos que suelen ser cotidianas y, por tanto, consideradas como naturales, como por ejemplo, las bromas, las descalificaciones, el recorrido de las miradas y así sucesivamente. Si bien siempre ha existido el uso de la violencia en diferentes ambientes sociales, es en las últimas décadas que se ha observado con mayor rigidez, y en cada espacio se crean formas de violencia; esto no quiere decir que no se haya manifestado con anterioridad, sino que actualmente se ha denunciado con mayor frecuencia. Las manifestaciones de la violencia en los espacios médicos son cada vez más evidentes, pues están acompañadas de comportamientos que no siempre pueden ser explicados. Los conflictos y las tensiones que emanan de los campos adquieren características mucho más complejas (Morín, 1995).

Es un engranaje social en la concordancia de las estructuras objetivas y de las estructuras cognitivas entre la conformación, el ser y las formas de conocer, desarrolladas en el curso del mundo y sus formas empleadas de conocer y las expectativas que provoca lo que permite las relaciones de los actores sociales con el mundo. Esta experiencia abarca el mundo social y sus divisiones arbitrarias, comenzando por la división socialmente



construida entre los sexos, como naturales, evidenciando una total afirmación de legitimidad (Bourdieu, 2000: 21).

La diferencia biológica de los genitales hace construir una disimilitud natural de la diferenciación social que se hace implícita en la división sexual, como por ejemplo del trabajo. El cuerpo y sus movimientos determinan la construcción social, llenando de símbolos y significados de manera convencional y motivada hasta llamarlo natural, lo cual explica, en la visión social de la dominación masculina, una causalidad circular de esta relación de dominio en el género.

La dominación masculina puede afectar a la mujer desde su atributo de autonomía al interferir en la elección de una vida saludable y en la búsqueda de recursos para la salud. También la dominación masculina puede interferir en el control del cuerpo del otro, siendo esta asimetría de género quien no reconoce en la subordinada el derecho legítimo del poder de su propio cuerpo, al ser tomado su control de dominada por el dominante masculino, moviendo la línea de la neutralidad del género a reconstruir más asimétrica le relación de género.

El concepto de “habitus” que establece Bourdieu, en gran parte ayuda a entender las conductas regulares que muestran los médicos durante su trabajo en los escenarios de su práctica cotidiana como médicos. Él afirma que el habitus constituye el fundamento objetivo de conductas regulares y, por lo mismo, de la regularidad de las conductas y las prácticas, pues el habitus es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias; es también el modelo consensual de la sumisión a reglas, normas y valores que se impondrían desde el exterior, o, a la inversa, el principio de agregación de decisiones individuales y racionales postulado por el individualismo (Bourdieu, 1987b: 40).

El habitus es sistemático (lo que explicaría la relativa concordancia entre nuestras diferentes prácticas), es decir, puede transponerse de un ámbito de la práctica a otro, de un campo a otro (lo que nos permitiría presentir, en cierta manera, cómo va a actuar un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

agente en una situación determinada, después de haberlo visto actuar en situaciones previas, los médicos actúan y actuarán igual dentro de un mismo campo, como decir igual en cualquier hospital de una cierta institución). “El habitus no es el destino, y aunque es duradero, no es inmutable” (Bourdieu, 1992: 109).

El juego (podría decirse como la práctica médica) se refiere a una actividad sometida a reglas generalmente escritas y explícitas. Sin embargo, según Bourdieu, el “juego social” no siempre comporta reglas explícitas. Las normas de legitimidad son reconocidas e interiorizadas por los agentes, y pueden estar muy alejadas de las normas escritas. Como serían las normas de actuar de los médicos ante las pacientes y de cómo esperarían las pacientes ser tratadas por el hecho predecible de estar en una institución de la cual ya se construyen expectativas de acciones y tratamientos entre el juego de los actores, como el de ser médico o el de adoptar el papel de ser paciente.

En un segundo sentido, el juego (práctica médica) remite al desarrollo mismo de una partida y a la manera de jugar. Hay juego porque las reglas abren un espacio de juego como sistema de alternativas a la vez limitado y abierto, regido por la “lógica inmanente” del juego en cuestión, como la forma de jugar al ser los médicos y el papel de jugar a ser pacientes dentro del campo de la medicina.

En un tercer sentido, el juego implica afrontar en cada jugada las probabilidades abiertas por la situación del juego en un momento determinado. Es decir, la “habilidad de jugar” se actualiza en las diferentes “situaciones de juego” que restringen el espacio de las alternativas posibles a las alternativas probables en el momento considerado como “disposición estratégica”. O como sería la forma de explicarse, porque las pacientes han sido tratadas de una manera predecible, no importa qué médico las trató, sino que sea el médico que sea, es predecible la forma como se repite el mismo modo de tratar a las pacientes, y sin importar qué paciente sea, todas al final son tratadas como las “pacientes”.

Por último, la condición esencial para acceder al juego social es el poder, dado que la capacidad de jugar es solidaria del juego con las cartas que se posee. Podríamos decir que

existe una diferencia capital entre el “habitus” en sentido restringido y el “sentido del juego”: todo individuo y todo agente social están en cierto modo “condenados” al habitus; pero el “sentido del juego” está desigualmente distribuido y depende del capital que se posee. Pero el capital es poder, y, por lo tanto, el poder determina la esfera de lo posible (Bourdieu, 1992: 109).

Foucault estudia hondamente el Poder, rompiendo con las concepciones clásicas de este término. Para él, el poder no puede ser localizado en una institución o en el Estado, está determinado por el juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros al interior de estas estructuras. El poder no es considerado como algo que el individuo cede al soberano (concepción contractual jurídico-política), sino que es una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad determinada. Por lo tanto, el poder, al ser relación, está en todas partes, el sujeto está atravesado por relaciones de poder, y no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder, según dice, no sólo reprime, sino que también produce efectos de verdad y produce saber (Foucault, 1980).

Para ayudar a entender la naturaleza del poder en las relaciones entre los seres sociales, hago mención de los cinco postulados que menciona Foucault que hacen del poder como algo “natural” en las interacciones sociales:

- Postulado de la propiedad.
- Postulado de la localización.
- Postulado de la subordinación.
- Postulado del modo de acción.
- Postulado de la legalidad.

El postulado de la propiedad le confiere a la clase dominante –en este caso al médico– la posesión del poder, lo cual hace que resulte muy natural que éste sea quien ejerza poder por poseer más, todo el poder en la relación médico-paciente, como una estrategia dentro de este juego, y los efectos del poder son dispositivos coyunturales, nunca unívocos de funcionamiento para esta interrelación.

El postulado de la localización, según el cual el poder debe entenderse como el poder del estado y, en este caso, al médico se le asigna como la representación de la Institución de Seguridad Social, una extensión del Estado, entendiéndose que según Foucault el poder se le otorga por la colectividad al Estado.

El postulado de la subordinación, donde el poder que está intrínseco al aparato del Estado, en su caso al médico como representación de la Institución-Estado, se subordina al modo de producción de su infraestructura “el poder tiene como caracteres la inmanencia de su campo [...] y la continuidad de su línea”.

El postulado del modo de acción, según el cual el poder actúa por medio de mecanismos de represión y por ideología, es decir “el poder produce lo real”, la normalidad, lo normal, lo acostumbrado, y de esto deriva que la norma esté constituida por su sistema de gradaciones, la norma interviene a lo largo de toda la vida, la multiplicidad es lo que hace funcionar a la norma, a la norma se le conoce a partir de un cierto saber, y la norma actúa por medio de los normalizadores.

El postulado de la legalidad, en el cual para el poder del Estado se expresa mediante la ley, en cuyo caso al médico se le protege y se da la autoridad y poder mediante las normativas de la Institución como la representación del Estado, en caso de los médicos y las pacientes (Foucault, 2008).

Destaca el surgimiento de un biopoder que absorbe el antiguo derecho de vida y muerte que el soberano detentaba y que pretende convertir la vida en objeto administrable por parte del poder. En este sentido, la vida regulada debe ser protegida, diversificada y expandida. Su reverso, y en cierto sentido su efecto, es que para tales efectos es necesario justamente contar con la muerte, ya sea en la forma de la pena capital, la represión política, la eugenesia, el genocidio, etc., como una posibilidad que se ejerce sobre la vida por parte del poder que se fundamenta en su cuidado (Foucault, 1980).

#### **4.8. Poder del médico desde la sociología**

La profesión médica fue la clase que se diferenció del hechicero, del mago y del sacerdote, gracias al reconocimiento del Estado desde la edad media en Europa, con un estatus especial. Era la única con capacidad reconocida para poner en tela de juicio su propia práctica, la única con derecho a regular sus propios criterios de ejercicio y de autoeducación, y de selección de aspirantes al oficio de la curación (Sigerist, 1951).

El capitalismo, al llegar en su Pro de la competencia, se reforzó en la práctica de la medicina aliándose con el estado, su autonomía como actividad, consiguiendo la persecución de cualquier intrusismo, obteniendo del Estado la gracia en ser autoregulado y el derecho del control de su práctica y de su organización del trabajo. Actualmente, en los países capitalistas desarrollados, la profesión médica tiene un estatus que la convierte en autónoma, respecto al resto de la sociedad, y la lleva a encabezar la organización sanitaria. Tal es su importancia, que las profesiones paramédicas legitiman su estatus en relación con la relación de subordinación y dependencia con el médico. Así la profesión médica controla exclusivamente su propia actividad, y controla y organiza al resto de las profesiones que se establecen alrededor de la medicina. De la relación con el estado, ha obtenido el poder y la autonomía, la cual se ha incrementado creando una de las sociedades paralelas con más influencia (Nuyens, 260).

La profesión médica ha sido uno de los vehículos ideológicos del Estado importantes para desarrollar y aplicar el concepto de salud, y a vez influye en el Estado para hacerle asumir sus propios criterios y concepciones de lo normal y anormal, de la enfermedad y en dictaminadores de la sociedad del bien y del mal. Si a este poder se le suma el interés económico, convierte la profesión médica en monopolizadora de lo normal, de lo desviado, y de las técnicas para corregir la desviación. Así la profesión que se eleva sobre el bien y el mal, se convierte en el grupo social que interpreta las divinas leyes que rigen el comportamiento de los humanos.

La profesión médica está preocupada en acrecentar su poder económico y de prestigio, tanto científico como social, es incluso un elemento de estratificación social. Prueba de ello es la ubicación de los médicos en las poblaciones económicamente más pudientes que remuneren sus servicios, como el adagio ítalo que versa: “la medicina es la ciencia que le dice al pobre como curarse si fuera rico” (Kenny y Jesús de Miguel, 1980).

En la opinión de Freidson sobre el poder tirano de la profesión médica, desde su estructura y organización, la medicina logra un estatus especial, al convertirse en una compleja división del trabajo, encontrándose libre en controlar el contenido de su labor y sus propios límites (control interno y su configuración), y se establece que el objeto de la medicina es la enfermedad como concepto social que la establece como la desviación de la normalidad. La medicina, con su alto nivel de conocimiento y ciencia, adquiere el estatus de alto nivel al ser órgano de consulta (Freidson, 1978).

Un elemento muy importante que convirtió la profesión médica en un órgano de consulta, aparte del estatus legal, fue el desarrollo de habilidades y destrezas en el control y predicción de un espectro amplio de enfermedades humanas, con lo cual aumentó la confianza demostrando la justicia de las demandas de privilegio y monopolio de su conocimiento, convirtiéndose en profesión con autonomía (Freidson y Lorber, 1972).

Esta autonomía técnica, en su propio control sobre el trabajo, le es un definidor de carácter político en su relación con el Estado, dejándole el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo, de su organización social y económica, y posteriormente de las otras profesiones relacionadas con el ejercicio de la medicina. Se sitúa en el vértice de la organización de la asistencia sanitaria, y bajo su autoridad se encuentran las profesiones paramédicas que carecen de autoridad, autonomía y con menor prestigio, esta subordinación es lo que hace que sea la práctica médica la única fuente que lícita el ejercicio de las demás profesiones relacionadas. La profesión médica tiene derecho para declarar las valoraciones exteriores a ella como ilegítimas e intolerables. Esta posición privilegiada la concede la sociedad. Es importante para su supervivencia que la elite

dominante siga creyendo en el valor positivo de la profesión, que la proteja de cualquier clase de intrusiones (Freidson, 1975: 278).

La medicina ha obtenido la jurisdicción sobre que es la enfermedad, y de cómo ha de actuar la persona para ser tratada como enferma. La enfermedad es una desviación de un conjunto de normas que constituyen la salud y la normalidad. Y la medicina se convierte en una actividad moral que descubre lo que es indeseable. La enfermedad como estado social implica cambios en las conductas. Dice Parsons sobre el enfermo que se libra de sus obligaciones normales y se le permite lícitamente desviarse en tanto busca la ayuda para recuperar la salud. El médico se convierte en un empresario moral que dicta lo lícito de la desviación y lo que se debe hacer. Ésta es una idea funcionalista (Parsons, 1951: 428-479).

La profesión médica se articula como un grupo de presión en casi todas las sociedades, y como vehículo de estratificación social. La creencia en la profesión médica como carrera que lleva aparejada un elevado estatus socioeconómico está muy arraigada en nuestro subconsciente colectivo. Aunque el gran número de médicos está creando tensiones dentro de la profesión, ello ha planteado la necesidad de reducir la matrícula en las instituciones formadoras (Rodríguez, J., 1979: 95-10).

El Interaccionismo simbólico es una de las corrientes de la microsociología, relacionada también con la antropología y la psicología social, que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación. El Interaccionismo simbólico se sitúa dentro del paradigma interpretativo que analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes. Este paradigma concibe la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado.

De acuerdo con Herbert Blumer acuña el término Interaccionismo simbólico en 1938, sus principales premisas son:

- Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. Es decir,

a partir de los símbolos. El símbolo permite, además, trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.

- Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial, tanto en la constitución del individuo como en la producción social de sentido.
- El signo es el objeto material que desencadena el significado, y el significado es el indicador social que interviene en la construcción de la conducta. Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.
- La distinción entre conducta interna y externa presupone que el individuo se constituye en la interacción social (formación del yo social autoconsciente), y que no es posible entender el yo sin el otro ni a la inversa, y que los grupos y la sociedad se constituyen sobre la base de las interacciones simbólicas de los individuos al tiempo que las hacen posibles.

El interaccionismo simbólico es un método de estudio participante sobre el sujeto, y lo social como el marco de la interacción simbólica de individuos, y es la comunicación el proceso social a través del cual se constituyen los grupos y los individuos (Blumer, 1982).

Goffman, en su Teoría de la Interacción de Actores basada en el esquema interpretativo de la dramaturgia, estudia los ritos de interacción comunicativa que aprendemos y ponemos en juego en nuestra vida cotidiana. Define el rol como un conjunto organizado de expectativas de comportamiento en torno a una función o posición social. El desempeño del rol cuando se interactúa ante los demás en un determinado contexto espacial y temporal (fachada), sobre la premisa de estar siendo observados (escenario), es la parte visible y contextualizada del self especular, que para Goffman es más producto de la interacción social que de la propia intervención del sujeto. Sin embargo, cuando se interactúa entre bastidores, los roles pasan a segundo plano. Cada interlocutor o actor asume uno o varios roles en la interacción en función del marco (situación-tipo



reconocible por los participantes) y el escenario, así como de la imagen que se desea ofrecer a los otros. La comunicación no se limita sólo a estas conductas interactivas, sino que también el contexto espacial y cultural (fachada) adquiere significado (Ritzer, 1993).

#### **4.9. Salud reproductiva, entre lo institucional y la ética médica**

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa de Salud reproductiva en las instituciones de salud está considerado como uno de los prioritarios, según las políticas públicas en materia de salud, y son los ginecólogos uno de los actores sociales más importantes que atienden a las mujeres.

Acerca de esta corriente bioética, hay que mencionar que la aparición de la corriente bioética del Principialismo, propuesta por Beauchamp y Childress, en el siglo XX, en los Estados Unidos, es la respuesta a la necesidad de dar respuesta a los dilemas bioéticos que se suscitaron en la práctica de la medicina, buscando la correcta toma de decisiones (Beauchamp y Childress, 1994: 241-249).

Dicha corriente ha tenido simpatizantes y también quienes argumentan que incluso no es del todo una corriente bioética, es una postura que busca encontrar y construir una bioética de los mínimos, es decir, cuáles son los principios mínimos que deba contar el ser humano y que se le deban preservar en todo momento, y por eso se le llamó el Principialismo, por tratar de encontrar los principios (derechos, valores) mínimos universales, que a todo ser humano se le deba reconocer y brindar en el trato de la dignidad de persona. Los principios son de carácter básico, refiriéndose a lo elemental, de reconocimiento por todos, aunque no son absolutos y sirven para atender también a la circunstancia del caso de análisis.

Cabe mencionar que también ha sido una respuesta a la búsqueda de soluciones a los dilemas médicos y de investigación de experimentación en seres humanos, ampliamente conocidos en la historia del siglo XX, donde se reveló a la opinión pública actos médicos científicos y de investigaciones biomédicas en seres humanos cargados de violaciones a los valores de los pacientes, y ahora también en un intento de explicar que la condición de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

persona de la mujer y su meritorio derecho de ejercer su autonomía para acceder a los servicios de Salud reproductiva en busca de su beneficio, y evitar la no maleficencia y ejercer además un sentido de justicia, al tener un sentido de equidad en derechos y circunstancias al igual que los del varón. Por estas razones, parece que es pertinente hacer el análisis con esta corriente bioética, ya que la violencia de género es un problema inicialmente ético y de incumbencia médica y social.

Por haber un conflicto de intereses, unos a favor de la mujer y en defensa de los derechos de salud para todos, hombres y mujeres por igual, es pertinente que si bien la jurisprudencia ha emitido un reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres –como se ha promulgado como parte de los derechos humanos universales–, se espera una respuesta a favor ahora de las mujeres, en la instauración de su autonomía, desde ahora donde hay grupos que exigen su análisis social y desde la bioética también, para comprender y no sólo describir y entender el fenómeno de la violencia de género como un hecho social, sino también la vinculación con el orden de la vida práctica donde se operacionalice el concepto con el ejercicio de la solución de los problemas sociales. El contacto inicial puede ser de dos maneras: directa e indirecta.

#### *4.9.1. Tipos de relación médico-paciente*

En la relación médico paciente, el contacto inicial puede ser de dos maneras: directa, cuando es el propio paciente selecciona a su médico; y en forma indirecta, cuando son terceras personas las que seleccionan a los profesionistas y luego le asignan a los pacientes a su cuidado. Tal es el caso de las instituciones de seguridad social, seguros comerciales de gastos médicos o corporaciones bancarias. Cada tipo de relaciones puede presentar ventajas para ambos elementos: en la directa, el inicio y término del contrato depende solamente de ellos y resulta más probable que las características de benevolencia, benediciencia y benefidencia aparezcan; en las indirectas, los beneficios económicos son evidentes: para el médico la percepción de emolumentos fijos o variables “pero estables”, para el enfermo el financiamiento de los gastos, que en muchas ocasiones sería imposible cubrir en forma directa.

#### *4.9.2. Ámbito de la relación médico-paciente*

El medio ambiente en el que se da la interacción puede ser el consultorio médico, el domicilio del paciente, el hospital, en los laboratorios clínicos o en los gabinetes de diagnósticos, y éstos pueden ubicarse en el contexto de la relación directa o de la institucional. En todos los escenarios intervienen factores relativos al ambiente físico, al personal auxiliar y al propio médico (vestimenta, modos de expresión, lenguaje y actitud), que desde el inicio fluyen en la calidad y resultados de la atención.

#### *4.9.3. Obstáculos de la relación médico-paciente*

En el médico se pueden identificar algunas posibles barreras para la relación médico paciente, como su propia competencia profesional, sus aranceles, sus prejuicios, su capacidad de comunicación, su aspecto; y en el paciente se pueden identificar problemas como su nivel educativo y cultural, capacidad económica y escrúpulos. En el medio ambiente físico, la iluminación, el ruido, el mobiliario, el estado emocional en el que se estructura a sí mismo, la interposición de la tecnología médica que inunda con artefactos, que hacen más eficiente el proceso de la atención médica, también forman una pantalla entre ambas personas.

En la vertiente del médico hacia el paciente, la más destacada es la deshumanización y la despersonalización, aunado al aumento de personas que brindan el cuidado y a la tecnologización de la medicina. Sus expresiones mayores son su conversión en un objeto sin rasgos personales, sentimientos y valores, identificando al paciente como un número, un expediente, una enfermedad o un procedimiento, llevando a la ausencia del calor en la relación humana. Otros problemas pueden ser el abuso económico, el físico o el sexual, el engaño, la indiscreción, el abandono, la desconfianza y la discriminación.

En la vertiente del paciente hacia el médico también se produce el fenómeno de la deshumanización, donde al médico se le transforma como un número de consultorio, una

especialidad, perdiendo sus cualidades personales e individuales. El abuso personal, el engaño, la indiscreción, también se pueden producir por parte del enfermo hacia su médico.

Una forma muy frecuente de utilización del médico es mediante la exigencia, por parte del paciente, de una solución o de realizar tratamientos que el médico no considera adecuados, o incluso inmorales. Esto pasa por considerar al médico como un prestador de servicios técnicos, rebajándolo del carácter de persona.

La relación puede terminarse por falta de colaboración de los pacientes o sus familiares, por incompatibilidad de valores morales, por imposibilidad física del médico de atender a los enfermos, por falta de recursos económicos, por interferencia con otros colegas o por reconocimiento de limitaciones del médico. En la práctica institucional, o en los servicios comerciales convenidos, existen cláusulas para la suspensión de esta relación, y se imponen en el mismo contrato legal suscrito por las partes.

Las actitudes que fortalecen la relación médico paciente son:

- Reconocer la dignidad intrínseca del enfermo.
- Tratar al paciente como individuo.
- Atender al enfermo como un ser biopsicosocial.
- Fomentar la participación del enfermo y sus familiares en el cuidado de su salud.
- Entender con empatía la perspectiva del otro y comprender mejor sus respuestas.

#### *4.9.4. Procedimientos institucionales sobre Salud reproductiva*

El derecho a la Salud reproductiva, como se define, es un contexto idealmente neutro donde se establece que los hombres y las mujeres deben gozar de los derechos y libertades que les permitan tener acceso a la salud, para el disfrute de la vida sexual libre de enfermedades de transmisión sexual, y en goce para ambos con capacidad de elegir pareja

y tiempo de ejercicio de la vida sexual activa. Abarca también aspectos de la decisión sobre la reproducción, un embarazo, parto y puerperio libres de riesgos. Se plantea también un sentido de la maternidad y de la paternidad compartida en derechos y obligaciones, así como el derecho de las mujeres del acceso a la detección oportuna del cáncer ginecológico.



## CONCLUSIONES

Etnografía del poder en la relación médico paciente, identificación de una forma de violencia simbólica hacia las mujeres en el programa de salud reproductiva

Investigación realizada en:

- Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, México.

Este estudio de campo arroja la necesidad de profundizar sobre varios puntos:

1. Relaciones laborales en conflicto entre médicos e instituciones.
2. Conflictos de satisfacción de pacientes dentro de las instituciones de seguridad social en área médica.
3. La violencia que se ejerce en los procesos de la atención medica en materia de salud reproductiva.

Este último punto es el que se aborda en la presente investigación, y se dejan los otros que, sin ser menos importantes, se ha tomado la decisión de dejarse para otras líneas de investigación sociológica.

El presente estudio puede ser cualificado como una aproximación fenomenológica hermenéutica que al final deja en el investigar una doble ruptura epistemológica, tomando como base la teoría fenomenológica de Heidegger (1974), a partir de las siguientes premisas: La fenomenología debe poner de manifiesto qué hay oculto en la experiencia común diaria. Descubrir la estructura de la cotidianidad, un sistema interrelacionado de aptitudes, papeles sociales, proyectos e intenciones. La acción humana se compone de un dominio directo de los objetos, para explicar la intencionalidad. La situación es un tipo de

intencionalidad más trascendente y fundamentadora que la manifestada sólo con mirar o pensar sobre los objetos, y esta intencionalidad más fundamental es la que hace posible la direccionalidad desde el saber científico.

Es también una actividad hermenéutica por la razón de que se ha tratado de explicar, interpretar los hechos sociales como símbolos deben interpretarse en lugar de describirse y explicarse objetivamente.

La percepción del autor re rompe una vez que se transdisciplina en su pensamiento y forma de percibir los hechos cotidianos en el campo médico lo que se explica como la doble ruptura de Bourdieu (2003). El concepto de "ruptura epistemológica" alude a la necesidad, de alcanzar una herida que permita ir más allá de la evidencia, tratando de hacer "verdadera ciencia", para "conquistar el objeto contra la ilusión del saber inmediato".

Véase en Anexo el ensayo de autoetnografía que permite al autor mostrar los cambios en la percepción del fenómeno social.

En este trabajo se pretendió estudiar la violencia de género en la relación médico paciente durante la procuración de servicios de salud reproductiva, y hacer visible la violencia como problema de salud pública donde se están violentando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Es un estudio auto reflexivo sobre las conductas que se dan en la cotidianidad de los médicos y sus pacientes. La dominación está presente en la relación médico-paciente, conformando un tipo de violencia de género, en la que se identifica el uso del poder en cuyo ejercicio el control recrea patrones de conducta de dominación-subordinación y la disposición de autonomía-no autonomía, del médico hacia sus pacientes, condicionado por los esquemas de percepción, acción y pensamiento, esta violencia genera un *habitus* con esquemas de acción, percepción y pensamiento, que le dan al médico una posición de dominante y al paciente una disposición de no autonomía dentro del campo de la medicina.

El problema central es la violencia de género, mediante el uso de poder dentro de la relación médico-paciente, expresada simbólicamente en las mujeres usuarias del programa de salud reproductiva justificada desde el discurso médico por la finalidad disminuir la morbilidad y la mortalidad de la mujer causado por el alto riesgo reproductivo a que se ven sometidas.

Este estudio es una aproximación a la violencia de género, derivada del uso de poder dentro de la interacción social de la relación médico-paciente, expresada simbólicamente, hacia las mujeres usuarias del Programa de Salud Reproductiva justificada por el discurso médico. La pregunta es, ¿cómo se expresa una relación médico-paciente que ejerce violencia de género en la procuración de la atención médica?, la dominación de género puede estar presente en la relación médico-paciente, en la que se identifica el uso del poder del médico hacia sus pacientes, creando una relación asimétrica donde las mujeres se ven violentadas de manera simbólica.

El objetivo de la investigación fue identificar si el uso del poder es un problema que trasciende como una más de las formas de la violencia de género de tipo simbólico, durante la entrevista, donde a las mujeres se les puede ejercer acciones de poder por parte del médico y se atenta en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres dentro del campo médico, constituyendo en este escenario, el de los consultorios médicos, una forma más de la violencia de género que hasta ahora no ha sido estudiada en Aguascalientes, México.

El reconocer la existencia de violencia en la relación médico-paciente permitirá en el futuro que se pueda negociar las estrategias libres de violencia, así como la creación de políticas que liberen la presencia de violencia de género dentro de la práctica médica, aplicable en especial en las instituciones de seguridad social en México, que procuran los servicios médicos de la salud reproductiva.

Antecedentes y marco teórico



La violencia en sus diferentes manifestaciones es un tema que nos trastoca a todos no importa edad o género, pero se presenta en mayor medida en las mujeres. Esto se debe a que el género masculino está sostenido por patrones culturales ancestrales que están en relación con la fuerza, la agresión física y no mantenerse callados, sino imponer o hacer notar su presencia y poder, mientras la educación femenina está orientada hacia la subordinación y al no rebelarse (Bourdieu, 1990: 9-50).

Estos patrones pueden ser llevados del ámbito privado del hogar donde se aprenden y sean llevados a los espacios públicos como son en los hospitales, lo cual explica por qué estos patrones se replican en los ámbitos de la práctica médica. La violencia es cultural y no es modificada de manera inmediata sino a través de reflexiones profundas, confrontaciones y experiencias personales que lleven a desvanecer las construcciones perversas del individuo. "La masculinidad es simultáneamente una posición dentro de las relaciones de género y es a su vez las prácticas por las cuales hombres y mujeres se comprometen en dicha posición y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad del individuo y en la cultura" (Connell, 1995). Las diferentes formas de violencia se evidencian y estudian a partir de las investigaciones sobre estudios de género que han permitido identificarlas y vincularlas con pautas culturales sociales para hombres y mujeres. Podemos decir que la violencia de género abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, subestima, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, intimidad e integridad moral y o física (Castro, 2010: 17; Castro y Bronfman, 1998).

La manifestación de las inconformidades por parte de las mujeres, ante los abusos o el no querer hacer ciertas tareas en el trabajo, lo hacen casi siempre de una manera callada, lo cual produce un mayor sufrimiento porque reprimen la ira. El no hablar y hacer explícita la inconformidad de algo puede ser el origen de un problema mucho mayor que traerá serias consecuencias como competencias y rivalidades entre las personas, o el generar ser recriminadas en el trato siguiente. Por esto, ahora esta investigación concede la voz a las mujeres para que expresen como pacientes su inconformidad ante el trato con violencia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

simbólica dentro del espacio médico. Creemos que es aquí donde se reproduce la cultura de la violencia en los espacios médicos porque se recrean, transmiten y aceptan comportamientos, actitudes que se reproducen tanto dentro como fuera de ellos y en la vida cotidiana (Alberoni, 1991).

Definir la violencia contra las mujeres en el ámbito médico, implica describir una multiplicidad de actos, hechos u omisiones que las dañan y perjudican en los diversos aspectos de sus vidas, una de ellos es el requerir de la atención médica, y que constituyen una de las violaciones a sus derechos humanos y además en sus derechos sexuales y reproductivos (Montesinos, 2002).

Existe una discriminación basada en el sexo, consolidada en pautas culturales de sumisión y que en el devenir histórico ha producido la "naturalización" de la violencia de género (Castro y Bronfman, 1998; *Las Luchas*, 2006). Estas pautas se reproducen en el ámbito médico. La forma del cuerpo asociada con la significación como sana, enferma, hipertensa, gestante, diabética, "abortadora", parturienta etc.; y además termina siendo considerada como objeto. La agresión a los cuerpos puede parecer en algún momento como una parte del trato hacia las pacientes cuando pueden ser actos violentos que son tan cotidianos que se consideraran naturales (no grite, no llore, puje, suba, baje, acomódese, desnúdese, muestre su cuerpo, etc., sin explicarles la razón de estas precisiones ni hacerlo en el tono amable que no parezca un imperativo y que además hace sentir como un acto forzado a las pacientes); hecho que las hace más vulnerables y favorece que las mujeres sean las destinatarias de violencias estructurales y coyunturales (*Las Luchas*, 2006).

En el imaginario social de los consultorios médicos se han construido prejuicios en torno a las mujeres que se comporten como pacientes cooperadoras o no cooperadoras destinándoseles las etiquetas por parte de los médicos (Castro y Bronfman, 1998; Velásquez, 2006).

El desafío es hacer un ejercicio de análisis del contexto de vida de las mujeres, percibiendo que la violencia con sesgo de género está presente en fenómenos tan diversos, los más

representativos en la vida de las instituciones de salud como: coerción para el uso de anticonceptivos, coerción para la participación en pruebas clínicas, discriminación en salud, irrespeto al consentimiento informado, maltrato y mala calidad de atención en los servicios de salud, negativa de proveer servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros (Heise, 1994; Gender, 1993).

Es claro que en las relaciones de médicos y pacientes no existe el poder simétrico, aunque esto pareciera como el estado ideal para el ejercicio de poder entre ellos, como encaja en la definición de la violencia ejercida hacia la mujer como "cualquier acción o conducta basada en su género, que cause la muerte, daño, o sufrimiento físico, sexual psicológico de la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado" (Maza, 2009: 23).

La violencia de género, aterrizada en el contexto de la relación médico-paciente, es aquella que lastima a un individuo hombre mujer dentro del espacio social, como el espacio médico y se presenta frecuentemente, a través del lenguaje hablado y no hablado. Para los fines de esta investigación se entiende por ambiente-espacio o campo médico a la construcción subjetiva de un espacio de interacción como el lugar donde el individuo-médico desarrolla actividades que se relacionan con aspectos laborales y académicos o que implican relaciones sociales que median en una relación médico-paciente (Rodríguez, 1979: 95-102).

Las manifestaciones de la violencia en los espacios médicos son cada vez más evidentes, pues están acompañadas de comportamientos que no siempre pueden ser explicados, los conflictos y las tensiones que emanan adquieren características mucho más complejas, lo cual incentiva a la investigación actual, motivo por el cual ha llamado la atención para justificar a realizar esta investigación (Rodríguez, 1979; Foucault, 1980: 153-162; Gómez, Ritzer, 1993: 239).

Metodología empleada

A partir de la pregunta, sobre la existencia de violencia de género en la relación médico y paciente en la consulta externa de ginecología dentro del sistema de seguridad social, se decidió utilizar la metodología cualitativa. Con los métodos cualitativos de entrevista profunda, análisis del discurso y de observación participante, se ha podido interpretar y explicar la percepción de los actores sociales del uso de Poder, además de identificar los símbolos que refuerzan la violencia de género de tipo simbólico mediante el Interaccionismo simbólico y la interacción cara a cara, y el análisis de la conducta que ofrecen los médicos bajo la interpretación sociológica del problema médico (Rodríguez Gregorio *et al.*; Wallace: 29).

Se buscó el apoyo de 2 entrevistadores con experiencia. Se diseñó una entrevista abierta con preguntas abiertas tanto a las pacientes como a los médicos, para tratar de entender como es la apreciación que tienen acerca de la relación médico paciente. Los informantes se obtienen por el catalogo de médicos prestadores del servicio de atención a mujeres.

#### El espacio físico

Los escenarios sociales donde se llevan a cabo las interacciones entre los médicos y las pacientes son el consultorio de Ginecología en el área de consulta externa del hospital de la Seguridad Social en estudio, así como el área física destinada para el Jefe de Ginecología que atiende a las pacientes que tienen algún conflicto de atención con algún de los médicos. Se realizo la observación participante dentro de los escenarios del campo medico (ONU: 24-27).

#### La entrevista

Se optó por la entrevista no estructurada para dar la oportunidad de conocer la realidad de los actores sociales desde sus propias apreciaciones y su propio lenguaje. Una vez de iniciadas las primeras entrevistas piloto se determino el tipo de pacientes y médicos con que nos encontraríamos. Se entrevisto con las autoridades competentes, médicos y pacientes usuarias del programa de Salud Reproductiva.

## Selección de los informantes

Para la elección de informantes, fueron escogidos deliberadamente de acuerdo a quienes presentaron características especiales, de acuerdo a los criterios y atributos establecidos por los objetivos de la investigación. El tipo de informante para el caso crítico fueron los sujetos conocedores de lo típico, normal y promedio y el uso de su información se hará como el análisis de extrapolar de un caso a otro.

Se seleccionó al grupo de pacientes 1, porque es ahí donde hay más quejas de la atención médica y porque al estar cautivos los médicos y pacientes a una cartera de fija y así ser atendidas un grupo de pacientes por el mismo médico, es fácil identificar los puntos de conflicto de la relación médico-paciente y por su naturaleza de la dinámica de estar en un área que permita identificarlas y entrevistarlas sin causar problemas de interferir con su padecimiento, como es el caso del grupo de pacientes tipo 2, que van buscando la atención médica en calidad de urgente como por ejemplo: hemorragia, o trabajo de parto, y se entiende no es el momento adecuado y ni tampoco nos ofrecen el interés que se pretende en esta investigación. Además que tampoco tendrán un médico fijo en particular sino que siempre habrá un médico diferente en cada turno y en cada día de la semana, como también es el caso de pacientes del grupo 3. (Véase la tipología de las pacientes en resultados)

Uno de los atributos que debió tener el informante fue la buena voluntad de dar información veraz y que además tuviera la capacidad suficiente de transmitir la información al investigador.

## El tratamiento de los datos

Se realizó en tres etapas: el planteamiento de la entrevista, registro, transcripción y elaboración de las entrevistas, y por último su análisis e interpretación, y al final poder hacer una presentación de los relatos. De manera complementaria, se utilizaron los relatos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

solicitados, el cuaderno, bitácora, documentos personales, grabaciones de audio y una guía flexible de entrevista.

Resultados obtenidos

Tipología de médicos

Encontramos un solo tipo en los médicos que resulto de características muy homogéneo. Todos refieren haber sido capacitados en Bioética bajo la corriente del Principialismo, son todos médicos de base el sistema de contratación dentro de la institución y pertenecen a la ideología del contrato médico social de tipo explícito, (un contrato colectivo de trabajo, bajo la anuencia de la parte Institucional como Sindical) y reconocen estar bajo características del contrato médico social implícito.

Tipología de las pacientes

Por sus características se pudo agrupar a las pacientes en 3 tipos.

1. Las pacientes tipo 1: son las que acuden citadas al hospital con una fecha y hora y con un ginecólogo en específico. Su problemática de salud está relacionada con el programa de Salud Reproductiva, estas acuden al área de consulta externa y siguen una trayectoria bien definida dentro del hospital.
2. Las pacientes de tipo 2: son las que acuden sin cita, a cualquier hora del día en todos los días del año con un problema de fondo de carácter de Urgencia Médica y que van en específico al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia. La dinámica de atención es rápida, por un personal en un servicio aparte muy localizado estratégicamente que facilite su pronta atención y este se conecta a su vez hacia otras áreas de atención como pueden ser laboratorio, quirófanos, entre otros.
3. Las pacientes de tipo 3: son las que están dentro del área de hospitalización. Por la naturaleza heterogénea de sus edades, padecimientos y motivos de estar en el hospital pueden estar incluidas pacientes de diversos programas de atención médica, no solo las del programa de Salud Reproductiva. Aquí los médicos que las

atienden no son fijos, sino más bien los que van rotando según la guardia de cada turno y de cada día de la semana.

En cuanto a la relación médico-paciente

- Aspectos de la bioética: recibieron todos un curso sobre la corriente bioética del Principialismo y todos se perciben actuar bajo los principios de la beneficencia, la no maleficencia, respeto por la autonomía y la justicia para ejercer la práctica médica, al ser interrogados sobre si cometen actos de violencia de género en su práctica médica, todos niegan percibir estas conductas en las propias actuaciones, todos desconocen el concepto de violencia de género de tipo institucional.
- De la deontología: todos los médicos afirman estar dentro de la normativa vigente sobre la práctica de salud reproductiva, no perciben actuar fuera de ella y se sienten licitados en un buen actuar.
- Contrato social del médico de tipo implícito y explícito: a ser interrogados sobre qué es el contrato social del médico se refieren sólo a lo que es la parte Deontológica y se mantienen al margen de las órdenes que se reciben de la jefatura y sentir, además, que su práctica médica esta protegida por el órgano sindical.
- De la dinámica institucional de sobrecarga de trabajo y sindicalismos: la mayoría percibe que están en continuo conflicto con las autoridades y con las pacientes debido a estar sometidos a exceso de trabajo lo cual les justifica que la atención médica este en detrimento para las pacientes y en desgaste físico y emocional para los médicos, y en esta parte coinciden además las opiniones de los médicos que se sienten desprotegidos del aparato jurídico institucional ante una situación médico legal, aun siendo las pacientes una “pertenencia” de la institución.
- De los antecedentes de los médicos y su aspiración a ser médicos: dicen los médicos que en principio ellos quieren hacer el bien y no buscan hacer mal a los pacientes y que desde sus orígenes en la escuela de medicina tiene un ideal de ser buenos médicos.
- Sobre su naturaleza de ser buenos médicos y la contaminación dentro de la institución con pautas de conducta homogeneizadoras al maltrato del paciente: se observa que los médicos mas jóvenes llevan conductas más empáticas en su

atención con las pacientes y conforme los médicos son de más edad suelen referir expresiones de fastidio al ser entrevistados y referirse a estar cansados de la institución y de sus pacientes y se justifican con expresiones como “no me toca, ya me tienen cansado con tantas pacientes, y los jefes nos tienen hasta el tope”, al ser interrogados algunos médicos recuerdan haber sido muy buena onda y que conforme pasan los años el cansancio los ha hecho caer en el fastidio cotidiano y usan una frase que expresa a manera de justificación sobre el porqué están así diciendo que: “si los otros médicos no hacen su trabajo, porque ellos sí lo han de hacer... luego les harán hacer más trabajo si terminan pronto de hacer lo suyo”, “entre más haces, más te friegan”.

- El médico que no se percibe violento: ningún médico se percibe violento de ninguna manera con sus pacientes, aunque dicen que si ven como otros si lo son, pero se niegan a citar ejemplos o citar a quienes se refieren con cierta sonrisa de malicia en sus rostros.

Los resultados de las percepciones de las pacientes

Todas las quejas que reportaron las pacientes fueron sobre el tiempo. Todas las pacientes entrevistadas, refieren estar muy molestas y que se sienten violentadas por la falta de “tiempo” tanto de espera para poder ser atendidas así como el “poco tiempo” que se les dedica durante la entrevista. Algunas refirieron especialmente que poder tener cita con el jefe del servicio es mas de una semana porque este personaje “no tiene tiempo” de atenderlas, lo cual les ha generado mucho malestar y eso lo llaman ellas como una falta de respeto y lo cualifican como un trato violento. Por la observación participante se percibió que las mayoría de las pacientes reciben un trato que se podría interpretar como impersonal al no recibir un saludo amable al llegar la paciente o al salir, al solo recibir expresiones imperativas que ordenan a la paciente por parte del médico y la enfermera a que haga tales acciones como desvestirse, o subirse pararse, etc., al ser conducidas en el ritual de la consulta médica y que al ser interrogadas estas pacientes, ninguna percibió que este fuera un mal trato y que esto no es un trato violento hacia ellas de parte del médico de la enfermera, algunas hasta justifican estas acciones con expresiones como “pos es que son



médicos” como licitando que en el orden natural de las cosas el ser medico da posición para dar ese trato.

La observación de los procesos de salud reproductiva

Demostró que los tiempos de espera en la procuración del la salpingoclasia post evento obstétrico puede tardar entre 12 horas a 3 días o ser reprogramadas hasta seis semanas vía consulta externa, y en el caso de las vasectomías son programados los varones en una semana y su metra de cumplimiento es de 100%, lo cual puede ser causa de embarazos no deseados, deserciones de uso de métodos de planificación familiar y en los análisis de la mortalidad materna de un año se observo la falta de un método de control de la fertilidad en 4 de 6 pacientes del 2011.

Discusión de resultados

Los médicos actúan de buena fe y no tienen la intención de ser violentos en el desempeño de sus funciones, no hay tal percepción por parte de ellos, mas si perciben sentirse violentados por el sistema institucional al tener sobrecarga de trabajo y estar cansados y generar apatía ante su trabajo conforme van pasando años de laborar dentro de la institución, comparado con los médicos de reciente ingreso que suelen estar más empáticos con sus pacientes, todos sienten una desconfianza del sistema jurídico institucional que los hace percibirse sin protección legal. Todos están conscientes de actual bajo normas bioéticas de la corriente del Principialismo y manejarse dentro del contexto del contrato medico explicito de su contrato colectivo de trabajo.

Las pacientes no perciben en el trato de sus médicos la violencia, y parece que son ellas mismas quienes lo justifican por efecto quizás del imaginario colectivo en relación al trato esperado que pueden recibir del médico dentro de la institución y lo legitimasen tomando como tácito y normal. El problema que perciben como fundamental es el factor tiempo de espera en recibir una atención muy larga y el tiempo muy corto en que reciben la

intervención médica que les resulta insuficiente. Por su parte los médicos dicen tener poco tiempo para dedicarles a sus pacientes.

Los procesos de intervención en otorgar atención de salpingoclasia a las mujeres es muy largo porque así está diseñado el sistema de atención de salpingoclasia post evento obstétrico, y en cambio en de vasectomía sin bisturí es eficiente hasta 100%.

#### Consideraciones finales

Algunos aspectos de la salud de la mujer han sido considerados prioritarios por el estado mexicano desde hace varias décadas, especialmente la anticoncepción y la salud materno-infantil. En años más recientes, la preocupación se ha extendido a otras áreas de la vida de la mujer. Ejemplos de ello son la participación activa y decidida de México en las conferencias convocadas por Naciones Unidas en Cairo (ICPD, 1994) y Beijing (ICW, 1995) y las reuniones internacionales de seguimiento cinco años después, la Ley contra la violencia doméstica, promulgada en años recientes, la creación del Programa Nacional de la Mujer durante la administración anterior (ONU: 24-27).

Pese a estos esfuerzos, los avances son aún limitados. En primer lugar, aún se restringe esencialmente el concepto de salud de la mujer a sus funciones reproductivas y no se ha incorporado un enfoque de ciclo vital, imprescindible para ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades integrales de salud de la mujer. Es así como poco se sabe de las necesidades especiales de las niñas o de la frecuencia y las características (determinadas biológica y socialmente) que los problemas de salud que no son exclusivos de las mujeres adoptan en ellas, ni de cómo ofrecer una atención que responda efectivamente a estas necesidades.

A la falta de conciencia y de información contribuye el hecho que las estadísticas hospitalarias y de vigilancia epidemiológica no están desagregadas por sexo. Si bien la cobertura de servicios para problemas de salud reproductiva y en general los de morbilidad y de seguimiento epidemiológico, es razonablemente amplia, la calidad técnica, humana y

ética sigue siendo en ocasiones irregular y deficiente (ejemplos de ello son la injustificadamente alta prevalencia de cáncer de cuello uterino, para el que existen pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento eficientes; el mal trato que frecuentemente reciben las mujeres en los servicios de atención obstétrica, especialmente cuando acuden a las instituciones para recibir cuidados para complicaciones del aborto, y las violaciones a los derechos reproductivos y al consentimiento informado que manifiestan las usuarias de los servicios de planificación familiar) (Szasz, 1999: 109-118).

El empoderamiento es un proceso que permite la conceptualización de una posibilidad de vida de acuerdo a las necesidades y a las decisiones del empoderado. Es un trayecto lento y continuo que acrecienta el poder y control sobre sus vidas en la toma de decisiones y que ayuda en la construcción de la autoconfianza, la ampliación de opciones y oportunidades al creciente acceso y control de los recursos (Maza, 2009: 5; Programa: 24). Si cada sociedad adopta e impone cada normalidad para sus individuos, ya sea asimetría de los sexos en forma horizontal o relaciones de verticalidad de dominación y subordinación, son el resultado estas como construcciones sociales que se adoptan como naturales y se les nombra como normal por el uso y la costumbre de sus seres sociales (Foucault, 1980: 153-162).

Finalmente, vale la pena enfatizar, que a pesar de la obvia importancia de tomar al género como una variable esencial en la determinación de la salud y enfermedad, en el sector público el término "género" es, hasta ahora, parte de la retórica, pero no se ha incorporado todavía a las políticas y programas de un modo consistente y articulado.

Por otro lado, con objeto de atender los rezagos en la calidad técnica, humana y ética que sigue siendo irregular y deficiente en los problemas de salud reproductiva, y dada la importancia de incorporar la perspectiva de género en el sector salud y promover el diseño programas de información, investigación y atención de la salud incluyendo metodologías cualitativas de investigación en salud (Taylor, 1987: 50-99).

El resultado que deja esta investigación

En el investigador deja la transversalización de las disciplinas: el ser los mismos actores sociales que participan en los servicios de Salud reproductiva y será observadores participantes y analizadores de los fenómenos sociales y médicos, puede ser una gran contribución si se fomenta el desarrollo de la Teoría Fundamentada para que se entienda mejor la problemática partiendo desde la base empírica y desarrollar teorías sociológicas que expliquen los fenómenos del conflicto médico desde una perspectiva social que contribuyan en mejorar los programas de salud.

Se evidencia la necesidad de profundizar en Teoría Fundamentada para estudios ulteriores bajo la capacitación del personal de salud que guste de profundizar en las ciencias sociales como una herramienta científica que ayude a explicar fenómenos sociales en los ámbitos médicos y que puedan crear desde ahí las políticas públicas que mejoren la equidad del género.

El presente estudio arroja como conocimiento nuevo la tipificación de violencia de género del tipo institucional, con la variante o subtipo de la no intervención a tiempo en la procuración de servicios de salud reproductiva.

Los estudios de casos pueden en su clasificación la inclusión de Casos Ilustrativos, además de los ya presentados por Rodríguez Gómez.

Autoetnografías.

De autobiografía, anécdota, biografía y autoetnografía

Por tratarse de una autoetnografía, me concedo el uso de la voz y me cito en primera persona en la mayoría de las veces de la presente narrativa.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para médicos y no médicos me resulta muy necesario explicar en una autoetnografía por qué siendo médico ahora soy sociólogo. Por esto incluyo este apartado, además que la autoetnografía tiene su valor por sí misma en las investigaciones sociales.

La autoetnografía sirve para identificar las perspectivas de un autor en relación con las perspectivas de otros, establecer un proceso de diálogo e identificar situaciones críticas y confrontar mitos y sesgos creados por una aparente homogeneidad. Bajo este proceso, de acuerdo a la opinión de Holt que dice que de las perspectivas homogéneas ya identificadas y la comunicación estimulada por la autoetnografía se puede ir transformando hacia la comprensión de la diversidad individual, y situarse para así luego llevar a comprender el cómo son las dinámicas de interacción entre los médicos y las pacientes. Primeramente es hacer una autorepresentación, luego se hace un intento de legitimarse con la propia historia como ser social con voz, y con esto llevarse reflexivamente a la comprensión de los otros sujetos del presente estudio social (Holt, Nicholas, 2003).

Busco, como aportación de la autoetnografía, contribuir al entendimiento de la presente investigación, que facilite penetrar la comprensión e interpretación de fenómenos socioculturales e interculturales de los actores sociales aquí estudiados.

Rescato de mis citas autobiográficas y anecdóticas, unas reseñas que ayuden a hacerme entender el porqué de mi preocupación de saber si se estoy haciendo lo correcto en la práctica médica como médico ginecólogo. Cito brevemente una semblanza biográfica y una entrevista, de quien es una fuente de inspiración para ser ginecólogo, el doctor Roberto Uribe Elías, el maestro, el médico, el intelectual, el luchador social, a quien he conocido muy de cerca en amistad, además de poder conocer su trabajo. La razón más importante para citarlo es el hecho de ser el primer hombre médico mexicano en hablar internacionalmente por las mujeres, y el pionero en la lucha contra la violencia de género desde una perspectiva médica, desde la medicina social. Me di a la tarea de hacer una entrevista con él y tener la información basada en su experiencia, y obtener su punto de vista, como del hombre, médico, científico y humanista que ha levantado la voz por las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres mexicanas en el mundo. Y finalmente una autoetnografía en dos partes, es en la primera en que explico por qué me motiva a estudiar Sociología Médica.

### Autobiografía

Soy médico, y tengo 25 años de tener contacto profesional con pacientes. Me he preguntado sobre el cómo ha sido hasta ahora mi trayectoria como médico. Dentro de mis cavilaciones, haciendo una reflexión sobre cómo ha sido mi carrera profesional y el de observar la trayectoria de mis colegas, me han surgido varias preguntas, sin duda para mí la más importante es sobre si he hecho bien mi trabajo. Responderla no ha sido fácil, pero escuchar las opiniones de las pacientes de la institución donde he laborado me ha ayudado a clarificarlo.

Me ha llamado la atención por qué se quejan las pacientes del trato que reciben en la institución donde yo he trabajado por más de 15 años; una institución de seguridad social.

Afuera de los consultorios de los médicos es lo común escuchar quejas como: “el médico no me trató bien”, “no me miró, sólo escribía y no me tomó en cuenta”, “no me escuchó”, “me sentí ultrajada en mi visita al ginecólogo”, “fui al especialista (ginecólogo) pero no le entendí”, “me dio miedo preguntar”, “me hizo esperar mucho tiempo y al final no me atendió”, “no me gusta cómo me trata el médico”, “tuve que regresar varias veces para recibir una mala atención”, entre otras.

Al escuchar estas frases (etnogramas) queda una idea de que parecen existir transgresiones que se dan en la comunicación de los médicos con sus pacientes, y que se transmiten consciente o inconscientemente mensajes o se realizan actos que hacen sentir a las pacientes violentadas en el trato que reciben durante la entrevista médica, y que no son las expectativas que tienen ellas como un buen trato por parte del médico.

Al ser la consulta de Ginecología, una actividad donde los médicos tratan a pacientes, donde se interactúa específicamente con mujeres, sería probable que el mal trato hacia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

estas mujeres sea interpretado como una actividad de violencia de género, y que por ser no de manera directa la violencia sino que se realicen por los comportamientos en los médicos, justificados bajo un actuar en beneficio hacia las mujeres, y de una acción no abierta de violentarlas, podría ser que ésta sea una actividad con violencia de carácter simbólico.

Esto genera una situación de conflicto en las instituciones de seguridad social. Por una parte, los médicos actuando bajo sus propias formas de proceder dentro de sus comportamientos habituales, manteniendo una línea de conductas para tratar a sus pacientes (rutina médica); y por otra, las pacientes que se quejan de no recibir un trato adecuado, percibiendo ser maltratadas, y de no tener un legítimo buen trato durante la interacción con sus médicos (expectativas como pacientes). Es decir, se espera la bondad del trato en la consulta con el médico y no sólo el aspecto técnico de un buen acto médico.

Por otra parte, es necesario conocer qué hace la institución de salud para garantizar que se cumplan las normativas y el ideario de preservar la salud y brindar la calidad de atención en la Salud reproductiva con base en los compromisos que se han adquirido tanto en las convenciones de El Cairo y en las metas del milenio, y que están impresas en el Plan Nacional de Desarrollo actual.

En términos de políticas públicas, no se cumple con dar una atención que dé satisfacción a las pacientes, con lo cual se crea un descontento con el servicio que se brinda dentro de una instancia que presta servicios médicos, a la población derechohabiente del sistema de seguridad social.

Actualmente, está la tendencia a mostrar el descontento a través de la voz ciudadana y la creciente cultura de la denuncia, por una parte; y de los crecientes sistemas de gestión de calidad que monitorizan la atención dentro del sistema de seguridad social (IMSS), y es así que se han permeado cada vez más a la luz pública estos conflictos de la interacción de los médicos y las pacientes, así como el cumplimiento de las Instituciones de salud en México (empoderamiento ciudadano de los pacientes al tener voz, de salir del anonimato,

a ser visibles).

Derivado de esta situación de conflicto, surgen las preguntas: ¿hay maltrato a las pacientes?, ¿hay siempre la denuncia de las pacientes que perciben el maltrato?, ¿las pacientes aceptan ese tipo de trato?, ¿existe la docilidad en las pacientes que se someten ante la figura del médico?, ¿será que en la asimetría de poseer el conocimiento, les confiere poder a los médicos, y este poder se vea reflejado en el trato que dan a sus pacientes?, ¿hay la posibilidad de que la idea o en el imaginario social, el hecho de estar en una institución de salud, recrea en las pacientes la idea de sometimiento y en los médicos una dotación tácita de poder, o en general de todo el equipo de salud?

Buscando las respuestas a estas preguntas, es lo que me orienta a realizar un planteamiento del problema y justificar el estudio. ¿Es la relación entre los médicos y las pacientes una situación histórico-social, donde se realiza una más de las formas de violencia de género?

Me permito hacer una reseña de tipo anecdótico, para ahondar más al lector en el tema que trata esta investigación. Para quien esté inmerso en la práctica médica y para quien no lo está, se presenta este apartado de historia personal, que permite sensibilizar y llegar al punto del por qué interdisciplinar la Sociología con la Medicina.

De mis memorias personales, cito:

- Mi padre fue médico, un médico que ejerció por muchos años en un medio rural y semi-urbano.
- Desde niño noté cómo él fue muy querido como médico en el pueblo. Era muy frecuente ver en nuestra casa las muestras de agradecimientos de sus enfermos y los familiares de ellos, (comida, productos agrícolas y pecuarios, así como de las artesanías de las mujeres de la localidad) y eran más comunes en la época de las cosechas. Era también común para nosotros, como su familia, acompañarlo a las comidas que las familias hacían para él y nosotros. Ahí escuchaba las frases de agradecimiento y admiración que sentían para con él.



- También recuerdo cómo se expresaban de él, casi siempre bien, como un buen médico. Fue un médico reconocido y apreciado por su trabajo por más de 50 años en el pueblo.
- Ahora que yo soy un médico con 25 años de ejercer la práctica médica y que él ya murió, hago el ejercicio de reflexionar sobre qué es la práctica médica y cómo se logra interactuar bien con los pacientes.

Me he preguntado ¿cuál fue el éxito de ese hombre, mi padre, para que lo veneraran así sus pacientes? Recuerdo oír algunas frases de entre sus pacientes en la sala de espera que decían: “que de sólo entrar al consultorio ya se aliviaban de sus males”, “que era un buen médico”, “que acertaba en sus tratamientos”, “que se curaban”.

Existe un claro contraste con los comentarios que ahora se dan dentro de la institución de salud, y que se traducen en un detrimento de la imagen y los hechos de los médicos institucionales.

Recuerdo que, ya entrado yo en mi adolescencia, tuve la oportunidad en varias ocasiones de acompañarlo a ver enfermos en las visitas a domicilio. Confieso que me aburría en muchas ocasiones el esperarlo afuera de la habitación del enfermo, se me hacía una eternidad, era para mí muy largo el tiempo. Ahora interpreto que les dedicaba tiempo, largo tiempo, mejor aún, el tiempo que ahora que soy médico, sé que los enfermos necesitan para sentirse acompañados. Sé que los pacientes quieren tiempo para ellos. Los pacientes necesitan ser escuchados.

Conforme yo maduraba en la Universidad como estudiante de medicina, él me decía: “Los enfermos se curan muchas veces con solo dejarlos hablar”, “el médico sabe de los enfermos lo que nadie más puede llegar a saber”, “el arte de curar está en entender los enfermos”, “los médicos son de los pocos profesionistas que puede saber de lo íntimo de los pacientes”, “la discreción y el buen trato son indispensables para tener la confianza del enfermo”, “si no tienes la confianza del enfermo, éste nunca confiará en tus prescripciones y no regresará a verte una vez más”.

Cuando yo era un estudiante de medicina, en mis últimos años de la carrera le recuerdo decirme que era importante ser un médico científico, pero que además había que desarrollar un sentido empático con los enfermos y ser como un *psicólogo* con los pacientes, porque no bastaba hacer ciencia médica, que era importante interesarse por ellos y por sus familias, entenderlos y a su vez hacerles entender el proceso de su enfermedad y del cómo operan los tratamientos. Para ello, decía que era necesario conocer bien al paciente, decirle en sus palabras y parafrasear con él para verificar que comprendían la información médica.

Ése fue mi padre, un médico de pueblo. Bien recuerdo en sus últimos años de vida cómo le siguió la estimación y el reconocimiento social que además de hacer su labor de médico, desarrolló otras actividades filantrópicas, como en la educación y en el mejoramiento sanitario de la localidad.

Murió a los 72 años, en una mañana de verano, a las 6 horas de la mañana. Ese día decidió no salir a su caminata acostumbrada, sino quedarse a dormir y así le sobrevivió un infarto silencioso. Había comentado él, meses previos en una charla que sostuvimos él y yo de médico a médico, que la mejor forma de morir era en la propia cama, dormido, de un infarto silencio, a una edad en que se considere aún a la persona dignamente autosuficiente y sin tantos achaques y sintiéndose una persona útil y en funciones cognitivas decorosas, a decir de él. Detestaba la idea de morir en un hospital con el uso de la tecnología encima, y así finalmente acabar por morir solo, apartado de los seres amados y del propio hábitat. Creo que la vida le recompensó otorgándole una muerte deseable en tiempo, forma y lugar como él lo deseó.

Un día antes de morir, se ocupó de sus pocos pacientes que insistían en seguir atendándose con él, a pesar de saberle cansado, enfermo y de mayor edad, y además de haber otros médicos más jóvenes en la comunidad (ya era un hombre en su octava década de la vida, lo cual le hizo sentirse satisfecho y aceptado como médico hasta su último día).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ahora sé que el secreto de ese hombre médico estaba en saberse relacionar bien con sus enfermos. Le gustaba conversar con ellos. Entiendo que la clave del éxito de los médicos, además de que los pacientes logran su salud, radica en gran parte en construir una buena relación médico paciente. También aprendí lo frágil que llega a ser la relación tanto médico paciente, como con los familiares de éste, lo cual puede ayudar al éxito profesional del médico; aunque también una mala relación puede ser el ingrediente que contribuya al fracaso de la praxis médica.

#### Anécdota

Siendo ya un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, muy al inicio de mi carrera, me tocó presenciar muy de cerca estas dos historias, que son muy ilustrativas de cómo influye la comunicación entre el médico y los pacientes y sus familiares, o para bien o para mal. Ambas historias se desarrollaron en un hospital, en el servicio de Obstetricia, pero en diferentes tiempos y por diferentes actores.

#### Historia 1

Es el turno nocturno, en la sala de labor donde están las pacientes en trabajo de parto. Se le avisa al ginecólogo en turno, que se encuentra en el área de descanso de médicos, un médico experimentado de edad madura, ya con muchos años de práctica profesional, que a una paciente que está en trabajo de parto se le escucha mal el latido cardiaco del feto. Tarda en acudir a atender a la paciente, y para entonces él bebe ha fallecido antes de nacer. Con calma, sale a buscar a la sala de espera a los familiares y le dice al esposo que la situación del parto se ha complicado y que practicará de manera urgente una operación cesárea a la esposa y que el bebe está en estado crítico, que hará todo lo posible por salvar a ella y al hijo. Más tarde, después de hacer la operación cesárea y de obtener a un niño muerto, sale a la sala de espera y le dice al esposo que se hizo todo lo posible y que sólo pudo salvar la vida de la madre, pero no la del hijo, con lo cual el esposo reacciona dolorosamente ante la noticia de la pérdida de la vida de su hijo, y le agradece al médico por haber hecho todo lo posible y de salvar la vida de su esposa.

## Historia 2

Comienza en la sala de partos, donde a un ginecólogo joven recién egresado de la especialidad, le es informado que el latido cardíaco del bebé de la paciente que está en trabajo de parto está disminuyendo, ante lo cual acude de inmediato y corrobora la situación crítica, declara una situación de emergencia, le indica al equipo de trabajo sobre lo apremiante de la situación y pide autorización de la paciente para intervenir con una cesárea de urgencia sin precisarle a la paciente ni a los familiares que estarían en la sala de espera sobre el estado crítico en que se encuentra la condición de salud y de los riesgos para la madre y el hijo. Así, ante lo apremiante del problema, somete a la madre a una cesárea de urgencia en el quirófano. Al salir de la sala de operaciones informa a la paciente –que ya entonces está en la sala de recuperación– y al esposo –que está en la sala de espera– que el bebé nació vivo pero presentó complicaciones respiratorias al poco tiempo de haber nacido, y por ello pasaría a sala de cuidados intensivos neonatales y su estado de salud es reportado como muy grave. El esposo se molesta, le dolió la noticia y con coraje no acepta la situación que se le ha informado, dice que cómo es posible que haya ocurrido esto, si horas antes ingresó su esposa y le dijeron que todo estaba bien y que ingresaría para un parto normal, no logra entender esta situación que ahora le han planteado y amenaza con demandar al médico por no haber actuado bien en favor de su esposa y su hijo, así como él lo cree. Finalmente, sí fue demandado el médico, aunque no se le encontró culpable, pero pasó por la situación desagradable del juicio de su práctica médica.

En la primera historia se puede percibir la negligencia del médico que no actuó en oportunidad y que pudo haber salvado la vida del hijo, pero la forma de hablar con la paciente y con los familiares le permitió salir ante ellos sin culpa alguna. El tener comunicación le ayudó en esta situación.

En la segunda historia, similar de circunstancias, el médico que no dialogó con los familiares que aunque actuó bien dentro de los lineamientos médicos, el resultado fue

quedar involucrado en un caso de investigación médico legal, dado que los familiares no fueron tomados en cuenta y les quedó un terrible malestar en contra del médico y la duda sobre su práctica. Es evidente que la falta de comunicación fue el error.

Al finalizar estas anécdotas, queda muy claro cómo la diferencia la hace la buena relación que establezcan los médicos con sus pacientes y con los familiares de éstos.

#### Biografía breve del doctor Roberto Uribe Elías

El doctor Roberto Uribe Elías es Ginecólogo y Obstetra y Maestro en Ciencias Médicas y Doctorado en Filosofía de la Ciencia, Historia de la Medicina y Bioética. Es académico emérito y titular de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Academia Mexicana de la Educación. Adicionalmente, es socio emérito de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Ha sido Presidente del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, de la Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil, así como de la Asociación Mexicana de Sexología.

El hecho de que el doctor Roberto Uribe Elías, investigador con una amplísima trayectoria clínica, académica y social, haya sido invitado a impartir las cátedras de bioética y filosofía de la ciencia en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB) dentro del Programa de Biomedicina y Biología Molecular, constituye un hito en el desarrollo de la proyección del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

#### Entrevista del doctor Uribe Elías sobre la relación médico-paciente

El hombre está sentado con la enormidad de su estatura, con un aire magistral, conservando el porte majestuoso que ha reflejado en sus años catedráticos anteriores, la elegancia de un discreto buen vestir, sus manos blancas son serenas, parecen estar acordes a su contexto, que reflejan la actitud de la paciencia. Con su semblante dentro de un marco plateado de canas, una mirada que ve más allá de los objetos frente a él, que parecen mirar dentro de su interlocutor, atento al rostro de las personas y que parece decir que está

entendiendo todo, y además haciendo un análisis de lo que está hablando. Quienes lo conocemos, sabemos que siempre está en actitud de reflexión ante todo lo que está en su vida.

Saluda amablemente, carraspea como es habitual al inicio de sus conversaciones, seseando un poco en su acento, contesta amablemente las preguntas de la entrevista. Esta entrevista ha sido elaborada con preguntas dirigidas en conocer de él su experiencia en la relación médico paciente.

Él reúne, por su trayectoria, las diferentes etapas que vivimos los médicos, desde las primeras incursiones de la entrevista médico paciente ante los primeros casos clínicos, hasta el dominio de la situación que dan los años de experiencia, frente al enfermo. Pero por su capacidad analítico y reflexiva del doctor Uribe Elías es que nos permite conocer la evolución de esta forma de entender la relación médico paciente, que se ha enriquecido por sus años de investigador, de labor docente y directivo de políticas médicas, sociales y educativas, desde las instancias universitarias como en la política pública en la dirección de la salud en México.

El doctor Uribe es un médico mexicano, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, realizó su servicio social de pregrado en una comunidad semi rural, donde parten las narrativas más adelante. Se especializó en Ginecología y Obstetricia, cuenta con grados de estudios formales en maestría en Ciencias Médicas, y doctorado en Bioética. cuenta con amplios reconocimientos médicos, políticos, sociales, culturales, nacionales e internacionales. Ha publicado artículos, editado libros, ha sido presidente de las Academias Nacionales de Medicina, de Cirugía de los Consejos Mexicano de Ginecología y Obstetricia, de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Entre las connotaciones más importantes a nivel nacional, así como de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Por el tema a tratar, hago referencia a que el doctor Uribe Elías es pionero entre los hombres médicos mexicanos que internacionalmente han levantado la voz para hacer valer los derechos de las mujeres libres de violencia en México.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El doctor Uribe respondió amablemente a todas las preguntas de la entrevista. La información obtenida es la siguiente: afirma haber sido médico por más de cuarenta años. Inició en su año del servicio social sus primeras incursiones en la relación médico paciente. Cuenta que su imagen de médico, desde el inicio de su vida profesional, ha sido de un profesional líder de la comunidad, afirma que el médico es un líder natural, de una imagen respetada y de una función clara, un ser social apolítico arreligioso, ya que en su desempeño, el médico ha tenido que ser un ente imparcial con un trato indistinto para con todos sus pacientes, sin distingos de condición.

Cuenta que a la figura del médico se le ha visto con veneración por parte de sus pacientes, y que esto ha sido de un paternalismo que da para el médico la confianza que sus pacientes depositan en sus manos, la entrega del enfermo en las manos del médico, donde el médico es el depositario de la confianza del enfermo, quien padece de la labilidad de su salud. El paciente ve hacia el médico confiando su sapiencia en espera que sea el médico quien le ayudará en el restablecimiento de su salud.

Cuenta, recordando el caso de un paciente que fue llevado a su centro de salud por una lesión abdominal muy grave, con peligro de vida para el paciente. A su juicio, las posibilidades de sobrevivir eran pocas, y los recursos disponibles también eran pocos en su centro de salud, y trasladarlo a un hospital de alguna ciudad más cercana era poco probable que el paciente sobreviviera en esas condiciones. Al plantearles a los familiares esta situación, la respuesta del padre del joven moribundo fue: “mire dotor, la vida de mi hijo queda en manos de Dios y las de usté”. Esta frase me resulta ilustrativa en esta narrativa, sobre la entrega de la vida en manos del médico, de la misma manera incondicional que se hace ante la creencia de un Dios; ello refleja la confianza, la entrega incondicional que se hace en el médico como el depositario de la confianza del paciente. El hecho de ser un médico es ya una condición que le atribuye a la personalidad las características de bondad, de poder, la del ser un profesional de la salud capaz de resolver los problemas, que aunado al del imaginario social de que el médico es bueno, y por lo tanto no es cuestionable de sus buenas intenciones ni tampoco de sus capacidades. Ante

la situación desesperada de ver la posibilidad cercana de la muerte, el enfermo y sus familiares acuden al médico con la esperanza de la solución “mágica” que evite la muerte y la enfermedad, dicho de otro modo, quitar o evitar el sufrimiento y el dolor.

Comenta el doctor Uribe que ahora en sus años de madurez profesional, después de su doctorado en Bioética, reconoce que siendo joven le tocó decidir en las situaciones médicas de sus enfermos y de sus familiares, con los resultados bien o mal, en que nunca se le cuestionó su intervención, ni él sintió estar fuera de lugar, fue parte de la dimensión médica el estar así involucrado con las situaciones sociales del enfermo y su entorno, y además por su carisma, era también motivo de ser consultado para tomar decisiones, así tanto del ámbito médico como del orden personal de sus pacientes que pedían su consejo.

Ahora piensa que es mejor no involucrarse tanto con las decisiones del enfermo. Es necesario saber tener la prudente distancia, es decir, respetar su autonomía y que el paciente sea responsable de sí mismo y no involucrarse en el rol de desligar sus propias responsabilidades. Dice al respecto que tratar al enfermo y sus familiares es un arte que se aprende con los años.

En relación con el poder del médico, dice el doctor Uribe que es una condición invisible, inherente y tácita en el trato, donde el paciente deposita confianza y el médico actúa en bien de él.

Esta entrevista evidencia la riqueza de la relación médico paciente y su importancia en determinar el buen y mal entendimiento entre estos actores sociales y su dimensión histórica de cómo cambia la percepción con los años de práctica sobre la autonomía y la dependencia de los enfermos. Además lo ilustrativo de la imagen de poder que está en el imaginario social, en torno a la figura del médico, y cómo éste permanece en el tiempo, es como una herencia histórica que perdura. La entrevista está en contraste con las otras anécdotas sobre cómo en la vida institucional se tiene otra idea de los médicos y su actuación y cómo cambia cuando se hace una práctica de medicina privada.



Finalmente, menciono que existe una publicación del doctor Uribe muy interesante sobre la participación del médico ginecólogo en diagnosticar la violencia de género de tipo sexual en las mujeres, desde el ámbito médico, sin dejar pasar de largo la oportunidad cuando la paciente, aunque consulta por otros motivos ajenos a la violencia, y que con un poco de acuciosidad se puede advertir la presencia de esta violencia en ellas y la repercusión en su salud (R. Uribe-Elías, 2003).

#### Autoetnografía como estudiante de Ciencias Sociales

Presenté mi examen de grado de la Maestría en Bioética en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, el 19 de enero de 2009. En abril de ese mismo año presenté solicitud para la convocatoria, en la misma universidad para el doctorado. Ingresé al doctorado en Ciencias Sociales y Humanidades, segunda generación de la modalidad tradicional 2009-2012.

Fueron muchas opiniones encontradas sobre esta elección. Los directivos de mi centro de trabajo de esta universidad dijeron que no podían apoyarme porque el doctorado estaba fuera de mi centro de trabajo. Se me negó la beca en tiempo y en apoyo económico. En el centro de Ciencias Sociales, al ser entrevistado, causó controversia el ser médico, porque quería estudiar un doctorado de otra disciplina, de un área biomédica a una en humanidades. No es habitual que un médico con formación positivista tenga inclinación por las humanidades. Alguien me dijo si era un fracasado de la medicina, y si por eso buscaba sobresalir en Ciencias Sociales.

Entre mis colegas no fue comprendido el por qué el interés en un doctorado en Ciencias Sociales. Los comentarios fueron peyorativos que ni vale la pena comentar.

Inicié, una vez pasado los criterios de selección, con mucho entusiasmo. Mis problemas comenzaron porque no tenía un anteproyecto de tesis bien claro; en más, ni siquiera tenía una pregunta de investigación definida. Tenía idea qué buscaba pero no contaba con un planteamiento sociológico. Mi pensamiento positivista me hacía percibir una visión del

problema en mucho desde la perspectiva médica y de salud pública.

Comencé a buscar: ¿por qué las pacientes no usan métodos anticonceptivos?, ¿cuáles son los motivos? Se descartó obviamente porque estaba buscando un problema de salud pública, y esto ya está estudiado y no tenía un enfoque sociológico.

Pasé a preguntarme si existía algún fondo de violencia de género, mediado por el fenómeno de dominación masculina. De ninguna manera era una pregunta de investigación ni tenía un enfoque claro para hacer una investigación.

Conocí, en Sociología, una de mis materias cursativas, la Teoría del Poder. Me pregunté si a través de Pierre Bourdieu, o en Michel Foucault, había una estructura que explicara la dominación masculina en las mujeres para la elección y uso de métodos anticonceptivos. Me interesó buscar el *habitus*, el campo, el capital, el ilusio y los dispositivos sociales, pero no me sentí competente y deseché ese camino.

Fue hasta en tercer semestre al entrar en contacto con el trabajo de campo y hacer las primeras inmersiones en la base empírica, que pude clarificar mi pregunta de investigación, y mi estudio se centraría en identificar la violencia de género en la modalidad de violencia institucional, presente en los servicios de Salud reproductiva.

Mucho de mi proceso en encontrar lo que en realidad estaba buscando fue gracias a mi director de tesis, mis lectores y maestros durante el doctorado.

Estos vacíos que vine arrastrando fueron reflejados en mis calificaciones. En las materias curriculares obtuve muy buenas calificaciones, pero en los seminarios de investigación fue siempre con las mínimas, ya que no cubría adecuadamente con el trabajo y los productos esperados.

Quiero comentar que los seminarios intermedios y finales de cada semestre, quitando la tensión emocional y cierto desgaste físico, me ayudaron por las lecturas de mi cuerpo de

lectores y junto con mi asesor más, el enriquecimiento de los comentarios de quienes me oyeron en mis presentaciones me ayudaron en deconstruir mis errores de contenido, de forma y de metodología, y continuar con encaminar mi sentido de búsqueda de mi objeto de investigación.

Para entonces, como parte de la reconstrucción de la forma de ver y pensar, las lecturas me llevaron a la necesidad de transversalizar conocimientos a fin de tener una manera de ver los objetos de estudio y aprender una nueva forma de ver los fenómenos sociales y metodologías que desconocía para abordarlos, alejarme un tanto del método positivista y acercarme más a los enfoques de las Ciencias Sociales.

Esto me causo conflicto, y siempre me preguntaba si debía continuar o no. En cuanto a la economía personal, también fue difícil. El apoyo de beca CONACyT llegó a partir del tercer semestre, con lo cual se me facilitó económicamente continuar con los estudios, que en algún momento me parecía ser motivo de deserción.

Tuve crisis personales, familiares, económicas y afectivas. Gracias al apoyo incondicional de mi asesor tuve valor de continuar. Al final, también de salud. Todo se solucionó de la mejor manera, y concluí los tres años formales, y así llegó al término con la tesis y su presentación final.

Si hiciera un recuento de los beneficios puedo decir que me medí en fuerzas y pude concluir los estudios formales del doctorado, resistí a la tentación de renunciar cuando los comentarios no fueron halagadores y no conté con apoyo al inicio; principalmente me demostré que sí pude. Otro beneficio es que en autoconocimiento sé lo que me gusta. Me gusta mucho ser médico, me gusta ser buen médico; que ahora quiero más a mi trabajo y que siento un profundo respeto por las otras disciplinas del conocimiento que me hacen ser un ser inteligente, con una visión más amplia de la vida. Añado que estudiar Ciencias Sociales y Humanidades me ha hecho sentirme más libre de pensar y sentir mi vida. Un plus es que me liberé de un antiguo sentido de culpa que venía arrastrando.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Siento un profundo sentido de agradecimiento a mi asesor, mis lectores y maestros por la paciencia y compasión con que me ayudaron a concluir.

En una entrevista que tuve al conocer al doctor Roberto Castro en Cuernavaca en el Centro de Investigaciones Sociales, recuerdo que me dijo que era extraño que un médico hiciera un trabajo de investigación sobre su propio trabajo. Verse a sí mismo sobre lo que hace uno mismo. Comentó que si terminaba, le gustaría hacer el estudio de caso de un médico que hace investigación social sobre sí mismo. Creo que será más rica una investigación de estudio de caso, que el esfuerzo que hago en una autoetnografía.

El enfoque de la ‘complejidad’ de estudiar Medicina y Sociología

Es notorio en mí que tengo manifestaciones de ruptura con el ideal clásico disciplinario de racionalidad de la medicina: la transdisciplina me ha llegado, ya que el abordar problemas es para mí una necesidad de realizar un diálogo entre saberes. No basta con entender al enfermo y a la enfermedad, es necesario comprender a la persona y la historia de vida que existe detrás de cada paciente, y que además es que los médicos debemos ser parte integrante de la revolución contemporánea del saber.

Desde la especialización de la medicina, se hizo énfasis que los abordajes de los enfermos consistían en la multidisciplina; es decir, que desde cada área del saber se daba la opinión para el manejo integral del enfermo, desde la salud pública y medicina preventiva, la terapéutica médica y quirúrgica, y la rehabilitación del enfermo. Así el enfermo era visto desde diferentes ópticas del conocimiento médico, y éste debía seguir las indicaciones de cada especialidad.

La experiencia arrojó resultados que en el fenómeno de la multidisciplinariedad eran opiniones aisladas y, por lo tanto, sólo resultó una forma de ver parcialidades del enfermo; por ello, la Interdisciplina surge como un fenómeno de abordaje a los pacientes en época más contemporánea, donde las diversas áreas del saber médico se conjuntan y de ahí sale un diagnóstico integral y un manejo integrado a la medida del enfermo.

El éxito no fue completo para obtener individuos sanos. Prueba de esto es que en México no se logra abatir las cifras de enfermos crónico degenerativos como la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. El trabajo colegiado de los médicos inicia con el mejoramiento sanitario de las condiciones ambientales de las personas, la prevención de la enfermedad, la detección oportuna de las enfermedades y el avance científico y tecnológico en los diagnósticos y terapéuticas, en las que existen vanguardias asombrosas como son la aplicación de la cibernética y robótica, y la rehabilitación de las secuelas de los enfermos que les permitan ser personas funcionales.

Se ha visto que aun así, persisten enfermedades a pesar de avances científicos y tecnológicos, ¿cuál es el problema? Considero que no basta conocer y contar con el recurso terapéutico. Para lograr el cambio hay que entender que el enfermo es un ser social y que tiene una red de relaciones sociales, y con ellas una serie de actitudes que toma respecto a su comprensión de salud y enfermedad.

Por ejemplo el panorama en Aguascalientes actualmente es así: el Programa para la Prevención y Control de las enfermedades del adulto y el anciano se integra en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012, en la estrategia: “Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades”, en la cual se considera prioritario, de manera explícita, la promoción de la salud y la detección en las enfermedades del adulto y el anciano. El estado de Aguascalientes cuenta con una población total de 1,124,288 habitantes. La Diabetes Mellitus en la actualidad se considera como un problema de salud pública en el ámbito mundial y México, al igual que otros países, no escapa a esta problemática. La prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75%, alrededor de 5.1 millones con diabetes y 34%, 1,7 millones desconoce padecer la enfermedad. En el transcurso de las dos últimas décadas, la Diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país. Actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte, en la mortalidad general y como causa única de muerte ocupa el primer lugar. En el componente de Diabetes Mellitus, la cobertura de detección es de 89%, y la atención con calidad es de 43%. En el periodo de

enero a octubre de 2009 se han registrado 1593 casos nuevos de Diabetes Mellitus. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor de 30.05% de la población mexicana de 20 años y más la padece, y el 61% de los individuos afectados desconocen que tienen la enfermedad, significa que más de 15 millones la padece y de los cuales 9 millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo asociados a las principales enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad isquémica del corazón, las cuales constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la región de América. En hipertensión arterial la cobertura de detección es de 79% con una atención de calidad de 46%. En el periodo de enero a octubre del 2009 se han registrado 1,610 casos nuevos de hipertensión arterial.

No basta el control médico de los enfermos sino ir más allá, donde el paciente tiene una historia de vida, y conocer sus conductas que lo pueden acercar a conseguir su salud. Si entendemos esto, resultará apropiado incidir sobre el paciente como ser social, para que modifique sus conductas respecto a lo conducente a su salud y a su enfermedad. Conseguir esto será un fenómeno de transversalizar el conocimiento al hacerlo aplicado en la cotidianidad del enfermo. Lograr que el enfermo modifique sus conductas le ayudará a conseguir su salud o continuar en su enfermedad.

Los médicos debemos transdisciplinar nuestro pensamiento médico para ser los facilitadores del proceso de transversalización de conocimiento del paciente.

¿Multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina?

Conviene distinguir el ámbito de “lo multidisciplinario”, “lo interdisciplinario” y “lo transdisciplinario” de los saberes, como lo sugiere Sotolongo y Delgado en su lectura, Capítulo IV, *La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes*.

Se entiende por *multidisciplina* como el esfuerzo indagatorio convergente de varias disciplinas diferentes hacia el abordaje de un mismo problema o situación a dilucidar. Por

lo general, tal problema o situación ha venido siendo indagado por una u otra disciplina como su objeto de estudio y, en cierto momento, dicho objeto de estudio comienza a ser abordado “multidisciplinariamente” con el concurso convergente (a veces de los métodos, a veces de los desarrollos conceptuales) de otras disciplinas. La Bioquímica y la Biofísica, entre otras, son ejemplos de la multidisciplinaria. Por otra parte, la *interdisciplina* la comprende como aquel esfuerzo indagatorio, también convergente, entre varias disciplinas y por lo mismo, presupone la multidisciplinaria pero que persigue el objetivo de obtener “cuotas de saber” acerca de un objeto de estudio nuevo, diferente a los objetos de estudio que pudieran estar previamente delimitados disciplinaria o incluso multidisciplinariamente.

La Ingeniería Genética y la Inteligencia Artificial, entre otras, dice son ejemplos de la interdisciplina. Por lo mismo, la interdisciplina es una empresa indagatoria más ambiciosa que la multidisciplinaria. Si esta última encuentra uno u otro objeto de indagación más o menos delimitado disciplinariamente, aquella, como parte de sus esfuerzos indagatorios, tiene que delimitar interdisciplinariamente un objeto de estudio previamente no delimitado disciplinariamente, y obtener “cuotas de nuevo saber” acerca del mismo. También dice que se habla mucho más de interdisciplina que la que realmente se lleva cabo, siendo en realidad multidisciplinarias muchas de las pretendidas iniciativas interdisciplinarias.

A su vez, reconoce a la *transdisciplina* como el esfuerzo indagatorio que persigue obtener “cuotas de saber” análogas sobre diferentes objetos de estudio disciplinarios, multidisciplinarios o interdisciplinarios, incluso aparentemente muy alejados y divergentes entre sí, articulándolas de manera que vayan conformando un corpus de conocimientos que trasciende cualquiera de dichas disciplinas, multidisciplinarias e interdisciplinarias. El enfoque de la complejidad, la Bioética Global, el Holismo Ambientalista, entre otros, se ofrecen como ejemplos de la transdisciplina. La multidisciplinaria, la interdisciplina y la transdisciplina son en realidad esfuerzos indagatorios que se complementan (Sotolongo y Delgado, 2006).

Con esta claridad de los tres conceptos es como encuentro la respuesta a las preguntas del por qué un médico pueda estudiar Sociología. La respuesta es para quienes se preguntan desde en ambos ámbitos: de los médicos y de los sociólogos. Con estas apreciaciones y definiciones que hacen Sotolongo y Delgado (2006) es que puedo afirmar en mi autoetnografía que no ha sido descabellado transdisciplinar Sociología con Medicina sobre los aspectos de la Salud reproductiva. Los esfuerzos documentados sobre el estudio de la violencia de género y la violencia simbólica institucional son muy buenos, los médicos se han acercado a conocer la violencia de género y la violencia sexual, y todas sus implicaciones médicas, psicológicas y psiquiátricas, y los equipos de sociólogos expertos han brindado conocimientos sobre el problema desde otra óptica más cercana a las mujeres, pero sobre todo las han hecho seres VISIBLES. Estos conocimientos son la base para que legisladores y creadores de políticas públicas puedan crear el movimiento social que ayuden a la solución de la violencia de género y la falta de equidad.

Desde mi particular punto de vista, mi forma de apreciar la problemática deja de ser sólo médica de ahora en adelante, con mi formación en Ciencias Sociales y Humanidades, mi pensamiento empieza a transdisciplinar, y crea en mí –después de la deconstrucción de mi anterior forma de pensar y querer ver los problemas con sólo una mirada de salud pública–, un estado de apertura, y percibirme como lo más cercano a entender el problema, a tener unos lentes que me ayudan a ver el otro lado de la luna, y los lentes de la Sociología me han servido para descubrir que hay otro mundo de ideas, de formas de pensar y de una gama muy amplia de metodologías para investigar.

Ahora, la problemática médica que abordo en la cotidianidad de mi labor de médico transdisciplina la comprensión clínica de mis pacientes con la visión sociológica de ver no sólo pacientes y enfermedades, sino que ahora veo seres sociales, y se me revelan las pacientes ahora como mujeres visibles, con historias de vida detrás de la simple entrevista clínica.

Mi pensamiento médico científico positivista ahora está inmerso en un mundo de posibilidades metodológicas más extensas que aún no domino, pero que sé que existen y



están a mi alcance para con ellas intentar ver formas metodológicas, ya sea con maneras metodológicas inductivas o deductivas que son más plásticas en cuanto que se adaptan más a encontrar la respuesta de la pregunta de investigación ante individuos “blandos”, heterogéneos y plurales. Sé que hay la gran diferencia del método riguroso del positivismo, que busca encontrar la misma respuesta siempre que se prueba a un fenómeno bajo las circunstancias controladas en la experimentación, y siempre obtener un mismo resultado. Me queda claro que lo anterior funciona para probar la salud y la enfermedad, para comprender formas de actuar y las conductas de los pacientes y sus interrelaciones; la metodología de las ciencias sociales será la más apropiada para la búsqueda de las respuestas ubicada en los seres sociales mismos. Nosotros los médicos somos también unos seres sociales objeto de estudio, y también nuestras prácticas diarias. La riqueza de las respuestas están en nosotros mismos, en los seres sociales y en nuestras relaciones, sólo hace falta un buen observador y un entrenado analista que sepa procesar la información para dar resultados que ayuden a mejorar conductas en la relación médico y paciente.

Ahora bien, la experiencia que me deja la inmersión en las Ciencias Sociales es que los médicos deberíamos tener más contacto con las Ciencias Sociales, al menos formar un equipo en red con otros equipos médicos y de sociólogos dentro y fuera de la Institución, para hacer nuestras propias formas metodológicas de abordar problemas sociales en materia de salud, y así formar un escuela o corriente muy cercana a la Teoría Fundamentada.

Particularmente, creo en el valor que tiene partir en la experiencia, y que los conocimientos deben salir desde la base empírica, y formularse la propia teoría. Muy cierto es que también la contrastación con el estado del arte es muy rico, y en forma comparativa ayuda aportando conocimientos útiles.

En la opinión de Strauss y Corbin, en su libro de bases de investigación cualitativa de 1990, dicen que la Teoría Fundamentada es una aproximación a la investigación cualitativa, ya que es una técnica sistemática y un procedimiento de análisis que permite

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

al investigador desarrollar teoría sustantiva y encontrar los criterios para hacer una buena ciencia través de criterios tales como la significatividad, observación a través de teoría, compatibilidad, generalidad, reproducibilidad, precisión, rigor y verificabilidad. Dicen que la utilidad de la Teoría Fundamentada puede ser usada por diferentes personas y para diferentes orientaciones teóricas. (Strauss y Corbin, 1990).

Me gusta la Teoría Fundamentada porque es una estrategia metodológica que tiene como propósito final generar o descubrir una teoría. Su objetivo es la construcción de un esquema de análisis con altos niveles de abstracción sobre un fenómeno social específico (Sandín, 2003).

Por esto, la Teoría Fundamentada es considerada como uno de los sustentos con mayor peso en los procesos de la investigación cualitativa. Los procedimientos, herramientas y la metodología de forma general, se centran en la idea que se tiene acerca del estatus que poseen como seres humanos los sujetos-actores estudiados. En este sentido, los actores son "...portadores de perspectivas e interpretaciones de sí mismos y sus acciones sociales, y al investigador le corresponde a aprender todo lo que pueda acerca de aquéllas..." (Galeano, 2004: 166).

Son tan importantes estas interpretaciones que deben ser incorporadas en la teoría generada. Los procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada propuesta por Glaser y Straus (1967), se centran en el método de la comparación constante y el muestreo teórico, y con estos procedimientos se conforman las contribuciones metodológicas básicas de esta teoría para el desarrollo de los procesos de investigación social.

Este método de comparación constante propone realizar simultáneamente procesos de codificación y análisis, con el propósito de ir generando la teoría de forma sistemática, por medio de la utilización de la codificación explícita y de procedimientos analíticos. Se trata de ir paralelamente combinando en el análisis de los datos cualitativos, conceptos, categorías, propiedades, hipótesis e hipótesis interrelacionadas, teniendo presente la posibilidad del surgimiento de nuevas categorías con sus propiedades, las cuales deben

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ser incorporadas en el proceso de análisis. Una ventaja de este método es el hecho de que facilita al investigador la generación de teoría con características de: "...integrada, consistente, plausible y cercana a los datos" (Kornblit, 2004: 50).

La aplicación de este método abre la posibilidad para generar una teoría que esté en línea directa de correspondencia con los datos y además, permite al investigador examinar una gran variedad de datos. En otras palabras, cada uno de los incidentes debe ser comparado con otro o comparado con las propiedades de una categoría. De forma general, Glaser y Straus (1967) establecieron cuatro etapas en todo este proceso, y son: 1) comparar incidentes aplicables a cada categoría; 2) integrar categorías y sus propiedades; 3) delimitar la teoría; y 4) escribir la teoría. Siendo así, la generación de teoría se convierte en un proceso creciente en espiral tal y como lo afirma Galeano (2004: 166): "... cada fase o momento se transforma posteriormente en la siguiente, las fases previas siguen operando en forma simultánea a lo largo del análisis, y cada una provee un desarrollo continuo para la fase sucesiva hasta que el análisis finalice".

Los primeros trabajos donde se aplicó la Teoría Fundamentada están enmarcados en el área de la Salud, precisamente de la mano de sus fundadores: Anselm Strauss y Barney Glaser (1967). Ambos trabajaban en la Escuela de Enfermería de la Universidad de California en San Francisco, cuando abordaron los estudios de la muerte en los hospitales desde el lente de la Sociología Médica. Los pacientes con enfermedades en estado terminal fue el centro de partida de sus investigaciones, las cuales le dieron forma y luz propia a esta tradición cualitativa.

Para nombrar importantes estudios en el área de Ciencias Sociales y Medicina, destaca el de Charmaz (1990), que fue alumna de Strauss e investigadora por más de dos décadas de las enfermedades crónicas, con su obra *Discovering chronic illness: using grounded theory*, donde se estudia el sufrimiento de los pacientes que perciben pérdidas en sí mismos (deterioro paulatino de capacidades senso-motoras y de su aspecto personal) causando la reducción de sus identidades personales (Benjumea, 2006).

Un ejemplo más reciente es la producción de Jones, Manzelli y Pecheny (2004), *Grounded Theory: Una aplicación de la Teoría Fundamentada a la Salud*, donde los autores estudian la vida cotidiana y la gestión de la enfermedad en personas con VIH/SIDA y Hepatitis C.

Sin embargo, y con el transcurrir de las décadas, no sólo la Medicina, la Psicología, la Sociología y la Enfermería se han beneficiado directamente por esta aproximación metodológica. Se observan estudios en la economía de las empresas, como por ejemplo: Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al Estudio del Proceso de Creación de Empresas, donde Cuñat (2007) recopila los pasos metodológicos de la Tradición, y los asocia con los procesos empresariales/administrativos.

¿Quiénes usan la Teoría Fundamentada?

Cuando esta tradición daba sus primeros pasos, la respuesta era obvia: los sociólogos. No obstante, y al mostrar sus cualidades a través de los años, muchos profesionales de otras ramas del saber también comenzaron a usarla: historiadores, antropólogos, abogados y hasta los ingenieros.

¿Por qué no usar la metodología de la Teoría Fundamentada los médicos en Salud reproductiva? La transdisciplinariedad no elimina las disciplinas, dicen Sotolongo Codina y Delgado Díaz, pero sí pone fin al predominio de los enfoques disciplinarios, es decir, a la pretensión exagerada que supone que desde la perspectiva de una disciplina aislada se puede aportar un conocimiento totalizador sobre el mundo. Con esto quiero terminar los malos comentarios de pasillo, en cuanto a quienes se refieren como los mejores por dominar una u otra disciplina.

Tener un diálogo de saberes, también dicen Sotolongo Codina y Delgado Díaz, puede ser desde un opuesto que es una confrontación o ser la fructificación mutua cuando se tienen dos puntos diferentes de formación académica; desde lo conceptual a lo metodológico. Ya se trate de multidisciplinas, o transdisciplinas o interdisciplinas, siempre se exige un diálogo entre sus respectivos saberes. Diálogo que, por parcial y localizado que sea al

inicio, se va ampliando y profundizando después, a medida que se va tejiendo la madeja del corpus de saber transdisciplinario que va trazando “puentes” conceptuales, metódicos y/o metodológicos entre los saberes “dialogantes”. Esta característica de “lo transdisciplinario” que comparte con lo multi e interdisciplinario, y que profundiza ulteriormente, es otro de los aspectos que contribuyen también a la demarcación de los saberes contemporáneos que lo ponen en juego, y quedan como saberes encerrados en fronteras disciplinares que es cierto en la historia del pensamiento científico, al inicio fue bueno en cuanto a que permitió la diferencia de saberes y la demarcación de las fronteras entre cada uno, pero en la construcción de nuevos saberes estas barreras deben ser cuidadosamente eliminadas en cuanto a que permitan generar conocimiento transdisciplinario. En este sentido, agradezco que el Centro de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de Aguascalientes me aceptara en este doctorado, brindándome la oportunidad de demostrarme a mí, y a quienes con los rasgos del ideal clásico moderno de racionalidad, que la disciplinarización del saber sí se puede construir, que existe un puente entre los centros de Ciencias de la Salud y el Centro de Ciencias Sociales y Humanidades.

Muy a pesar de quienes aún piensan que estudiar una disciplina diferente es convertirse dialécticamente en su contrario, y hablar de los perjudiciales efectos de las “deformaciones disciplinarias” de unos u otros “especialistas” de tal o cual disciplina, cuya “jerga” especializada se les torna ininteligible para las otras disciplinas y los otros especialistas,

Posiblemente todos hemos sentido, en una u otra ocasión, lo difícil que se torna ser aceptado por “los expertos” especializados en una u otra disciplina, cuando no se procede de la misma y se intenta vincularse con ella. Estas conformaciones de *saber-poder* disciplinario son aún uno de los principales obstáculos para el diálogo multi, inter y transdisciplinario. Lo sé por experiencia.

Concluyo esta autoetnografía de manera muy sentida. Estoy convencido de que:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Estudiar Sociología no es tiempo perdido. Creo en las Ciencias Sociales como aplicables en la Medicina.
  - Es obligado visibilizar a los pacientes que están ocultos en las etiquetas de la vida diaria de las Instituciones de salud, (por diagnóstico, por apariencia, por número de expediente, por número de cama, etc.) y que de hacerlo, éste será un buen logro desde la toma de conciencia de la “otredad” en los pacientes.
  - Me declaro por una vida libre de violencia.

Decreto que busco una vida en mí y los demás con el ejercicio pleno de la equidad. Me declaro convencido que he sido médico hasta ahora, pero de aquí en adelante seré médico y sociólogo.

Me formé como médico, me gusta mi profesión y regreso a ser Ginecólogo y Obstetra. Me reformé en Ciencias Sociales con visión de sociólogo y, por lo tanto, convencido por el justo valor de la interdisciplina y la transdisciplina entre Medicina y Ciencias Sociales: “Creo que hay un punto medio en el conjunto de saberes, de las diferentes disciplinas, que está entre el distanciamiento estratégico del verse a sí mismo y la tolerancia a los otros, que mediada con la humildad del diálogo puede generar conocimientos sólidos que nos acercan a la comprensión de la realidad que estudiamos”.

## GLOSARIO

### **Violencia de Género**

Es un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa su identidad y bienestar social, físico y/o psicológico. De acuerdo a Naciones Unidas, el término es utilizado para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género enfoque compartido por las Instancias que cuidan los derechos humanos.

### **Relación Médico-Paciente**

La relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea, ayuda mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad.

### **Poder Médico**

Tomado de antropólogo Eduardo Menéndez

*“....La medicina moderna ha desarrollado un paradigma que juzga lo normal y lo patológico de acuerdo con un saber científico que busca curar a los enfermos. Con ello, esta medicina impone su poder y dominio sobre los individuos, quienes se ven relegados a un rol pasivo y de aceptación ciega de las disposiciones médicas.*

*Una de las críticas mejor fundamentadas que se han hecho sobre la particularidad de la medicina moderna como dominio de saber fue la realizada por Michel Foucault (1926-1984), quien en su libro *Historia de la locura en la época clásica* puso en tela de juicio la supuesta veracidad de la práctica médica en la experiencia que de la locura se tuvo desde el Renacimiento hasta la Modernidad, la cual pasó de ser un “mal del alma” a una enfermedad.*

*Historia de la locura se complementa con otro texto del mismo Foucault, el cual lleva por título *El nacimiento de la clínica*, cuyo objetivo fue advertir que las llamadas enfermedades son, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquellas que se encuentran práctica o teóricamente medicalizadas. De esta forma, el pensador francés argumentó que la medicalización ocurre cuando el profesional impone al individuo su saber y su poder y éste lo acepta sin más ni más.*

*En *El nacimiento de la clínica*, Foucault señaló que el siglo XX se caracterizó por lo que podríamos llamar “normas de lo patológico”, ya que los médicos creyeron conocer, a partir de las patologías y las infecciones hasta entonces existentes, lo que en todo lugar y tiempo debía ser concebido como enfermedad. Por ello, la clínica se convirtió en el espacio idóneo e inexpugnable para curar los males y padecimientos de los individuo.....”*

En referencia cita a Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología a la mirada médica*, México, Siglo XXI, 1980.

## **Salud Reproductiva**

Es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados.



## REFERENCIAS

- Alberoni, F. (1991). *Los envidiosos*. España: Gedisa Editorial.
- Álvarez B., A. “Mortalidad Materna”. *Gaceta Médica Mex*, 100: 555-563, 1970.
- Ban Ki-Moon. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008*. Objetivo 5. Mejorar la salud materna (24-27). ONU.
- *Basics in Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage, London.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Benjumea, C. “Teoría y Método. La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis”. *Cultura de los cuidados*, año X, n. 20, 2006.
- Bourdieu, Pierre. (1990). *La Sociología de la cultura de Pierre Bourdieu*. Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre. (2003). *El oficio de sociólogo*. Madrid: Siglo XXI.
- Carabaña, J. “Valoración crítica del interaccionismo simbólico”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1977, 1, 159-203. Reproducido en J. Jiménez Blanco y C. Moya. (1978). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: Tecnos, pp. 277-320.
- Carrera T. A. (1994). “La explicación científica en las Ciencias Sociales, del Empirismo Lógico al Realismo Científico”. Tesis doctoral en Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.
- Castro, R. (2000). “La experiencia subjetiva de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción” (341-388). En *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Editorial CRIM, UNAM.
- Castro, Roberto, Carmen Castro. (2010). *De pacientes a exigentes*.
- Castro R. y Bronfman M. (1998). Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. En: Figueroa Perea J. G. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México.

- Charmaz, K. “Discovering chronic illness: using grounded theory”. *Social Science and Medicine*. V. 30, 1990.
- Connell, R. W. and James W. (1995). 71 Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept *Gender Society* 2005. 19, 829.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet*, 356: 156-9.
- Cuñat, R. “Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al Estudio del Proceso de Creación de Empresas”. XX Congreso anual de AEDEM. Vol. 2, 2007 [Documento en línea] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>
- Declaración conjunta OMS/FNUAP. (1999). UNICEF, Banco Mundial.
- Díaz Echeverría, D. F. “Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa”. *FUNDAR*, no. 3. Centro de Análisis e Investigación A.C., 2006.
- Encuestas demográficas nacionales. CONAPO 1976- 2009.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del Poder*. Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Primera edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logica*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Galeano, M. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores E.U.
- Galtung, J. (1981). “Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologías”. En Domenach y otros. *La violencia y sus causas*. París: UNESCO.
- Gary Alan Fine and Philip Manning. (2000). “Ervin Goffman” (457-485). En *The Blackwell Companion to Major Contemporary Social Theorists*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gender. Women and Health in the Americas. PAHO. *Scientific Publication*, no. 541, Washington, D. C., 1993.
- George R. (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill.

- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (1994). *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Gómez Gómez (Editora). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington D. C.: Organización.
- Gordillo, A. y Terrades, I. (1973). *Agresión. Naturaleza y Cultura*. Barcelona: Ed. A. Redondo.
- Hardin, R. (2002). *Trust and trustworthiness*. New York: The Russell Sage Foundation.
- Heidegger, M. (1974). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heise, Pitanguy y Germain. (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta de salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Holt, N. L. (2003). Representation, legitimation, and autoethnography: an autoethnographic writing story. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(1). Article 2. Retrieved January 18, 2006. Consultado en: [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2\\_1\\_final.html.holt.html](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_1_final.html.holt.html).
- Irvine, D. H. (2004). "Time for hard decisions on patient-centred professionalism". *Medical Journal of Australia*, 181: 271-4.
- Jones D., Manzelli H. y Pecheny M. "Grounded Theory: Una aplicación de la Teoría Fundamentada a la salud". *Cinta de Moebio*, n. 19, 2004.
- Jovell, A. J. (1999a). "El futuro de los servicios sanitarios: gestión del conocimiento, de los recursos humanos y de los valores éticos". En Jovell A. J., Aymerich M. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona: Monografía de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- Jovell, A. J. (1999b). "Medicina basada en la afectividad". *Med Clin (Bar)*, 113: 173-5.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Jovell, A. J. (2004a). *Gestión del conocimiento afectivo*, *Siete Días Médicos*. 600: 102-8.
  - Jovell, A. J. (2004b). *El documento de voluntades anticipadas*. En [www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com).
  - Karchmer, K. S. (2006). “Mortalidad Materna y Perinatal. Estrategias para disminuirla” (4-7). En *Obstetricia y Medicina Perinatal*. Tomo I. México: COMEGO.A.
  - Kornblit, A. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Argentina: Biblogs.
  - Kotter, J. y Cohen, D. S. (2002). *The heart of change*. Boston, MA: Harvard Business School Publishing.
  - *Las luchas clasificatorias en torno al aborto*. (2006). *Estudios Sociológicos XXIV*: 72. Pág. 638.
  - Langer A. y Hernández B. (1998). *Revista de Salud Pública de México*.
  - León Rubio, J. M. et al. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Barcelona: Mc Graw Hill.
  - Levi-Strauss, J. C. (1962). *La pensée sauvage*. París: Plon.
  - *Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya*. (2003). Barcelona: Generalitat de Catalunya. En [www.gencat.net/](http://www.gencat.net/)
  - Martínez M. M. (2004). “Elección de la muestra que se va a estudiar” (83-87). En *Ciencia y Arte en la Investigación Cualitativa*. México: Trillas.
  - Maza, O. (2009). *El empoderamiento de las mujeres. Una revisión de distintas formas de trabajo no asalariado*. México: Instituto Aguascalentense de las Mujeres.
  - Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad*. España: Gedisa.
  - Neiman, G., Quaranta, G. (2006). “Los estudios de caso en la investigación sociológica”. *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
  - OMS-FNUAP-UNICEF-Banco Mundial. (1999). *Reducción de la Mortalidad Materna*. Ginebra: OMS.

- OMS-UNFPA. (2003). *Mortalidad Materna*. Actualización. 2002. En especial, *Atención obstétrica de emergencia*. New York.
- OPS. 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª. Sesión del Comité Regional. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington. 2002.
- Padua, J. *et al.* (1979). *Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. Chile: Fondo de Cultura Económica, 1994.
- Programa de Seguridad y Sustentabilidad (1999). Sobre el inexistente pero insustituible término “empoderamiento”. Población. Boletín Num. 8. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. Noviembre, p. 24.
- R. Uribe-Elías. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 425-433, (2003).
- Rodríguez Gómez, G. *et al.* Selección de informantes y recogida de datos.
- Rodríguez G. G. *et al.* (1999). “Entrevista” (185-195). En *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, J. L. (2007). *Frame Analysis: Los Marcos de la Experiencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodríguez, J. (1979). *Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia sanitaria primaria de la Seguridad Social*. Barcelona: Ariel.
- *Salud Pública de México*. marzo-abril, vol. 32, no. 002, 170-180, 1990.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. España: McGraw Hill.
- SEMFYC. (2005). *Mapa de Competencias para evaluación de competencias en práctica clínica (Portfolio semFYC)*. Barcelona: SEMFYC Publicaciones.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., y Helmreich, R. L. “Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys”. *BMJ*, 320: 745-9, 2000.
- Szasz I. Género y Salud. (1999). “Propuesta para el análisis de una relación compleja” (109-118). En: Bronfman M. y Castro R. *Salud, cambio social y políticas: Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1987). “La observación participante. Preparación del trabajo de campo” (31-49). En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
  - Tojar H., J. C. (2006). “Procesos de Investigación” (177-225). *Investigación cualitativa. Comprender y Actuar*. Madrid: La Muralla.
  - Uribe E., R. (2002). *La Invención de la Mujer. Nacimiento de una Escuela Médica*. México: Fondo de Cultura Económica, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
  - UNFPA-ONU. (2007). Thoraya Ahmed Obaid. Directora Ejecutiva. *Estado de la Población Mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano*. New York. Estados Unidos de América. 1-3, 93, 97-99.
  - Velásquez, S. (2006). *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós.
  - Wallace, W. L. *La lógica de la Ciencia en Sociología*. Cap. 1. Introducción.
  - Weber, M. (1944). *Economía y sociedad. Esbozos de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
  - WHO, UNICEF, UNFPA. (2007). *The World Bank, Maternal Mortality in 2005*. WHO.
  - Williams, R. (1999). “Symbolic interactionism: the fusion of theory and research?”. En Bryman y Burgess. *Qualitative research*. London: Sage Publications.
  - Yin, R. (2003). *Applications of Case Study Research*. California: Sage Publications.

## ARCHIVOS

AHUNAM. Archivo General. Expedientes de alumnos. Expediente #10726.

## PÁGINAS WEB

[http://www.issea.gob.mx/Prog\\_ECD.htm](http://www.issea.gob.mx/Prog_ECD.htm)

[http://www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/8\\_jornada\\_desvalimiento/kazez.pdf](http://www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/8_jornada_desvalimiento/kazez.pdf)

**ANEXOS**



**ANEXO A**



**CARTA DE ACEPTACIÓN**



## LUX MÉDICA

Órgano de Difusión Científica del  
Centro de Ciencias de la Salud UAA

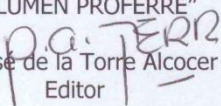
Aguascalientes, Ags., 23 de julio de 2013

**ATENCIÓN:** Jesús Martín Galaviz de Anda, Octavio Martín Maza Díaz Cortés,  
Carlos Alberto Prado Aguilar

Distinguidos autores:

Me permito informarles que su manuscrito titulado "**Etnografía del poder en la relación médico paciente, identificación de una forma de violencia simbólica hacia las mujeres en el programa de salud reproductiva,**" ha sido aceptado para su publicación, en la revista LUX MÉDICA, del año 8, número 24, (mayo-agosto) 2013.

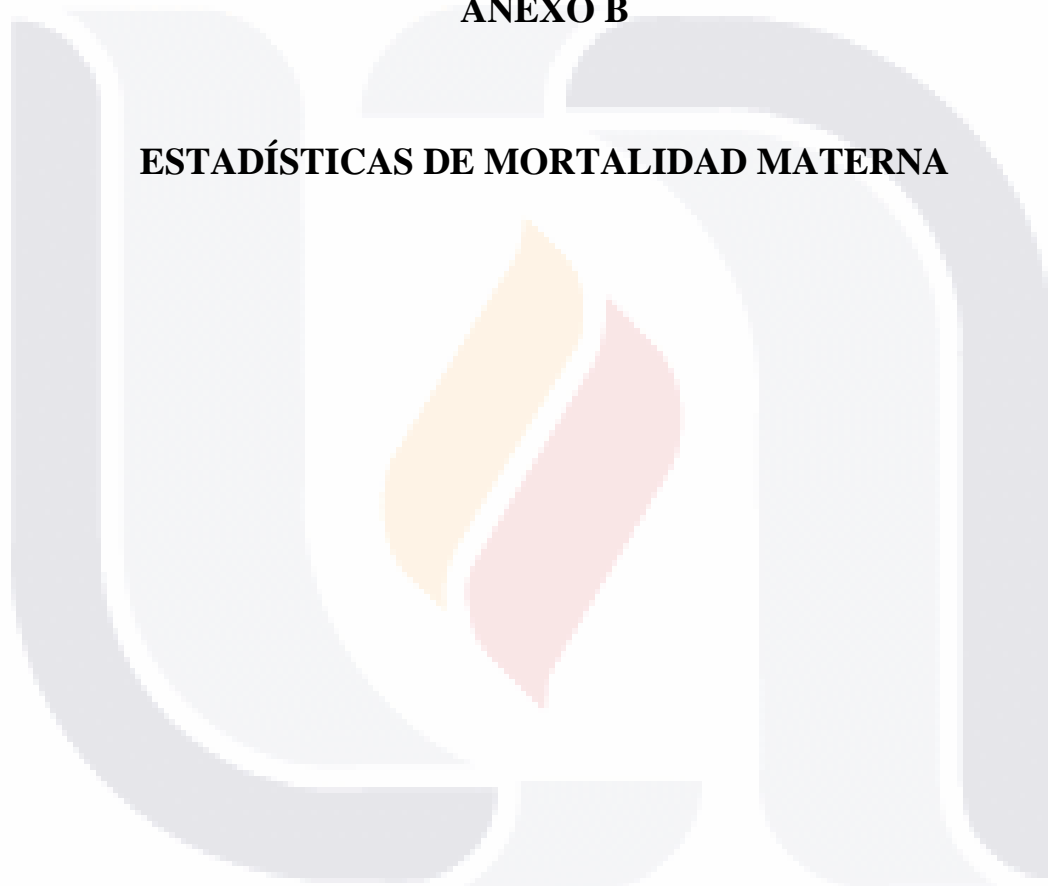
Agradeciendo su valiosa contribución y en espera de nuevas colaboraciones, aprovecho la oportunidad de enviarle un cordial saludo.

Atentamente  
"SE LUMEN PROFERRE"  
  
Dr. José de la Torre Alcocer  
Editor

ccp archivo

**ANEXO B**

**ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD MATERNA**



<b>Edad en años</b>	<b>Número de pacientes</b>
49	1
47	3
46	1
45	1
44	2
43	3
42	2
41	7
40	4
<b>39</b>	<b>8</b>
<b>38</b>	<b>7</b>
<b>37</b>	<b>6</b>
<b>36</b>	<b>8</b>
<b>35</b>	<b>11</b>
<b>34</b>	<b>18</b>
<b>33</b>	<b>15</b>
<b>32</b>	<b>14</b>
<b>31</b>	<b>9</b>
<b>30</b>	<b>15</b>
<b>29</b>	<b>3</b>
<b>28</b>	<b>11</b>
<b>27</b>	<b>9</b>
26	5
25	5
24	1
23	2
22	2
Total 173	

**Tabla 1.** Sobre las edades de los hombres que se realizan la VSB en IMSS, Delegación Aguascalientes durante el año 2012.

**Porcentaje de la población femenina de 15 a 49 años,  
Usuaría de métodos anticonceptivos**

	<b>1997</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>
	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>
<b>Nacional</b>	44.40	43.43	49.80

INEGI. (2006). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997/ Tabulados básicos. Inmujeres, Cálculos con base en INSP, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Consultado en: SINAIS Sistema Nacional de Información en Salud <http://sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/index.html>. Inmujeres, Cálculos con base en CONAPO, INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Base de datos.

**Intervenciones quirúrgicas de planificación familiar por sexo**

<b>2002</b>			
<b>H</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>Nacional</b>
32,791	319,641	352,432	

SSA, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) [en línea]: Boletín de Información Estadística. (2002). Vol. III. No 22. Consultado en: <http://sinais.salud.gob.mx>

<b>2004</b>		
<b>H</b>	<b>M</b>	<b>T</b>
32,545	323,884	356,429

SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, (SINAIS) [en línea]: Boletín de Información Estadística. (2004). Vol. III. No 2. Consultado en: <http://sinais.salud.gob.mx>

<b>2006</b>		
<b>H</b>	<b>M</b>	<b>T</b>
36,877	335,517	372,394

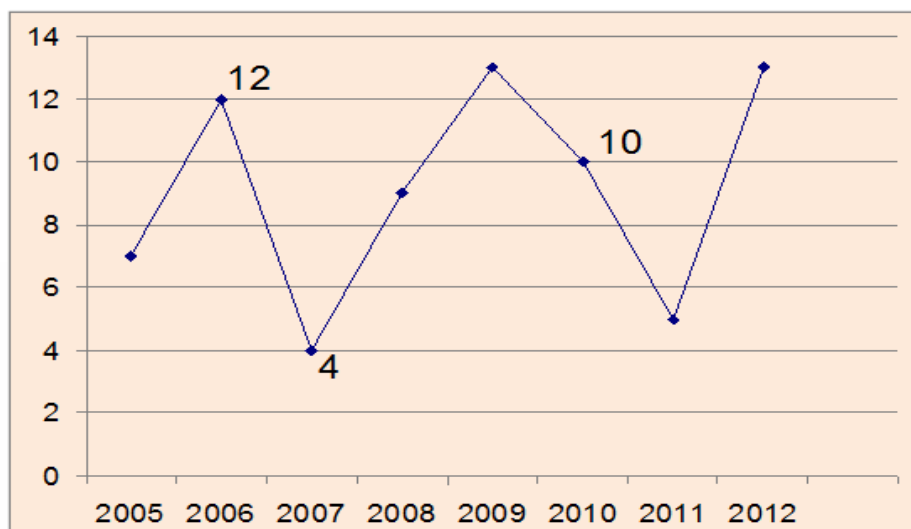
SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, (SINAIS) [en línea]: Boletín de Información Estadística. (2006). Vol. III. No 26. Consultado en: <http://sinais.salud.gob.mx>

<b>2007</b>		
<b>H</b>	<b>M</b>	<b>T</b>
36,957	357,947	394,904

SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, (SINAIS) [en línea]: Boletín de Información Estadística. (2007). Vol. III. No 27. Consultado en: <http://sinais.salud.gob.mx>

### Histórico de las muertes maternas en Aguascalientes en los años 2005-2012

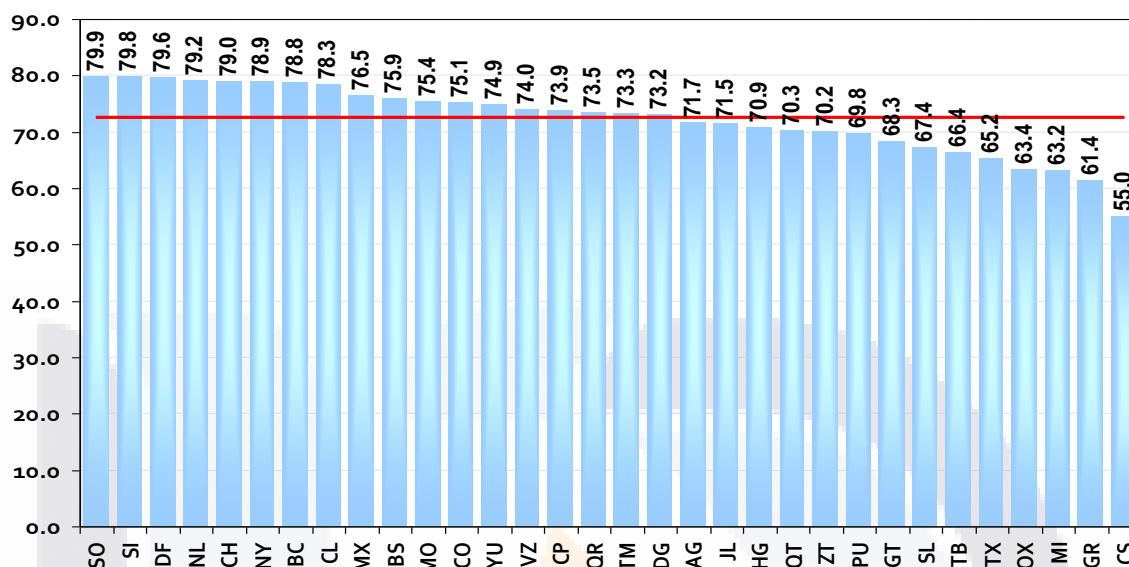
SEED 2005–2012, Aguascalientes



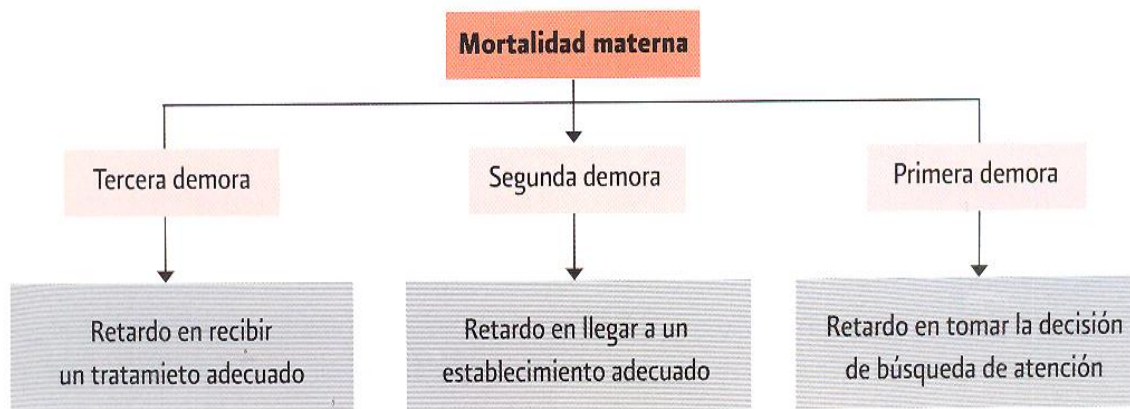
DISTRIBUCIÓN DE MUERTE MATERNA POR-CAUSA		
Causas	% muertes	
Directas	Hemorragias puerperales	25%
	Infecciones sepsis	15%
	Trastornos hipertensivos durante el embarazo	12%
	Trabajo de parto prolongado y obstruido	8%
	Complicaciones del aborto	13%
	Otras	7%
Indirectas	Enfermedades que complican el embarazo	10%
	Cardiovasculares	10%

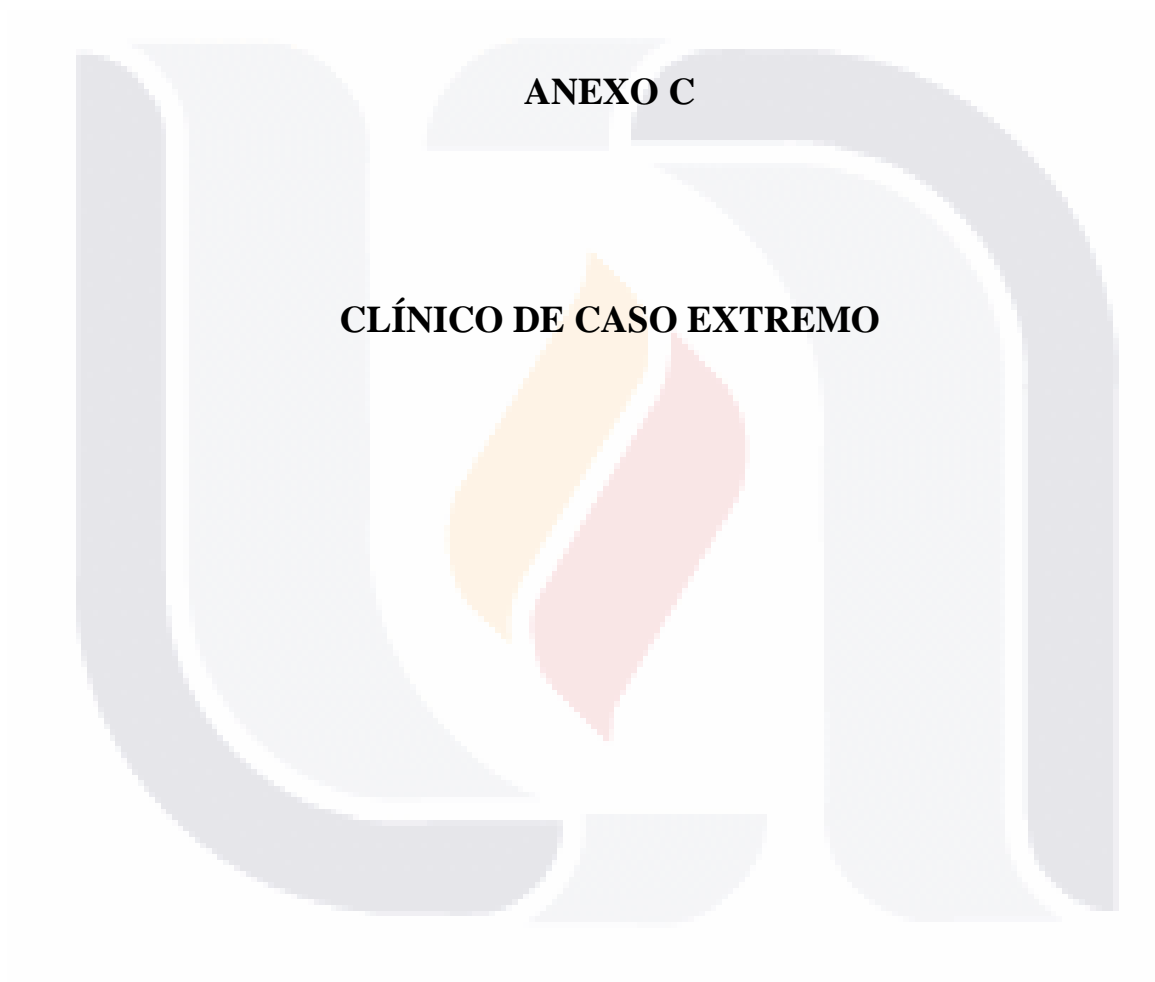
Fuente: OMS, informe sobre la salud en el mundo 2005.

**Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos para el año 2009**



**Fuente:** Encuestas demográficas nacionales. CONAPO 1976-2009.





## RESUMEN CLÍNICO DE CASO EXTREMO

Nombre: RSSZ.

Edad: 18 años.

Sexo: Femenino.

Fecha: 5 de febrero de 2013.

Servicio: Gineco-obstetricia del IMSS, Hospital General de Zona N° 2.

**Antecedentes heredofamiliares:** madre y abuela con hipotiroidismo.

**Antecedentes personales no patológicos:** paciente originaria y residente de Aguascalientes. Casada, escolaridad de preparatoria incompleta. Ama de casa. Profesa la religión católica. Habita en casa de propia, cuenta con todos los servicios de agua, luz y drenaje, sin hacinamiento ni promiscuidad. Baño y cambio de ropa cada tercer día. Alimentación: buena en cantidad y calidad. Grupo sanguíneo: 0, RH: +

**Antecedentes personales patológicos:** niega quirúrgicos, transfusionales, traumáticos, alergias, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías,

**Antecedentes Gineco-obstétricos:**

Menarca a los 12 años      Ritmo: 30 x 4      G: 1 P:0 A:0 C:0.      IVSA: 16 años. Número de parejas sexuales: 2.

Pareja actual de 22 años de edad, bodeguero, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas, se encuentra en aparente buen estado de salud. Niega uso de método de planificación familiar, niega detección de citología cervicovaginal. Fecha de última regla: 16 de septiembre de 2012, fecha probable de parto: 23 de junio de 2013, embarazo de 20.2 SDG por FUM.

**Embarazo actual:** Amenorrea secundaria con PIE positivo el 20 de octubre de 2012. Inicia control prenatal en noviembre, acudiendo a 4 consulta, con toma de ácido fólico desde la primera visita. Se realiza USG el 20 de enero de 2013 con reporte de malformaciones fetales (higroma quístico y ascitis), el 01 de febrero de 2013 se realiza otro USG, el cual reporta: 20SDG con placenta grado I, posterior, líquido amniótico normal e hidroencefalocelo posterior y occipital, hidrotórax y ascitis. Refiere infección de vías urinarias en el tercer mes de gestación con tratamiento a base de ampicilina.



**Padecimiento actual:** paciente femenino de 18 años de edad, primigesta, quien acude a su control prenatal de embarazo de 20.2 SDG con antecedente de malformaciones de producto único vivo, higroma quístico, por lo que se refiere al servicio de ginecología y obstetricia. Actualmente se encuentra sin actividad uterina ni STV.

**Exploración física:**

TA: 125/74mmHg    FC: 86x'                      FR: 20x'                      Talla: 1.59m  
Peso: 51.5 kg

Paciente en buen estado general, abdomen con útero grávido con FCF de 158x', extremidades sin edema ni alteraciones.

**Diagnósticos:** paciente femenino de 18 años de edad, G:1, Embarazo 20.2SDG por FUM + producto con hidroencefalocele, hidrotórax y ascitis.

**Plan:** USG urgente, y pase al Comité de bioética por solicitud de interrupción del embarazo.

**Evolución:**

**19/02/13:** se realiza una valoración por trabajo social solicitada por el Comité de bioética, donde se reporta que la paciente pertenece a familia nuclear en etapa familiar inicial, de procedencia urbana e ideología tradicional, con roles definidos, existe una relación de pareja con poca comunicación; sin embargo, la pareja de la paciente no acepta la situación de su bebé, él refiere que desea que su esposa cumpla con su periodo de gestación con la esperanza de que el bebé nazca bien. Esta pareja recibe apoyo moral, físico y afectivo de sus familiares de origen. Se deriva a tanatología, caso a cargo del Comité de bioética. Se le informa a la pareja sobre los riesgos físicos, morales y afectivos.

**03/03/13:** la paciente se encuentra en protocolo de estudio para descartar trastorno secundario a proceso infeccioso, por lo que se solicita un ecocardiograma para valoración y seguimiento de probable cardiopatía.

**19/03/13: G1, 26.2 SDG:** la paciente define que acepta el embarazo hasta su término o complicación, desiste de evacuación temprana, percibe movimientos fetales normales. A la exploración física, se encuentra con signos vitales normales, fondo uterino aumentado de volumen en relación con la edad gestacional con FCF 146x'. Se realiza la prueba de ELIS para identificar Ac Antiparvovirus B19 (Ig G e IgM), ambas pruebas negativas.

**30/03/13:** planificación familiar: aceptó uso de hormonal inyectable y preservativo.

## **Ingreso a Tococirugía**

### **Signos vitales**

TA: 116/78mmHh FC: 86x' FR: 20x' T: 36.6 °C

Paciente femenino de 18 años de edad, primigesta, con embarazo de 27.6SDG por FUM. Se encuentra consciente, normohidratada, eutérmica. Abdomen globoso por útero gestante con FU de 31 cm. Presentación cefálica, situación longitudinal y posición derecha, FCF 118x'. Cérvix central, blando con 2 cm de longitud, 1 cm de dilatación, sin borramiento. Contracciones uterinas: 5 en 10 minutos. Presenta hemorragia transvaginal y dolor. Tarnier y Valsalva negativos. Extremidades inferiores con edema (++), pulsos periféricos presentes, llenado capilar normal (1-2s).

IDX: Embarazo de 27.6SDG + Bradicardia fetal + Hidrops fetalis, hidrocefalia, ascitis e hipoplasia pulmonar + Polihidramnios + TP fase latente.

**Plan:** conducción de trabajo de parto.

### **30/03/13 20:30 hrs.**

TA: 116/78mmHg FR: 20x' FC: 80x' T: 36.5 °C

Refiere hipomotilidad, actividad uterina con buen estado general, FCF de 121x', cérvix 1-2 cm y 70% de borramiento, resto sin alteraciones. Se vigila el trabajo de parto.

### **30/03/13 22:00 hrs.**

TA: 116/78mmHg FC: 86x' FR: 20x' T: 36.5°C FCF de 142x'

Al momento refiere actividad uterina irregular, disminución de movimientos fetales, sin pérdidas transvaginales.

Cérvix anterior con 2 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas íntegras, producto libre, miembros inferiores con edema ROTS normales.

### **31/mar/2013 08:45 hrs.**

TA: 100/60 FC: 100x' FR: 20x' T: 36.°C

Actividad uterina irregular, hipomotilidad. FCF de 138x', cérvix 2 cm de dilatación, 70% de borramiento, membranas íntegras.

**9:00 hrs.:** No se detecta FCF, se solicita USG para corroborar diagnóstico. Se informa a la paciente.

**18:00 hrs.:** USG: se identifica producto intrauterino, único, sin vitalidad, en situación longitudinal, cefálico. Óbito de 29.2SDG, peso aproximado de 2578 gr, ILA 30, placenta corporal lateral izquierda.

**01/abr/2013 07:15 hrs.**

TA: 91/52 FC: 20x'

Femenino de 18 años G1 + Embarazo de 28SDG + producto con múltiples malformaciones + PPTPFC, al momento sin movilidad fetal ni FCF, en espera que mejore TDP, paciente asintomática.

**Plan:** Se indica dieta líquida, solución Hartman 500cc goteo rápido, Sol. Glucosada 10% goteo rápido, Sol. Hartmann 1000cc + 10 U de oxitocina a 10 gotas por minuto, Butilioscina IV e IM y vigilancia de actividad uterina.

**11:15 hrs.:** Se administra 1 tableta de Misoprostol vía vaginal + 1 tableta de 200mg V.O.

**11:25 hrs.:** La paciente pasa a la sala de expulsión, se coloca en posición ginecológica. Se procede a colocar espejo vaginal para localizar cuello cervical y administrar misoprostol 1 tableta triturada en gel; asimismo, se indica 1 tableta vía oral y se agrega solución glucosada al 5% 1000cc + 40 UI de oxitocina a 20 gotas por minuto.

**17:45 hrs.:** **Nota de anestesiología:** se le aplica analgesia obstétrica, método BAD L3-L4 (Bupivacaina 15mg 0.125% + Fentanil 100 mcg PRN) sin eventos adversos.

**22:00 hrs.:** **Nota posparto:** paciente en sala de expulsión con borramiento y dilatación completas, se realiza asepsia de la región genital y colocación de campos estériles, se atiende parto eutócico, se realiza episiotomía medio lateral. Se obtiene producto único muerto en presentación cefálica del sexo masculino, con peso de 2700 de 27SDG. Se pinza y corta cordón umbilical, se pasa producto a enfermería. Se realiza alumbramiento espontáneo, placenta completa con cotiledones friables (se envía a patología). Posteriormente se realiza revisión de cavidad. Se comprueba integridad de canal de parto, se realiza episiorrafia, se verifica hemostasia y se limpia región.

Complicaciones: ninguna.

Hallazgos: producto único muerto en presentación cefálica del sexo masculino, con peso de 2700 de 27SDG, múltiples malformaciones. Placenta completa con cotiledones friables, se manda a patología.

Sangrado: mínimo.

MPF: ninguno.

### **Indicaciones**

1. Ayuno, progresar a blanda pasado efecto anestésico.
2. Solución glucosada al 5% 1000cc + 20 UI de Oxitocina para 6 hrs, continuar con solución Hartman 1000cc para 8 hrs.
3. Medicamentos:
  1. Metamizol 1gr IV lento y diluido previa TA.
  2. Paracetamol 500 mg VO cada 6 hrs PRN.
  3. Cefotaxima 1gr IV cada 8 hrs.
  4. Ranitidina 1 ampolleta IV cada 12 hrs.
  5. Metoclopramida 1 ampolleta IV cada 8 hrs PRN.
4. Medidas generales:
  1. CGE y SVPT.
  2. Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina.
  3. Pase a piso.

### **02/abr/2013 07:00 hrs.: Encamados**

TA: 93/45mmHg FR: 20x' FC: 90x' T: 36.5 °C

Paciente femenino de 18 años de edad, G:1 P:1 (óbito), que ingresa al servicio con diagnóstico de puerperio fisiológico. Se refiere asintomática. Postrada, tranquila, cooperadora, neurológicamente íntegra, con palidez de tegumentos (+), normohidratada, abdomen blando, depresible, sin megalias ni puntos dolorosos, adecuada involución uterina, loquios hemáticos escasos no fétidos, resto sin alteraciones.

Continuamos mismos fármacos e inicio de vía oral.

**Indicaciones**

1. Dieta blanda.
2. Solución Hartman 1000cc para 8 hrs.
3. Medicamentos:
  1. Metamizol 1 gr IV lento y diluido previa TA.
  2. Paracetamol 500 mg VO cada 6 hrs PRN.
  3. Cefotaxima 1 gr IV cada 8 hrs.
  4. Ranitidina 1 ampolleta IV cada 12 hrs.
  5. Metoclopramida 1 ampolleta IV cada 8 hrs PRN.
  6. Bromocriptina tabletas 1 cada 12 hrs.
4. Medidas generales:
  1. CGE y SVPT.
  2. Vigilar sangrado transvaginal e involución uterina.
  3. Reportar eventualidades.

**14:00 hrs.: Nota de evolución**

TA: 111/71mmHg FR: 20x' FC: 70x' T: 36 °C

Se refiere asintomática, tolerando adecuadamente la vía oral. Tranquila, cooperadora, íntegra, con adecuada coloración e hidratación de piel y mucosas; abdomen asignológico sin datos de sangrado.

Loquios hemáticos escasos no fétidos. Paciente con adecuada evolución, por lo que se decide continuar con vigilancia.

**15:00 hrs.**

**Indicaciones**

1. Cabergolina 1 tableta cada 12 hrs por 2 dosis.
2. Deambulación.
3. Suspender bromocriptina.

**03/abr/2013 07:00 hrs.**

TA: 110/70mmHg FR: 22x' FC: 74x' T: 36 °C

Asintomática, tolera VO, deambulación, cooperadora, activa, reactiva, alerta. Normohidratada. Abdomen con adecuada involución uterina, no doloroso, loquios hemáticos, no fétidos. Extremidades íntegras.

Fecha de egreso: 3/04/13

Hora de egreso: 13:00 hrs.

Motivo de egreso: Alta hospitalaria.

### **Estudio de gabinete**

#### **Ultrasonido obstétrico: 20/01/13**

Embarazo de 18.6 SDG con producto único vivo, intrauterino de aspecto ecográfico, el cual se encuentra en situación longitudinal, presentación pélvica, dorso a la izquierda, FCF: 139x'.

Placenta fúndica corporal posterior con grado de maduración I por la clasificación de Grannum.

Líquido amniótico se encuentra normal para su edad gestacional.

El cordón umbilical con patrón anatómico normal identificando 3 vasos.

Hallazgos: Higroma a nivel de cráneo y tórax, así como líquido libre en tórax.

#### **USG obstétrico: 06/02/13**

Producto único vivo, libre de 21.4 SDG por fetometría promedio con un peso aproximado de 446 gr.

Placenta corporal posterior grado I.

Líquido amniótico que presenta múltiples ecos finos en relación con detritus. ILA de 18 cm.

Hallazgos compatibles con linfangioma que afecta cabeza, parte posterior del cuello, parte superior y posterior del tórax.

Hidrocefalia leve.

Derrame pleural bilateral, hipoplasia pulmonar.

Probable aurícula única.

**Ultrasonido obstétrico: 31/03/13**

Embarazo intrauterino con feto sin vitalidad de 29.2 semanas en promedio por US, con un peso esperado de 2178 g.

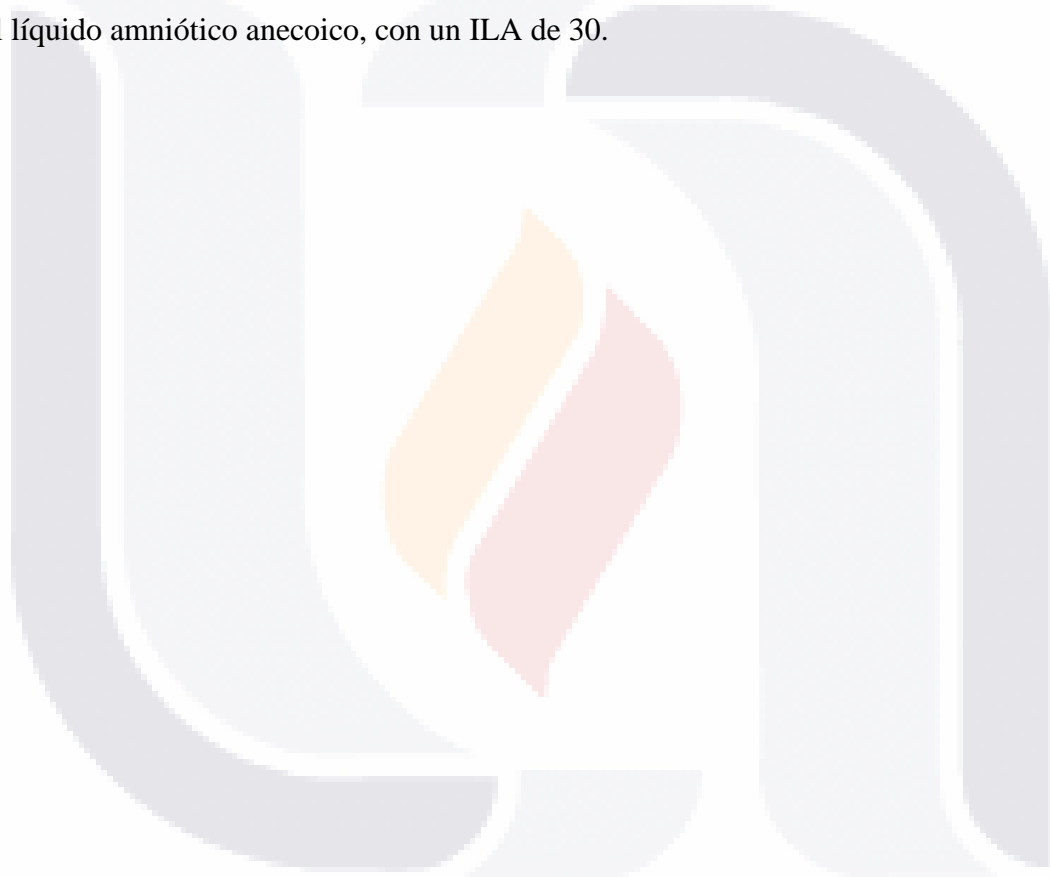
En situación longitudinal, cefálico.

Presenta líquido intracraneal a nivel ventricular, abdominal, pericárdico y en espacio pleural, generalizado, ecogénicos, edematosos.

La frecuencia cardiaca no se identifica, ni se observa movimiento valvular cardiaco.

Placenta: corporal lateral izquierda grado 2, con un grosor de 56 mm.

El líquido amniótico anecoico, con un ILA de 30.



**ANEXO D**

**DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD**





## **Descripción de la unidad**

### *Tomado del reporte de la unidad misma como se auto describe*

La atención médica se divide en tres niveles de acuerdo a su complejidad:

Primer nivel es aquel de la competencia de la medicina general, donde se resuelven en el primer contacto de los problemas de salud en México, el aprox. 80%, requiriendo sólo atención médica de consulta externa y atención prehospitolaria de las urgencias médicas.

El segundo nivel de atención médica es aquel de las competencias de las especialidades médicas, y se ocurren a los hospitales y se requerirá de atención de consulta externa y de hospitalización, siendo aprox. 15% de las necesidades de atención en salud del país.

El tercer nivel de atención médica corresponde a las subespecialidades, siendo estos centros de concentración en puntos estratégicos del país, donde se resuelven aprox. 5% de los problemas de salud de México.

El Hospital General de Zona, de seguridad social, donde se presenta el estudio, corresponde al segundo nivel de atención médica.

El Hospital General de Zona 2 (HGZ n° 2) es una unidad que otorga servicios de segundo nivel de atención médica; fue inaugurado en el mes de noviembre de 1994, como parte de la infraestructura del Instituto Mexicano del Seguro Social, inició labores el día 28 de febrero de 1995. Se localiza en el oriente de la ciudad de Aguascalientes, Ags. Con domicilio en Avenida de Los Conos esquina con Avenida Aguascalientes Oriente, fraccionamiento Ojocaliente, código postal 20190.

Está construido sobre una superficie de 35,706 metros cuadrados, con un total de 27,335 metros cuadrados de construcción, contando con 11,671 metros cuadrados de jardines y 16,816 metros cuadrados de áreas pétreas, todo en tres niveles arquitectónicos:

1. Sótano. Donde se encuentran ubicados los servicios de Anatomía Patológica, casa de Máquinas, Conservación y Mantenimiento, Salud en el Trabajo, vestidores de

personal, checadores, subalmacén, ropería, estacionamiento cubierto con 175 cajones y estacionamiento descubierto con 149 cajones.

2. Planta baja. Consta de amplio vestíbulo, consulta externa de especialidades con 16 consultorios, Cirugía Ambulatoria, Atención Médica Continua, Toco-Cirugía, Quirófanos, Unidad de Cuidados Intensivos, Central de Equipos y Esterilización, Nutrición y Comedor, Subjefatura de Enfermería, Subjefatura de Trabajo Social, Coordinación de Asistentes Médicas, Unidad de Hemodiálisis, Farmacia, Laboratorio, Banco de Sangre, Urgencias, Imagenología, Departamento de Informática Médica y Archivo Clínico (DIMAC) y Módulo de Atención e Información y Quejas.
3. El primer piso. Aquí se encuentran los servicios de Hospitalización de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, un CENDIS, la Dirección Médica, Subdirección Médica, Subdirección Administrativa, Jefatura de Enfermería, Epidemiología, Educación Médica, Jefatura de Trabajo Social, Biblioteca, 2 aulas de enseñanza, auditorio con 180 butacas, jefatura de Servicios Básicos, área de Personal, Servicios Generales, Finanzas, Conmutador, Y ADEC.

El hospital cuenta con 205 camas, de las cuales 121 son censables y 84 no censables, 5 quirófanos, 2 salas de expulsión, 14 peines de laboratorio, 1 puesto de sangrado, 2 salas de radiodiagnóstico (1 para estudios simples y 1 para estudios contrastados), 1 de tomografía y 2 de ultrasonografía, y 1 Clínica de Displasias.

Asimismo, tiene los siguientes procesos estratégicos: admisión continua, hospitalización, cirugía, y consulta externa, los principales procesos de apoyo son los servicios auxiliares de diagnóstico, cuenta también con las subespecialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Nefrología, Salud en el Trabajo, Fomento a la Salud y Anatomía Patológica.

Los cinco principales motivos de egreso de la unidad son: atención de parto y puerperio, diabetes mellitus y sus complicaciones, insuficiencia renal crónica, lesiones y traumatismos varios, hipertensión arterial y enfermedades de vías respiratorias y

digestivas.

Los principales motivos de atención en consulta (externa y urgencias) son: atención de parto y puerperio, diabetes mellitus, enfermedades diarreicas y de vías respiratorias, control posquirúrgico, insuficiencia renal crónica y patologías de columna lumbar e hipertensión arterial.

Comentario: Tanto el primer motivo de atención médica como el principal motivo de egreso, son la atención de parto y cuidados del puerperio, donde están contenidas acciones del programa de Salud reproductiva.

El Área Médica de Gestión Desconcentrada (AMGD) n° 2, por su demarcación territorial correspondiente, está integrada por las unidades de Medicina Familiar metropolitanas no. 8, 9, 10 y 11; apoya también la unidad de Medicina Familiar 20 (unidad foránea). Además se proporciona atención en el servicio de hemodiálisis a pacientes de poblaciones vecinas a nuestro estado pertenecientes a las delegaciones de Jalisco y Zacatecas. Por su ubicación geográfica, esta unidad se considera una unidad de choque, ya que otorga atención a pacientes politraumatizados debido a la accesibilidad de las carreteras a este nosocomio.

Comentario: dada su ubicación dentro de la ciudad, le corresponde la atención a la población de usuarios del oriente de la ciudad, donde su pirámide de población está conformada por su mayoría de hombres y mujeres jóvenes en edad reproductiva y, por lo tanto, en este hospital se atiende la mayoría de las mujeres que, por edad, reciben la atención del programa de Salud reproductiva. Por este motivo, se ha escogido a esta unidad del IMSS, para realizar el estudio de campo del presente estudio.

La población potencialmente usuaria del AMGD n° 2 es de 262,453 derechohabientes, de los cuales 52% son mujeres y se encuentran clasificados por grupos etáreos:

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
---------------	---------	---------

A	<1 año	2 798	2 742
B	1 a 4 años	14 232	13 923
C	5 a 9 años	16 171	15 443
D	10 a 14 años	14 552	13 973
E	15 a 19 años	5 203	5 922
F	20 a 24 años	8 337	10 459
G	25 a 29 años	10 232	12 535
H	30 a 34 años	11 196	13 203
I	35 a 39 años	9 601	10 910
J	40 a 44 años	7 339	8 179
K	45 a 49 años	5 285	6 164
L	50 a 54 años	4 182	5 136
M	55 a 59 años	3 671	4 542
N	60 a 64 años	3 220	3 764
Ñ	65 a 69 años	2 616	3 235
O	70 a 74 años	2 302	2 529
P	75 a 79 años	1 709	1 757
Q	80 a 84 años	2 740	2 651

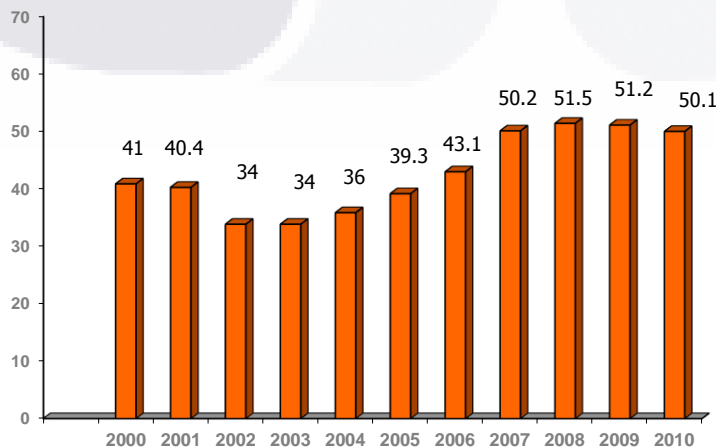
Comentario: de las filas E a la K, corresponden al grupo sexualmente activo, y con especial interés para el programa de Salud reproductiva. Como se puede ver, son los más numerosos de la pirámide poblacional, lo cual hace evidente la importancia del estudio de los seres sociales que entran dentro de este grupo, haciéndolos de especial interés tanto para las políticas médicas como para buscar conflictos sociales que ameriten su estudio desde la Sociología Médica.

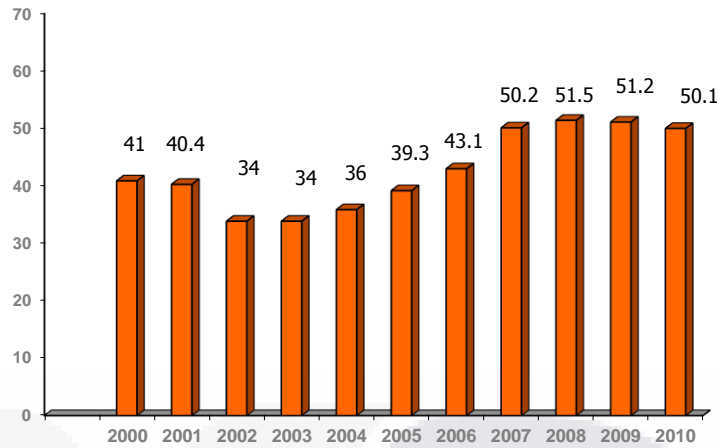
La plantilla laboral del HGZ n° 2 está compuesta por 821 trabajadores de base y 43 de confianza; conformada por: 152 médicos, 450 enfermeras, 55 personal administrativo, 22 personal de laboratorio, 3 oficiales y 2 auxiliares de farmacia, 10 trabajadoras sociales, 16 personas de imagenología entre técnicos y auxiliares, 2 especialistas en salud en el trabajo, 125 trabajadores de servicios básicos y 32 de conservación, 38 en nutrición, 4 inhala

terapeutas, 24 asistentes médicas, 1 cito-tecnólogo, 1 histo-tecnólogo, 16 operadores de ambulancias, y 2 operadoras telefónicas.

**Ideario institucional de esta unidad de atención médica**

El ideario de la unidad médica donde se realiza el estudio, dentro del sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social, se diseñó basado en el objetivo de la satisfacción del usuario, tomando como referencia el conocimiento profundo de sus clientes y usuarios actuales y futuros, obteniendo la información recabada en los diagnósticos situacionales, tanto de las unidades de medicina familiar del área médica de gestión desconcentrada como de la misma unidad y fuentes externas como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mediante estos sistemas, se tiene el conocimiento de la pirámide poblacional, nivel educativo, nivel económico, población económicamente activa asalariada formal e informalmente, y movimientos migratorios. Con este sistema se establece la toma de decisiones de forma preventiva para cubrir las necesidades presentes y futuras de los derechohabientes; asimismo, los riesgos y padecimientos a que están expuestos por grupos etéreos. Esta información está en los sistemas con que cuenta para el conocimiento profundo de clientes y usuarios, el Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) que es la base para valorar el comportamiento de los indicadores del desempeño, y con el Sistema de Información de Derechos y Obligaciones (SINDO), que verifica la vigencia de los usuarios que solicitan la atención médica.





La unidad cuenta con un sistema de liderazgo participativo y de servicio, ejercido por el director y el cuerpo de gobierno con un esquema horizontal que permite la integración y congruencia con la misión, visión y valores de la misma. Este liderazgo está establecido de acuerdo con el modelo de gestión de calidad total y con metodología de trabajo en equipo.

Proyecta con un trabajo implementado y ejercido con los criterios de la planeación estratégica, planeación operativa, evaluación del liderazgo administrativo, cultura de calidad con enfoque en los usuarios para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad.

Este liderazgo es ejercido por el cuerpo de gobierno de la unidad, conformado por el director, subdirector médico, subdirector administrativo, jefes de: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Anestesiología, Urgencias, Enseñanza e Investigación Médica, Imagenología, Enfermería, Conservación de Unidad, Servicios Generales, Personal, Finanzas, Farmacia, Laboratorio, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Sub-jefaturas de: Servicios Básicos, Almacén, Enfermería, Coordinaciones de Salud en el Trabajo, Asistentes Médicas, Técnica en Atención y Orientación al Derechohabiente. De este trabajo en equipo surge la:

**Misión:** “Somos una unidad de servicio con el compromiso de recuperar y mantener la salud de nuestros derechohabientes, aplicando el conocimiento con amor, calidad y respeto a la vida, motivo que nos impulsa a crecer. Eres nuestra razón de ser”.

**Visión:** “Ser un hospital líder conformado por un equipo de trabajo con proyección y reconocimiento de excelencia ante la sociedad”.

**Valores** “La dirección de esta unidad hospitalaria ha transmitido diversos valores ligados a la calidad de servicio, los cuales se pueden evidenciar a través de programas y evaluaciones específicas, pudiendo definir como piedra angular de estas evaluaciones la satisfacción de usuario, tiempos de espera para atención, la implantación del programa de consentimiento informado y la propia **Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios**. Sin lugar a dudas, parte toral de la cultura de calidad que va implícita a la visión y misión de la institución: **responsabilidad, respeto, justicia, lealtad y honestidad**”.

**Filosofía:** “Otorgar atención a los derechohabientes con base en los valores de la organización, los cuales quedaron establecidos por el cuerpo de gobierno de esta unidad mediante planeación estratégica”.

Comentario: la misión parece tener un enfoque personalista, es decir, centrado en la persona, en el paciente; sin embargo, la filosofía institucional dice estar en funciones de los valores establecidos por el cuerpo de gobierno, del cual deriva la planeación estratégica para llevar a cabo las acciones operativas, es decir, lo que aterriza en la atención de los pacientes.

### **Compromisos institucionales según la misión y visión y metas de la calidad institucional**

#### **Compromisos de la relación médico-paciente, deontológicos y bioéticos**

##### **Discurso de la relación médico-paciente**

La relación Médico Paciente (RMP) es una interacción entre personas, que se produce en el quehacer clínico y constituye el núcleo de la práctica médica; es iniciada por el enfermo

o su familia y produce beneficios para ambos, para el enfermo la satisfacción de la atención recibida y por la recuperación o conservación de la salud, la limitación del daño o la rehabilitación lograda; para el médico, la satisfacción por la relación personal, la educación continua a través de la experiencia y la remuneración recibida. Este vínculo ha sido conceptualizado, desde el punto de vista legal, como un contrato generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas que son libres de iniciar y romper una relación. En su contenido hay tres elementos de la relación médico y paciente en la medida en que el paciente no sea abandonado. Es indispensable la existencia de un problema, y que el paciente acepte que lo tiene y que éste sea reconocido por el médico, además el médico debe aceptar el compromiso.

En cuanto a los elementos de la relación médico y paciente, y sus características, los elementos nucleares de esta relación son el enfermo y el médico, e intervienen factores del medio ambiente y tecnológico, que la puedan favorecer o entorpecer.

El médico debe tener las siguientes cualidades:

1. Actuar en el mejor interés del paciente.
2. Poseer capacidad técnica y juicio clínico adecuados.
3. Tener disposición para escuchar, informar, orientar y atender al enfermo con empatía y compasión, y con optimización de sus recursos económicos.
4. Mantener la veracidad, el secreto profesional y el cumplimiento de las promesas.

Los pacientes, o sus familiares, por su parte deben:

1. Asumir la responsabilidad del cuidado de su salud.
2. Ofrecer al profesional de la salud toda la información necesaria y veraz para favorecer su mejor cuidado.
3. Previa información y toma de decisiones, seguir las indicaciones que se le ofrecen para la atención de su salud.
4. Tener confianza en su médico.



Estas características han sido también descritas como benevolencia, querer el bien del otro; benediciencia, hablar bien del otro; beneficencia, hacer le bien al otro; y finalmente la benefidencia, la buena confianza o fe.

La existencia de estas características hace más probable que esta relación se vuelva más productiva, tanto en lo afectivo como en lo técnico.

### **Cuatro Modelos de la RMP**

La relación entre el médico y el paciente puede entenderse con distintos modelos, que de hecho se emplean no sólo por diferentes profesionales, sino también en diferentes momentos por un mismo médico.

#### **1. Paternalista o activo/pasivo**

En éste, el principio ético capital es el de buscar el beneficio y no dañar al paciente. Está identificado en el juramento de Hipócrates, en el que se ha fundado la ética médica. En la literatura, acerca de la sociología médica, se usa la imagen de padre-hijo como una analogía para la relación médico paciente. Es este paternalismo, en su contexto de valores, el que está representado en el eslogan moral: “beneficie y no haga daño a sus pacientes”. Lo esencial de esta forma de relación es que sustrae la toma de decisiones del paciente y la deposita enteramente en manos del médico. Mientras que el profesional pueda afirmar lo adecuado de este principio para una ética médica, es claro que la sociedad, más general, tiene un conjunto más amplio de normas éticas que incluyen la veracidad, la confidencialidad, la privacidad y la fidelidad, entre otras. Si bien es cierto que en este sistema parece ser que son los médicos los que toman las decisiones, si se suplanta la autonomía del paciente, es probable que se finja adoptar la resolución propuesta, pero al traspasar el umbral del consultorio, es él o ella quien decide si seguirá o no las recomendaciones que se le han dado.

#### **2. Mecánico**

Uno de los efectos de la revolución biológica ha sido formar médicos científicos, y en la retórica moderna los científicos deben ser “puros”; esto es, deben ser factuales y divorciarse de toda consideración acerca de valores. Como resultado, este profesionista puede convertirse en un mecánico y dejar al paciente las decisiones acerca de los objetivos y los valores de esta relación, el médico simplemente repararía, sin preguntar, como lo hace un mecánico con un automóvil. Lo anterior dista mucho de la realidad, puesto que quien practica la ciencia aplicada en el hombre, no puede sustraerse de los valores. En este modelo, el paciente se presenta con sus inquietudes y se orienta a decidir cómo usar la ciencia médica para componer lo que él o ella perciben como un problema. Los médicos que piensan que solamente deben presentar los hechos y que deben dejar a los pacientes que tomen las decisiones, se están engañando a ellos mismos, aun cuando fuese moralmente aceptable y responsable buscar la objetividad cuando se tienen que tomar decisiones críticas.

### 3. Modelo compartido

Aquí se propone que ambos integrantes de la relación deben verse como colegas que buscan el mismo fin de eliminar la enfermedad y preservar la salud del paciente. Cuando los dos están genuinamente comprometidos en un objetivo común se justifica la confianza. Se trata de una forma placentera y armoniosa de interacción humana. Hay similitud de dignidad y respeto e igualdad de contribuciones de valores, de lo que carecen los dos modelos anteriores. Sin embargo, se admite que las diferencias socioeconómicas y de valores hacen que la asunción de intereses comunes, indispensables para que este modelo funcione, puede simplemente ser quimérica.

### 4. De compromiso o respeto mutuo

En este modelo los dos individuos interactúan de tal manera que ambos tienen obligaciones y reciben beneficios. Los principios básicos de autonomía, fidelidad, veracidad y justicia son esenciales. La premisa es la confianza, aun cuando se reconoce que no hay intereses mutuos en forma absoluta. Aquí se evita la abdicación moral por parte del médico que existe en el modelo mecánico, y la renuncia moral por parte del paciente que tiene en el modelo

paternalista. También elude la incontrolada y falsa sensación de igualdad del modelo compartido. En la relación de respeto mutuo y de responsabilidad compartida, el médico reconoce que el paciente conserva la libertad de control sobre su propia vida cuando tenga que tomar decisiones importantes. En éste existe una toma compartida de decisiones, de tal manera que los pacientes como los médicos conservan su integridad moral.

En esta descripción se perciben las diferentes formas de establecer la relación del médico con el paciente, y podría justificarse con las características educativas de nuestra sociedad el que el médico paternalista prevalezca; sin embargo, se puede preguntar, ¿por qué el médico es quien impone las decisiones al paciente y no deba buscarse una interacción de compromiso mutuo en este proceso? Es sabido, además, que ahora son más los pacientes que buscan asumir el derecho exigente de tomar sus propias decisiones. Es importante que la relación entre el médico y la paciente no se deteriore, sino que se vuelva más satisfactoria para ambas partes.

### **Tipos de relación médico-paciente**

En la relación médico paciente, el contacto inicial puede ser de dos maneras: directa, cuando es el propio paciente quien selecciona a su médico; y en forma indirecta, cuando son terceras personas las que seleccionan a los profesionistas y luego le asignan a los pacientes a su cuidado. Tal es el caso de las instituciones de seguridad social, seguros comerciales de gastos médicos o corporaciones bancarias. Cada tipo de relaciones puede presentar ventajas para ambos elementos: en la directa, el inicio y término del contrato depende solamente de ellos y resulta más probable que las características de benevolencia, benediciencia y benefidencia aparezcan; en las indirectas, los beneficios económicos son evidentes: para el médico la percepción de emolumentos fijos o variables “pero estables”, para el enfermo el financiamiento de los gastos, que en muchas ocasiones sería imposible de cubrir en forma directa; sin embargo, existen problemas particulares para cada caso.

### **Ámbito de la relación médico-paciente**

El medio ambiente en el que se da la interacción puede ser el consultorio médico, el domicilio del paciente, el hospital, en los laboratorios clínicos o en los gabinetes de diagnósticos, y éstos pueden ubicarse en el contexto de la relación directa o de la institucional. En todos los escenarios intervienen factores relativos al ambiente físico, al personal auxiliar y al propio médico (vestimenta, modos de expresión, lenguaje y actitud) que desde el inicio fluyen en la calidad y resultados de la atención.

### **Obstáculos de la relación médico-paciente**

En el médico se pueden identificar algunas posibles barreras para la relación médico paciente, como su propia competencia profesional, sus aranceles, sus prejuicios, su capacidad de comunicación, su aspecto, y en el paciente se pueden identificar problemas como su nivel educativo y cultural, capacidad económica, escrúpulos. En el medio ambiente físico, la iluminación, ruido, mobiliario, el estado emocional en el que se estructura a sí mismo, la interposición de la tecnología médica que inunda con artefactos que hacen más eficiente el proceso de la atención médica, también forman una pantalla entre ambas personas.

### **Problemas en la relación médico-paciente**

En la vertiente del médico hacia el paciente, la más destacada es la deshumanización y la despersonalización, aunado al aumento de personas que brindan el cuidado y a la tecnologización de la medicina. Sus expresiones mayores son su conversión en un objeto sin rasgos personales, sentimientos y valores, identificando al paciente como un número, un expediente, una enfermedad o un procedimiento llevando a la ausencia del calor en la relación humana. Otros problemas pueden ser el abuso económico, el físico o el sexual, el engaño, la indiscreción, el abandono, la desconfianza y la discriminación.

En la vertiente del paciente hacia el médico también se produce el fenómeno de la deshumanización, donde al médico se le transforma como un número de consultorio, una especialidad, perdiendo sus cualidades personales e individuales. El abuso personal, el

engañó, la indiscreción, también se pueden producir por parte del enfermo hacia su médico.

Una forma muy frecuente de utilización del médico es mediante la exigencia por parte del paciente de una solución, o de realizar tratamientos que el médico no considera adecuados, o incluso inmorales. Esto pasa por considerar al médico como un prestador de servicios técnicos, rebajándolo del carácter de persona, con creencias al de una máquina.

### **Finalización de la relación médico-paciente**

La relación puede terminarse por falta de colaboración de los pacientes o sus familiares, incompatibilidad de valores morales, imposibilidad física del médico de atender a los enfermos, falta de recursos económicos, interferencia con otros colegas o reconocimiento de limitaciones del médico.

En la práctica institucional, o en los servicios comerciales convenidos, existen cláusulas para la suspensión de esta relación, y se imponen en el mismo contrato legal suscrito por las partes.

### **Actitudes que fortalecen la relación médico paciente**

1. Reconocer la dignidad intrínseca del enfermo.
2. Tratar al paciente como individuo.
3. Atender al enfermo como un ser biopsicosocial.
4. Fomentar la participación del enfermo y sus familiares en el cuidado de su salud.
5. Entender con empatía la perspectiva del otro y comprender mejor sus respuestas.

## **Bioética: corriente del Principialismo en la atención médica**

Se hace esta alusión, dado que éste es el modelo bioético que está vigente en el modelo de atención médica, y que 100% de los ginecólogos han recibido el curso de sensibilización en la atención de los pacientes bajo este modelo principialista, y al ser observados en sus conductas reguladas, se hace más adelante en otro capítulo, sobre el análisis de contraste entre el paradigma ideal con el real encontrado.

### **Discurso bioético aplicado a la atención médica. Breves aproximaciones bioéticas que no legitiman el uso de la violencia de género**

El marco conceptual de la bioética del Principialismo se ubica bajo los siguientes datos:

La Bioética deriva de la ética de una tradición de 2500 años del surgimiento de nuevas corrientes filosóficas, que al infiltrarse en el pensamiento médico y la necesidad urgente de responder ante las nuevas necesidades llamados “dilemas bioéticos”, expresan la necesidad de crear una disciplina que responda al ejercicio de las acciones médicas (Hernández A., 2002: 15).

En 1971 el bioquímico Van Rensselaer Potter publicó el libro *Bioethics, Bridge to the Future*, utilizando por primera vez el término de bioética en Estados Unidos, pasando la tendencia a Europa; el médico sacerdote Francisco Abel funda en 1980 el centro Borja de bioética en Barcelona, España. De la reunión del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) de 1980, el doctor Kutty Porter funda en México el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Se inician otras células bioéticas en Argentina con José Alberto Mainetti y Juan Carlos Tealdi, presentemente en Chile donde está la sede

del programa regional de bioética para América Latina y el Caribe, dependiente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En México inicia el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac y le siguen: el Centro de Investigaciones en Bioética, de la Universidad de Guanajuato; el Centro de Estudios e Investigaciones en Bioética AC, de Guadalajara; el Instituto de Bioética, de la Universidad Popular Autónoma de Puebla; el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, en Monterrey; otros en San Luis Potosí y Aguascalientes y la Comisión Nacional de Bioética (Hernández A., 2002: 16-17).

A la bioética se le identifica con los criterios para discernir en los procesos racionales tanto científicos como no científicos. Podemos entender claramente cómo los fundamentos más biologists están impresos en las siguientes corrientes, como podemos ver en W.T.Reich en 1978, en la Enciclopedia of Bioethics establece que la bioética comprende:

- Problemas éticos de los profesionales de la salud.
- Problemas éticos que resultan de las investigaciones sobre el hombre: terapéuticas y comportamentales.
- Problemas sociales con políticas sanitarias, medicina del trabajo y políticas del control demográfico.
- Problemas del ambiente en general y equilibrio ecológico (Hernández A., 2002: 27).

Describe Martha Tarasco Michel, que son cuatro las orientaciones filosóficas que influyen en la bioética:

- Naturalismo sociobiologista, que propone una ética basada en el evolucionismo, con lo cual basta describir y observar el comportamiento social para de ahí extraer normas de conducta para la colectividad (relativismo historicista).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Modelo liberal radical o no cognoscitiva opuesto al naturalismo, donde los juicios sólo pueden ser medidos con hechos sin pasar a los valores y normas éticas (subjetivismo de posición individualista).
  - Pragmatismo utilitarista. donde la categoría de la utilidad social es el valor de referencia. La elección moral se basa en la obtención del bienestar social para el mayor número posible de individuos.
  - Contractualismo. en la que existe la necesidad del acuerdo de la comunidad moral y bajo el consenso de formar normas y procedimientos para la convivencia social.

La posición del Principialismo de Beauchamp y Childress funda la bioética bajo los cuatro principios siguientes:

1. No maleficencia y
2. beneficencia (principio de la medicina hipocrática).
3. Autonomía (principio de filosofía liberal y moderna).
4. Justicia (principio de la medicina contemporánea, en relación con la economía sanitaria, socialismo-liberalismo).

Bajo la observación personalista, el principio de no maleficencia y de beneficencia subordina a los otros dos (Hernández A., 2002: 31).

Acerca de los aportes y limitaciones del Principialismo en bioética, el doctor Jorge H. Suardiaz Pareras, menciona que la deontología no es absoluta, sino influenciada por el relativismo moral, donde cada ser humano es un ente moral y establece sus participaciones en la conformación de la moral colectiva, y como Diego Gracia la llama ética del código múltiple (Suardiaz P. H., 2006).

Thomas Beauchamp y James Childress, de la Universidad de Georgetown, publicaron en 1979 el libro *Principles Of Biomedical Ethics* con la idea de solucionar los conflictos médicos, sistematizando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.



Beauchamp es un filósofo utilitarista que opina de los actos del hombre, las consecuencias a posteriori, se pueden predecir como probables con lo cual se permite evaluar éticamente los actos y establecer reglas de comportamiento, justificadas de acuerdo con las consecuencias. Childress es deontologista y establece que los principios éticos pueden ser establecidos por la razón a priori, y que son asumibles por todos porque la razón los impone.

Con ellos, en una ética de los mínimos, se establecen los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que por no ser absolutos quedan en la posibilidad de la interpretación a los enfoques que más puedan ser convenientes.

Para Adela Cortina, la ética civil está constituida por principios mínimos, aceptados por la sensibilidad pluralista de las sociedades democráticas, que comprenden que sólo desde el respeto de ese común denominador es posible la convivencia pacífica entre quienes buscan alcanzar una diversidad de propósitos con arreglo a una variedad de cosmovisiones. Son requisitos de justicia que se traducen en preceptos de obligado cumplimiento para todos, es decir, no admiten la excepción de nadie en cuanto al castigo del que se hace acreedor el sujeto que los vulnera o al desagravio que merece por el daño derivado de la acción de un tercero que le hiciera víctima al conculcar los mencionados preceptos. Por consiguiente, el carácter universal del hecho moral dimana de la componente deontológica, prescriptiva, inherente a las reglas que configuran el mundo de la ética civil de mínimos (Cortina A., 1992: 146).

Consisten en el derecho a la libertad, igualdad y solidaridad: los dos primeros ideales han sido objeto de recepción y proclamación por parte de la Revolución Francesa a través de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. El ideal de la solidaridad, por el contrario, es un cambio que como aporte al socialismo ha operado respecto a la fraternidad. Adela Cortina subraya que la tríada de ideales antes enunciados ha tomado cuerpo sucesivamente en cada una de las tres generaciones que la evolución de los derechos humanos ha experimentado hasta nuestros días. Así, el valor de la libertad

propicia los derechos de la primera generación relacionados con la defensa de la seguridad jurídica del ciudadano de cara a los abusos que en su contra puede cometer el poder del estado. Adela Cortina estima que los derechos civiles no se encarnan sin la concreción de la seguridad en las condiciones materiales de vida que garanticen la protección del ciudadano por parte del Estado, ante las adversidades como la pobreza, los padecimientos de la salud y la dureza que conlleva la situación del trabajo. Razón por la cual la igualdad que inspira la segunda generación concierne a los derechos económicos.

No deja de referir el dato de que ambas generaciones de los derechos del hombre han sido reconocidas a nivel internacional mediante la promulgación de documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. La tercera generación, a saber, es la que corresponde a los derechos ecológicos o preservación de la sanidad del medio ambiente (Cortina A., 1992: 153).

Diego Gracia Guillén también ha tenido oportunidad de acometer la cuestión de la ética civil de mínimos: el respeto de la libertad de conciencia se halla consagrado como derecho humano fundamental. Pues bien, el cimiento de la bioética no debe situarse en el nivel de las creencias religiosas de las personas, sino en principios mínimos de obligado cumplimiento para todos, instituidos mediante racional consenso de las organizaciones sociales. Por proceder del común acuerdo de los afectados, los principios mínimos son absolutos y gozan de universal aceptación. Asimismo, pertenecen al ámbito disciplinario de la ética, la así llamada ética del deber, que más bien forma parte de los dominios del Derecho. Esto porque aun contra nuestra voluntad nuestros congéneres pueden legítimamente imponernos el respeto de tales principios, como son el de justicia y el de no-maleficencia. El primero de los cuales guarda relación con el deber de no dar trato discriminatorio (en el sentido que todos los seres humanos merecen igual consideración y respeto) a las personas en las relaciones sociales, obligación por cuyo cumplimiento vela el Derecho civil. El principio de no-maleficencia, que justifica la existencia del Derecho penal, tiene que ver con la obligación de que a nadie se le infiera daño alguno (Gracia G. D., 1981: 349).

## **En cuanto a los aspectos deontológicos vigentes en los médicos que practican en Salud reproductiva**

### **La definición de profesionalismo**

La definición de profesionalismo utilizada por el Royal College of Physicians de Londres, extraída del *Oxford English Dictionary*, dice de la siguiente forma:

Una ocupación cuyo trabajo fundamental está basado en el dominio de un conjunto de habilidades y conocimientos. Es una vocación basada en la utilización del conocimiento, el aprendizaje o la práctica de una ciencia o un arte que la fundamenta y que se pone al servicio de los demás. Sus miembros profesan en su área de trabajo un compromiso con la competencia, la integridad y la moralidad, el altruismo y la promoción del bien público. Estos compromisos forman parte del contrato social entre profesión y sociedad, por el que se otorga a la primera como compensación el derecho a la autonomía en el ejercicio de su trabajo y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros deben rendir cuentas a aquellos a los que se presta servicio y a la sociedad.

### **Los elementos promotores del cambio social**

La sanidad y la práctica de la medicina están inmersas actualmente en el proceso de cambio social más importante de su historia. Este cambio social vendría motivado por dos fenómenos de tipo global: el paso desde un modelo de sociedad industrial a uno de sociedad del conocimiento; y la evolución de un paradigma posmodernista a otro de modernización reflexiva o sociedad de riesgo. Ambos fenómenos afectan de forma directa a la práctica de la medicina, al ser ésta una profesión basada en el conocimiento y al situar el ejercicio profesional en el manejo de la incertidumbre. El sociólogo alemán Ulrich Beck define el concepto de sociedad del riesgo como “aquella en la que la producción del conocimiento conlleva la creación de situaciones de mayor incertidumbre y, por lo tanto, se ve obligada a satisfacer el requisito de buscar expertos que evalúen los beneficios y riesgos asociados a la misma” (Beck, 1998).

La incertidumbre no sólo se produce por los avances de la ciencia y la tecnología, sino por los cambios en las organizaciones y en la adopción de nuevas formas de ejecución del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

trabajo, en las adscripciones de las personas, donde la variable clase social se ve ampliada por otras múltiples posibilidades voluntarias de afiliación grupal, en la estructura de las ocupaciones sanitarias y en los modelos de relación social.

Los elementos condicionantes de este cambio social en sanidad pueden caracterizarse para ser analizados bajo el concepto de “transiciones sanitarias”. El análisis de este proceso de cambio social presenta tres características generales o tendencias: es multifactorial, se produce en tiempo real, sin que exista un marco cronológico o temporal específico que permita su delimitación, y supera la capacidad de asimilación y reacción inmediata de aquéllos que tienen que responder a las nuevas necesidades que genera. Es un cambio social de evolución incierta y, por lo tanto, se mueve en torno a la dicotomía sociológica, propia de la modernización reflexiva, de certidumbre-incertidumbre.

Paradójicamente, ésta es una dicotomía donde la búsqueda de certeza genera una mayor incertidumbre, de forma que en torno a ella se produce un conflicto latente por el control de los denominados procesos de determinación o sobre la veracidad de los juicios de valores entre científicos, PM, políticos y gestores. A este proceso se van a incorporar en los próximos años de forma más activa los pacientes y los ciudadanos, destinatarios y financiadores finales de los servicios de atención sanitaria.

### **La gestión del cambio**

La intensidad y la rapidez del cambio, así como las nuevas necesidades que éste produce, precisan la implantación de una estrategia global de gestión del cambio que dé respuesta a los retos promovidos por el conjunto de transiciones sanitarias antes citadas.

Por ello, siguiendo la noción enunciada por Kotter, los procesos de cambio social posiblemente no requieran la adopción de estrategias clásicas de gestión, sino que precisen el desarrollo de estructuras directivas basadas en el liderazgo (Kotter y Cohen, 2002).

En otras palabras, el cambio que se está produciendo en los sistemas sanitarios no admite un enfoque de gestión tradicional, basado en la planificación y en la resolución técnica y

racional de los problemas, sino que exige la presencia de líderes capaces de dirigir organizaciones complejas en condiciones de caos e incertidumbre. Este modelo de liderazgo, que algunos autores denominan de gestión del cambio social, debería abordar tres escenarios de gestión o liderazgo propios de la sociedad del riesgo: la gestión del conocimiento, la gestión de los recursos humanos y la gestión de los valores (Jovell, 1999a).

La gestión del conocimiento constituye un elemento central de análisis, al ser la PM una profesión basada en el conocimiento, cuyo trabajo se desarrolla en las denominadas organizaciones basadas en el aprendizaje. La práctica de la medicina es un proceso continuado de producción y transferencia de conocimiento. Está basada en los procesos de creación, difusión y aplicación del conocimiento. La gestión de los recursos humanos tiene que contemplar el ejercicio de la medicina como una profesión, más que como un mero empleo u ocupación, acorde con la definición sociológica de profesionalismo adoptada para la realización de este trabajo. Se debería entender que el profesional es el “propietario de su conocimiento”, y que el beneficio social que se pueda obtener de su aplicación está en función de los incentivos que se generen para que lo utilice de forma apropiada. Finalmente, en ausencia de “certezas” o marcos de referencia y de determinación estables, la gestión de la complejidad implicaría definir de forma explícita un conjunto de valores básicos que ejerzan de elemento de cohesión entre los profesionales y constituyan el referente social de la PM, tanto para los profesionales como para los ciudadanos y los diferentes agentes de salud.

Los tres ámbitos de gestión del cambio citados afectan a los denominados principios o valores del profesionalismo. Este nuevo patrón de enfermedad no es óbice para que la medicina se vea inmersa en una era de enormes posibilidades tecnológicas gracias a los avances de la ciencia. Estas innovaciones constituyen el paradigma de la antes citada sociedad del riesgo (Beck, 1998).

La eclosión de la genética, el desarrollo de nuevos modelos celulares, el perfeccionamiento de las técnicas dinámicas de diagnóstico por la imagen y las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

aplicaciones potenciales de la nanotecnología, entre otras posibilidades, generan grandes expectativas en torno a las posibilidades de la ciencia y su contribución potencial a la curación de enfermedades, hasta la fecha incurables, así como en la mejora de la calidad y la esperanza de vida de los enfermos. Es un modelo de cambio social que promete avances y certezas aunque, a cambio, ofrece más incertidumbre, y en el que destacarían la preeminencia de la ciencia y de los científicos como nuevos referentes sociales. Esta previsible revolución tecnológica supondría una caracterización diferente del concepto de progreso, que estaría más centrado en las posibilidades de la ciencia que en los avances sociales.

### **La historia natural reciente de la profesión médica**

#### **El concepto de profesión**

Desde una perspectiva sociológica, el concepto de profesión se puede definir a partir de cinco criterios: estatus, roles, privilegios, obligaciones y valores. Max Weber definía el estatus como “una petición efectiva de estima social”, aunque, en el caso de las profesiones, quizás se debería hablar de una “solicitud efectiva de confianza” (Weber, 1944). El estatus se obtenía mediante determinados estilos de vida o la adquisición de un conocimiento formal y especializado.

Siguiendo este razonamiento, el estatus de una profesión se consigue gracias a las expectativas que la sociedad tiene depositadas en sus roles. Esta situación asume el hecho de que la población a la que se presta servicio no estaría en condiciones de emitir juicios de valor sobre el conocimiento que fundamenta la profesión y las decisiones que se asocian a la aplicación del conocimiento. Esta determinación social y contractual de los roles de la PM ha permitido a la profesión dotarse de una serie de privilegios, entre los que destaca de forma específica el establecimiento de criterios de entrada para determinar qué personas pueden ser consideradas miembros. Además de este monopolio de entrada, la profesión, a través de sus códigos de conducta y de sus estatutos, ha determinado cuáles son las obligaciones y los valores que permiten responder de forma efectiva a las expectativas de la sociedad.

El concepto de profesión, en el contexto anterior, se distingue del de ocupación, al estar aquélla determinada por la existencia de una formación especializada, que supone la adquisición y acreditación universitaria de un conjunto de conocimientos formales, así como por la determinación social de los roles que ello conlleva (Freidson, 2001). En el caso de la PM, a estos conocimientos formales ha añadido otros roles adicionales asociados a un conjunto de habilidades, conductas y valores específicos, como son el compromiso con el trabajo, el servicio altruista a los demás y la búsqueda de la excelencia. Los privilegios institucionales asociados al concepto de profesión son: la existencia de una organización colegial que determina los estándares de buena práctica profesional de sus miembros, la implantación de un código de conducta aplicable a todos los colegiados, una gestión del conocimiento que constituye la base de las habilidades y experiencias que determinan su actividad profesional, y un control de los procesos de formación y selección de nuevos profesionales.

### **El contrato social implícito**

La determinación social de la medicina como una profesión se ha materializado mediante la existencia de un contrato social implícito entre la PM y la sociedad. Este contrato se origina en el denominado Juramento hipocrático. Las bases históricas de ese contrato determinarían, por un lado, las expectativas que tiene puesta la sociedad en la PM y, por el otro, los privilegios que ésta debería recibir a cambio. Las características de ese contrato han estado establecidas por diferentes autores en la literatura médica, pero, básicamente, definirían la existencia de un acuerdo tácito entre la PM y la sociedad, por el cual la PM priorizaría entre sus objetivos la defensa de los intereses de la población y, en compensación, recibiría de ésta la potestad de autorregularse. De esta forma, la sociedad ha concedido a la PM los privilegios de autonomía de decisión, prestigio social, ventajas económicas, monopolio en el uso del conocimiento y capacidad de autorregulación. (Cruess, R. L., Cruess, S. R., y Johnston, 2000).

La PM ha ofrecido a la sociedad que le ha concedido los privilegios mencionados una serie de garantías, entre las que se encuentran: la determinación de la competencia de sus

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

miembros, la provisión altruista de servicios, la adhesión a un conjunto de valores que rigen su actividad profesional, la protección y defensa de los intereses de los pacientes y de la población, y la supervisión de los procesos formales de adquisición y actualización del conocimiento. La sociedad reconocería en la PM la autoridad técnica y moral necesaria para emitir juicios de valor con criterios científicos y éticos. Por lo tanto, el compromiso con la sociedad y con los otros miembros de la profesión vendría definido por un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que determinan el profesionalismo y que cualificarían a la PM para tomar decisiones que afectan a “los demás” en condiciones de incertidumbre y de conocimiento incompleto e indeterminado.

### **El concepto de confianza**

El contrato social entre PM y sociedad es un acuerdo que se fundamenta en un elemento esencial: la confianza. Éste es un concepto que implica la existencia de expectativas mutuas entre las partes y que incluso podría calificarse como “un intercambio interesado de expectativas” (Hardin, 2002).

En teoría de juegos, se hablaría de una situación en la cual la confianza existente entre las partes permite a cada una de ellas satisfacer y maximizar su propio nivel de expectativas. En este sentido, se atribuye al sociólogo Emile Durkheim la frase de que “en un contrato no todo es contractual”, para enfatizar la noción de que la confianza constituye un elemento que agrega un valor adicional y determinante a la relación entre las partes. El problema de la confianza radica en la dificultad para medirla, dada su naturaleza intangible y su conceptualización abstracta. Anthony Giddens califica la confianza como “el grado de fiabilidad que se espera de un sistema o una persona” (Giddens, 1990).

En este sentido, el cambio social vigente podría generar, como se ha expuesto antes, un conjunto de incertidumbres que hace a las personas sentirse más vulnerables en la relación con las diferentes profesiones y con los núcleos de poder. Esta vulnerabilidad se ve acrecentada por la desaparición de aquellos valores culturales y religiosos tradicionales que promovían una mayor cohesión social, la resignación ante la enfermedad y la presunción de que el destino siempre deparaba un estado mejor. La condición de enfermo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sitúa al individuo en una situación de gran vulnerabilidad e incertidumbre, por lo que, en ausencia de unos valores religiosos y culturales que fomenten la esperanza y la resignación, se acrecentarían las expectativas que tiene puestas en la ciencia y en los profesionales que le atienden y, especialmente, en la PM. En esta situación, la confianza respondería más a una necesidad personal y general de sentirse adecuadamente atendido en una situación de vulnerabilidad y de asimetría de conocimiento, que a un intercambio simétrico e interesado de expectativas.

### **La gestión del contrato social**

La introducción de mecanismos reguladores de la actividad profesional podría suponer su mayor burocratización, lo cual se vería facilitado por la incorporación de un gran número de profesionales a la condición de funcionario o estatutario. Este hecho condicionaría la concepción tradicional de la práctica profesional, al tener que dedicar el médico parte de su trabajo a trámites administrativos y al transformar la profesión en una ocupación a realizar en un horario de trabajo específico. Esta situación podría generar una cierta decepción social, en cuanto que altera las bases del contrato social implícito, ya que la sociedad a la que se sirve otorgaría privilegios a cambio de obtener continuidad y longitudinalidad asistencial, además de una capacidad de decisión autónoma que priorice los intereses del paciente.

La decepción sería mayor si el liderazgo de la profesión recayera en manos de personas que no son valoradas como líderes por el resto de la profesión, o en políticos y gestores que no proceden del sector y que, por lo tanto, asumen la autoridad en la gestión de un contrato social que no han interiorizado como propio.

### **La organización del trabajo**

Un segundo factor de cambio se situaría en la transformación de los modelos de organización del trabajo. Así, el trabajo individual ha sido reemplazado por el trabajo basado en un modelo jerárquico similar al adoptado en los ejércitos. Este modelo vertical de organización del trabajo podría mermar la confianza entre los profesionales que forman parte de un mismo equipo y, posiblemente, es menos apropiado que un modelo de trabajo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

horizontal basado en tareas compartidas y coordinadas (Sexton, Thomas y Helmreich, 2000).

Este último modelo, horizontal, parece más adecuado para profesiones basadas en el conocimiento, mientras que el vertical o jerárquico puede dificultar la ejecución del contrato social entre PM y sociedad en aquellos casos en los que la jerarquía condiciona el principio de autonomía profesional. Obviamente, la resolución de ese dilema pasa por determinar de forma explícita en quién y para qué ha depositado la confianza el paciente. En este sentido, el profesionalismo moderno debería indicar cuáles son los procedimientos que permiten resolver este tipo de conflictos de intereses.

La introducción de nuevas profesiones y ocupaciones sanitarias puede incrementar la complejidad del proceso de decisiones, aunque cabe recordar que, tal y como muestran las encuestas realizadas en España, para los pacientes españoles el actor principal del proceso terapéutico sigue siendo el médico y, en el caso de que no se justifique adecuadamente su reemplazo por otros profesionales, se podría estar produciendo una alteración del contrato social implícito. Por ello, es importante destacar que, ante la probable reducción del número de médicos en ejercicio, se debería llegar a acuerdos con las otras profesiones sanitarias y, en un nuevo modelo de contrato social explícito, determinar los roles de cada una de ellas. El nuevo profesionalismo debería favorecer el trabajo en equipo, tanto inter- como intra- disciplinar.

La relación médico paciente se consolida a través de la confianza. éste es un proceso que se lleva a cabo mediante encuentros terapéuticos repetidos, y que se fundamenta en una buena comunicación, en el respeto mutuo y en una relación honesta y leal entre la partes. Para ello, es necesario que el paciente identifique a un médico como responsable de coordinar la atención que está recibiendo. El concepto de equipo médico o de equipo de atención sanitaria puede difuminar responsabilidades y generar desconfianza en los pacientes, debido a la ausencia de un referente claro. En este sentido, cabe visualizar la confianza como una transacción relacional por la cual el paciente espera de su médico

responsable que adopte la mejor solución terapéutica en un contexto de enfermedad definida.

Esta confianza específica, núcleo central del contrato social entre médico y paciente, es diferente de la confianza universal o generalizada, por la cual los pacientes confían en la PM.

### **El nuevo modelo de relación médico-paciente**

#### **El nuevo modelo de paciente**

A los cambios que se han producido en la estructura de la PM, mencionados en el apartado anterior, se añaden aquellos que tienen lugar en la sociedad y, específicamente, en los pacientes y ciudadanos. La literatura sobre el nuevo modelo de paciente es extensa, y la mayor parte se basa en estudios realizados en el Reino Unido y en Estados Unidos. La utilización de esta literatura anglosajona, y de los artículos de opinión asociados a ella, determina un tipo de paciente activo, en contraposición al modelo, aún vigente en México, que caracteriza a un enfermo más pasivo. El paciente activo actuaría más como un consumidor o cliente de los servicios de salud que como un enfermo.

Dado que el objeto es situar el profesionalismo médico en el contexto de la relación médico y paciente libre de violencia, se aborda la relación médico-paciente desde la perspectiva de una muy probable evolución hacia un nuevo modelo de paciente más activo.

La diferencia es importante en cuanto a que el paciente pasivo busca en su médico a un profesional que asuma la autoridad de decidir qué es lo que más le conviene como enfermo en el contexto de una relación médico-paciente de tipo paternalista, mientras que el paciente activo promueve un tipo de relación basada en un modelo deliberativo o negociado, en el que las decisiones son compartidas.

En la experiencia que se tiene en España al respecto, se encuentra un documento muy interesante, *La Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes y Usuarios* que se estableció en mayo de 2003 por parte de 50 asociaciones de pacientes y organizaciones de usuarios, y constituyó una expresión de las demandas del paciente del futuro. Esta carta de derechos de los pacientes permitió constituir, en diciembre del año 2004, el Foro Español de Pacientes, que agrupa en la actualidad a más de 600 asociaciones de pacientes, voluntarios o familiares, y que representan a 251.074 afiliados (La Declaración de Barcelona, 2003).

### **El profesionalismo centrado en los pacientes**

Desde la perspectiva de los pacientes, la PM se contempla como una profesión basada en virtudes, entre las que destacan la competencia, los valores y la confianza. Algunos de estos valores, deberían incorporarse de forma explícita en esta nueva concepción de profesionalismo y en una actualización realista y acorde con las expectativas de la sociedad actual sobre las características de la PM. Así, por ejemplo, un nuevo modelo de contrato social explícito podría redefinir mejor los conceptos y los límites de la autonomía, tanto profesional como del paciente, bien sea en términos de consentimiento informado o de concordancia terapéutica, y en función de los valores del paciente y de las circunstancias clínicas en las que se tenga que tomar la decisión. En este sentido, los pacientes deberían suscribir documentos de voluntades cotidianas como forma de presentar al profesional que les atiende cuáles son sus valores y expectativas en relación con la atención sanitaria que han de recibir (Jovell, 2004a).

Otro elemento importante desde las expectativas de la sociedad es la consideración de los atributos relacionados con la empatía y la buena comunicación. En este sentido, la PM debería restringir la relación con pacientes a aquellos profesionales que no muestren un conjunto de habilidades básicas de relación y comunicación. El encuentro terapéutico tiene, en la denominada medicina basada en la afectividad, una actitud favorecedora de la calidad de vida de los pacientes; y para ello, la comunicación médico-paciente es la mejor tecnología que existe (Jovell, 1999b y 2004b).

Por otra parte, también se debe enfatizar que la PM debería estar en condiciones de pedir a la sociedad que adapte sus expectativas a la realidad cotidiana de los servicios de salud y responda de forma adecuada a las demandas de respeto, confianza y cumplimiento terapéutico que realizan los profesionales.

Todo ello conduce a un nuevo modelo de profesionalismo, que algunos han denominado “profesionalismo centrado en los pacientes”, y que tiene como principal propósito incorporar los valores y las diversas realidades culturales de los pacientes a la definición del contrato social explícito (Irvine, 2004).

Mediante la utilización de diferentes metodologías se pretende incorporar la valoración del paciente sobre cómo deben ser los médicos, incluyendo una evaluación de sus habilidades comunicativas y de la calidad de su práctica profesional. Recientemente, un grupo de pacientes afiliados al Foro Español de Pacientes ha participado en la definición de las competencias de atención al paciente, formando parte de la especificación del portafolio de competencias del médico de atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC, 2005).

El elemento clave que define el nuevo modelo de relación médico-paciente, expuesto en este apartado, pasa por la redefinición del concepto de confianza. La confianza se apoya en dos conceptos básicos: competencia y compromiso. Los resultados de los diferentes estudios realizados ponen en evidencia esa demanda operativa a la PM por una mejor definición y ejecución de sus competencias y compromisos. El tema de la competencia se aborda en el siguiente apartado de este trabajo, ya que aparece vinculado a la posesión de un conocimiento especializado y de una conducta específica. Los pacientes necesitan confiar en la PM y, por lo tanto, ésta debe ofrecer confiabilidad a los pacientes. Dado que estos últimos no están en condiciones de juzgar las decisiones de los profesionales, debido a la existencia de asimetrías de información y conocimiento y a la situación de vulnerabilidad subjetiva en la que se encuentran, se debe garantizar desde la PM que ésta es una profesión que va a cumplir los compromisos contraídos con los pacientes. Estos compromisos se resumen en un servicio altruista al paciente, en una defensa de su salud

por delante de otros intereses y en la aplicación de un código de conducta que le protege frente a vulneraciones de la confiabilidad. Este hecho es importante porque la profesión se justifica a sí misma como tal por la existencia de los pacientes y por el servicio y beneficio a estos últimos.

### **Las bases de un contrato social explícito: el modelo español**

Con la aparición del Estado de bienestar y de las organizaciones sanitarias como financiadoras y proveedoras de los servicios de atención sanitaria, el contrato social implícito entre PM y sociedad se convierte en un contrato suscrito por tres partes: PM, ciudadanos y servicios de salud. Estos últimos están representados por los gobiernos de las comunidades autónomas, mayoritariamente, y el gobierno central, en las áreas de coordinación, investigación y regulación de fármacos y productos sanitarios. Las bases de este contrato implícito establecen que los gobiernos garantizarían el acceso universal de la ciudadanía a la atención sanitaria financiada por un presupuesto determinado por los parlamentos autonómicos, mientras que la PM definiría y mantendría los estándares de buena práctica clínica y proporcionaría la asistencia a los pacientes.

Sobre la base de ese contrato, la ciudadanía reclama el derecho a una atención sanitaria pagada por sus impuestos, gestionada por los servicios de salud del gobierno y proporcionada por los médicos. Como parte de este acuerdo contractual tácito, el gobierno concede a la PM la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y ésta, a cambio, le reconoce el derecho a ejercer el control sobre la política sanitaria y sobre el presupuesto dedicado a la sanidad.

En cuanto a la satisfacción del usuario, en México se han tenido estudios que permiten obtener que la medición de la satisfacción por parte del paciente es un indicador relativamente nuevo, ya que desde los inicios de la gestión de la claridad de los servicios médicos a nivel institucional, los indicadores son por la eficiencia de los servicios de atención, aspectos técnicos-médicos y, posteriormente, evoluciona a la medición de la calidad por la edificación de obtener las metas propuesta, es decir con base en objetivos.

Un tercer nivel de apreciación de la atención ha sido recientemente la de monitorizar la satisfacción de los pacientes, con el estudios de Aguirre 1990; asimismo, la de monitorizar de manera importante la satisfacción del prestador de servicios de salud, como termómetro que indica el desempeño óptimo del recurso humano destinado a los servicios de salud con calidad y eficiencia. Evaluación de la calidad de atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.



**ANEXO E**

**POLÍTICAS PÚBLICA EN TORNO AL TEMA**





## **Política pública en México como estrategia para la erradicación de la violencia de género**

Se presenta a continuación un resumen del ideario que sintetiza la política que se propuso desde el sexenio pasado y aún vigente en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), para realizar estrategias que incidan en mejorar la atención de la mujer, en la cual se menciona en qué consisten y las tácticas que se deberían emplear para conseguir la equidad de género en salud. Posteriormente, en el apartado de Resultados e Interpretación se hará el análisis de este discurso.

Planteamiento que ubica la situación de género y salud:

1. En dónde estamos.
2. Situación actual del género, mujer y salud.
  - Definición de género.
  - El género y la salud.
  - El Programa Mujer y Salud.

El documento se puede resumir de la siguiente manera, extrayendo los puntos más importantes concernientes a que se tiene propuesto para mejorar la atención de las mujeres dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND).

De la Introducción que dice reconocer que en México, como en la mayor parte del mundo, persisten inequidades económicas y sociales entre las que destacan las de género, que ponen en desventaja a las mujeres respecto al acceso a diversos satisfactores sociales, económicos, laborales, educativos y de salud, entre otros.

Estas inequidades han ocupado las agendas de las organizaciones de mujeres, de las agencias internacionales y de muchos países, y han dado lugar a acuerdos importantes alcanzados en las cumbres internacionales, entre las que destacan:

- La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1979).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1993).
  - La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, la Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Pekín en 1995.
  - La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, celebrada en Belén do Pará, Brasil en 1995.

El gobierno de México ha firmado los tratados internacionales promovidos por distintos organismos internacionales, el país se ha comprometido a tomar medidas para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en nuestro país, se han reconocido los derechos de las mujeres como derechos humanos, y se les ha dado, de manera explícita por primera vez en la historia, un estatus de sujetos de derechos, terminando con la visión que prevaleció por muchos siglos de las mujeres simplemente como el medio para lograr el bienestar del hombre, de la familia, del control de la población, de sus hijos e hijas, y en general de la sociedad.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND), en el capítulo destinado a la política de Desarrollo Social y Humano, reconoce que las inequidades y desigualdades son patentes en los ámbitos regional, social y cultural; y que se observan, entre otros fenómenos, grandes inequidades de género. A pesar de que las condiciones de vida de las mujeres mexicanas han mejorado en los niveles generales de escolaridad, en cuanto a la reducción de la carga reproductiva en términos de la edad a la primera unión y al nacimiento del primer hijo, así como a la reducción de la fecundidad global, dichos cambios no han ocurrido con la misma intensidad en el medio rural que en el urbano y entre grupos sociales. Persiste la desigualdad social entre hombres y mujeres, ellas siguen concentrando el peso social de la reproducción con la consecuente reducción de oportunidades en su desarrollo humano y social, y con consecuencias negativas para su salud. Además, las desigualdades sociales se cruzan con las de género, etnia o discapacidad, dando como consecuencia que, dentro de las poblaciones empobrecidas, el ser mujer y pertenecer a una minoría, tener alguna discapacidad, y ser adulta mayor, se potencian, para dar como resultado, la peor de las situaciones posibles.

Además, el PND establece que:

[...] la inequidad de género se manifiesta en las actuales condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional, punto en el cual cabe el presente estudio, en determinar si la violencia de género está presente en el ámbito de la seguridad social en México. La participación de las mujeres en los puestos de decisión sigue siendo reducida. La representación de las mujeres en las cámaras es sólo de 16% y la presencia de éstas en los cargos públicos y de gerencia en el sector privado es de apenas 23%. No existe una cultura de género que permita diferenciar necesidades, prioridades y condiciones de la población femenina y masculina. Las oportunidades y opciones de trabajo para las madres trabajadoras, hasta ahora, no han sido compatibles con las necesidades de la crianza y el cuidado de los hijos por falta de apoyos institucionales. En 1999 el promedio de horas de trabajo doméstico semanal de las mujeres era de 27.6, mientras que los hombres sólo dedicaban 10.5 horas. Respecto del trabajo extradoméstico, las mujeres dedicaron 37.7 horas a la semana, en tanto que los hombres emplearon 46.3 horas.

A partir de este reconocimiento, el Plan Nacional de Desarrollo incorpora como uno de sus objetivos rectores el de “acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades. Incrementar la equidad y la igualdad de oportunidades implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana”. Así, que si se prueba en este estudio la presencia de violencia de género en la seguridad social se podrá en lo futuro gestionar los cambios necesarios para disminuirla en el ámbito de la atención médica.

Una de las acciones orientadas a reducir la inequidad de género más relevantes que ha llevado a cabo el actual gobierno es la creación del Instituto Nacional de las Mujeres, organismo a través del cual se pretende incorporar la perspectiva de género en todas las acciones y programas de gobierno del Ejecutivo.

La relación entre género y salud es compleja y tiene al menos las siguientes dimensiones: la salud de las mujeres, el papel de las mujeres como proveedoras de cuidados a la salud doméstica y comunitaria y las condiciones de contratación, permanencia y prestaciones laborales de las trabajadoras de la salud. Es el primero de estos tres el que corresponde estudiar en la presente investigación.

Los diferenciales que imprime el género a las condiciones de salud de las mujeres en comparación con los hombres están poco documentados en nuestro país debido a que buena parte de la información estadística en salud todavía no está desagregada por edad y sexo, y a que muy pocos proyectos de investigación incorporan esta perspectiva como parte de su análisis.

Por su parte, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 reconoce tres retos para elevar los niveles de salud de la población, que son: la equidad, incluyendo la de género, la calidad y la protección financiera. Para enfrentar dichos retos se plantea una serie de estrategias dentro de las cuales se encuentra en primer término “Vincular la salud con el desarrollo económico y social” del país, y como parte de ella una línea de acción dedicada a promover la perspectiva de género en el sector salud.

El Programa Mujer y Salud tiene por objeto desarrollar esta línea de acción a través de un trabajo transversal, que incluya la perspectiva de género en los programas de acción que lleve a cabo la Secretaría de Salud, tanto en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación para la prevención y control de problemas prioritarios de salud, la provisión de servicios de salud, la enseñanza y la investigación, y que revise con esta misma perspectiva las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud, y el papel de hombres y mujeres en la atención a la salud doméstica y comunitaria.

Además, es pertinente mostrar la siguiente tabla con los diez mensajes de acción en los cuales se propone, para las mujeres mexicanas, una Maternidad sin Riesgos, destacando que está en estas estrategias el del acceso a la anticoncepción de alta calidad; así como la propuesta del cambio de paradigmas en la atención de mujeres en etapa reproductiva que

enfatisa la importancia y responsabilidad que tiene el estado en la atención de las mujeres y niños concretizando acciones perinatales.

